



Plano de Trabalho Técnico e Proposta Orçamentária, elaborados pelo Instituto Esperança, atendendo ao Chamamento Público nº 02/2021, do Consórcio Intermunicipal do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência do Vale do Paraíba e Região Serrana - CISAMU, para prestação de serviços de gerenciamento, execução e operacionalização do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no âmbito dos municípios da Regional de Saúde do Vale do Paraíba e Região Serrana, garantindo os serviços de saúde, com qualidade, equidade e transparência, por meio de Contrato de Gestão.

NOVEMBRO/2021  
TAUBATÉ/SP



## Sumário

APRESENTAÇÃO .....	5
Missão.....	5
Visão .....	5
Valores.....	5
Organograma Institucional .....	6
LOCAL DO SERVIÇO .....	6
Campos do Jordão .....	7
Lagoinha .....	8
Natividade da Serra .....	9
Redenção da Serra .....	10
Santo Antônio do Pinhal .....	11
São Luiz do Paraitinga .....	12
Taubaté.....	13
Tremembé .....	14
Unidades de Saúde Referenciadas .....	15
1. GERENCIAMENTO INSTITUCIONAL .....	47
1.1. Organograma do Serviço .....	48
Gerência Geral: .....	49
Comissões .....	49
Núcleo de Educação Permanente .....	50
Coordenação de Enfermagem – Responsável Técnico.....	51
Coordenação de Medicina – Responsável Técnico .....	55
Coordenação de Frota .....	56
1.2. Organograma da Entidade.....	57
1.3. Política de Gestão de Pessoas .....	60
Método de Recrutamento e Seleção .....	62
Métodos de Avaliação .....	65
1.4. Dimensionamento de Recursos Humanos .....	69
1.5. Regimento Interno .....	70
1.6. Educação Continuada .....	78
Cronograma de Treinamentos, Temas Abordados e Abrangência .....	82
2. GERENCIAMENTO TÉCNICO .....	84
2.1. Constituição de Comissões .....	84
Comissão de Análise e Verificação de Prontuários .....	84
Comissão de Verificação de Óbitos.....	88

Comissão de Ética Médica .....	91
Comissão de Ética de Enfermagem .....	97
Comissão Interna de Prevenção de Acidentes e SESMT .....	100
2.2. Protocolos Aplicados para as Ambulâncias de Suporte Básico .....	108
2.3. Protocolos Aplicados para as Ambulâncias de Suporte Avançado .....	463
2.4. Protocolos Aplicados para as Atividades de Regulação Médica .....	981
2.5. Protocolos de Atendimento ao Registro de Chamados .....	983
2.6. Protocolos de Empenho de Ambulâncias .....	984
2.7. Logística de Suprimentos .....	986
2.8. Protocolos de Higienização e Limpeza de Ambulâncias .....	988
2.9. Protocolos de Higienização e Limpeza Predial .....	989
2.10. Protocolos de Higienização e Limpeza de Equipamentos Médicos e Insumos .....	990
2.11. Protocolo para Resíduos de Saúde .....	995
2.12. Satisfação do Usuário .....	1005
2.13. Serviço de Atendimento ao Usuário .....	1011
2.14. Fluxo de Atendimento aos Usuários .....	1015
Equipamentos e Proteção Individual .....	1015
Cuidados Pessoais .....	1016
Transporte de Pacientes .....	1017
Alocação de Pacientes em Unidades Referenciadas .....	1019
Transferência de Paciente Grave .....	1020
Atendimento Domiciliar .....	1022
Atendimento em Via Pública .....	1024
Higienização das Mãos .....	1027
Tempos de Atendimento .....	1027
3. GERENCIAMENTO ADMINISTRATIVO .....	1029
3.1. Manual de Compras .....	1031
3.2. Fluxo Operacional para Material Médico-Hospitalar e Medicamentos .....	1035
3.3. Protocolo de Manutenção de Ambulâncias .....	1039
3.4. Rotina Administrativa e Financeira .....	1044
3.5. Protocolo de Manutenção de Equipamentos e Bens Móveis e Imóveis .....	1053
3.6. Contratação de Terceiros .....	1059
3.7. Monitoramento de Indicadores .....	1060
4. EXPERIÊNCIA .....	1069
4.1. Comprovação de experiência em gestão compatível .....	1069
Atestado de Capacidade Técnica emitida pela Prefeitura de Quissamã-RJ .....	1069

Atestado de Capacidade Técnica Emitida pela Prefeitura de Tremembé e o IESP .....	1085
Atestado de Capacidade Técnica emitida pela Prefeitura de Pindamonhangaba-SP (194/2018) .....	1107
Atestado de Capacidade Técnica emitida pela Prefeitura de Serra/ES .....	1135
4.2. Comprovação de experiência em gestão SAMU 192 .....	1188
Atestado de Capacidade Técnica emitida pelo CISAMU .....	1188
Responsáveis Técnicos.....	1206
5. PROPOSTA FINANCEIRA .....	1225



## APRESENTAÇÃO

O Instituto Esperança é uma associação sem fins lucrativos, pessoa jurídica de direito privado, inscrita sob o CNPJ nº 10.779.749/0001-32, situado na Avenida Itália, nº 928, 15º andar, sala 1.508, Jardim das Nações, Taubaté/SP, CEP 12.030-212, representado pelo Diretor-Presidente, de âmbito nacional, nos moldes da Lei 9.637 de 15 de maio de 1998, com o objetivo de promover ações multidisciplinares na área de saúde, educação, ensino, esporte, pesquisa científica, desenvolvimento tecnológico, proteção e preservação de meio ambiente, arte e cultura, turismo, desenvolvimento social, e comunicação.

Fundado em 20 de março do ano de 2009, o Instituto Esperança tem o escopo de ser referência, contribuindo para o bem-estar social, a saúde, educação, a toda comunidade, por meio de suas ações multidisciplinares.

O Instituto Esperança possui seu próprio Regimento Interno, além de possuir Regulamento que dispõe sobre as Diretrizes de Recursos Humanos, Manual de Regulamento de Compras e Contratação de Serviços, Procedimentos Operacionais, Rotinas Operacionais e Assistenciais voltadas à operacionalização, execução e ao gerenciamento dos processos de gestão, buscando a excelência dos serviços prestados aos seus clientes.

O Instituto Esperança atua com foco na área de prestação de serviços em saúde, e para o cumprimento de suas atividades, o Instituto realiza estudos, diagnósticos, consultoria, elaboração e gestão de projetos destinados à implantação de técnica de administração de ações na área da saúde; a contratação, administração e o fornecimento por conta própria ou de terceiros de pessoal, treinamento para a qualificação do exercício de funções de programas de gestão pública; introdução de técnica em execução de programas de gestão, visando à implantação e aplicação de diretrizes aprimoradas de gestão de Políticas Públicas a serem postas em prática no âmbito da administração pública direta e indireta na área da saúde, e junto aos diferentes órgãos dos poderes públicos de potencializar recursos para aprimorar processos e meios para buscar a valorização, a eficiência administrativa, o aproveitamento na área da saúde.

### Missão

Buscar melhoria dos processos pertinentes aos projetos contratados, proporcionando melhor gerenciamento dos projetos, através de prestação de serviços de qualidade, com humanização, aos seus clientes, colaboradores e demais partes interessadas, cooperando para a sustentabilidade contínua da Instituição.

### Visão

Ser reconhecida pelos bons trabalhos ministrados, objetivando sempre o progresso no gerenciamento de projetos, diante dos melhores exercícios de excelência em território nacional.

### Valores

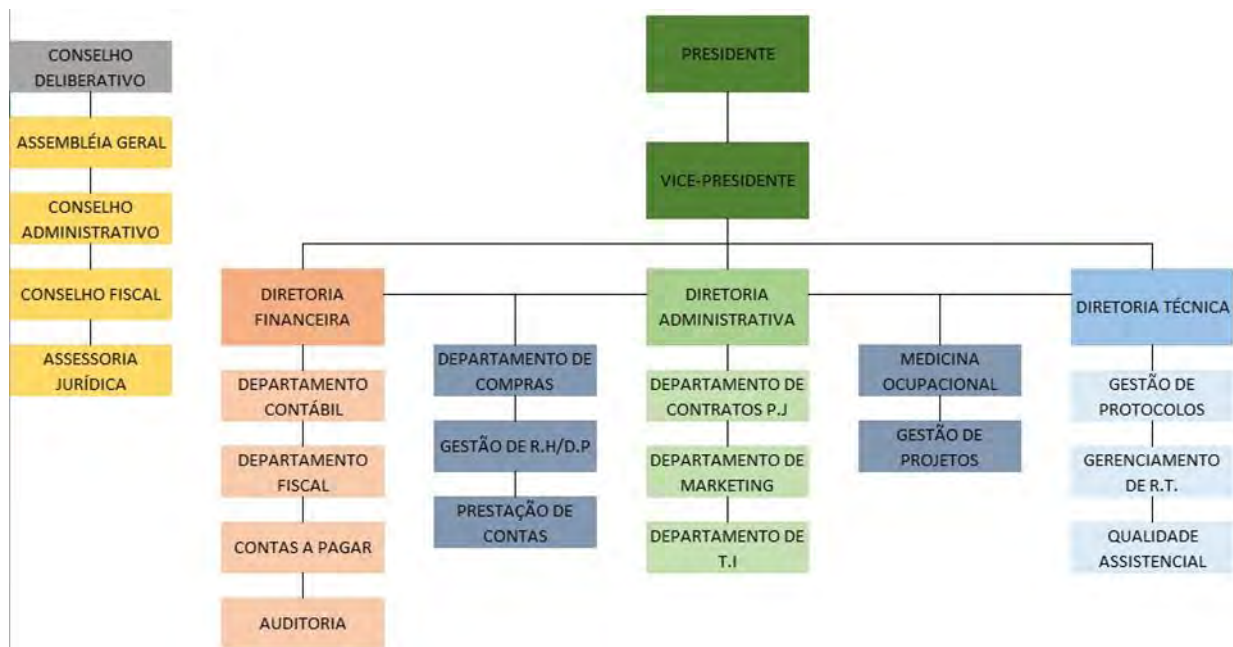
➤ Instituição Sustentável: Assegurar que a potencialidade de geração de valor pelos recursos da Empresa não se extinga, perpetuando-se pelas gerações seguintes, gerando empregos e gerenciamento com dedicação.



- Meritocracia: Recompensar quem gera valor, dividir o sucesso é fundamental para nossa prosperidade, promovendo os nossos talentos.
- Ética Profissional: Foque em valores de comportamento e de relacionamento adotados no ambiente de trabalho, no exercício de qualquer atividade, com respeito ao próximo, confidencialidade, repúdio de atos discriminatórios, de assédio ou retaliações de qualquer ordem.
- Espírito de dono: Cumprir com o combinado e certificar-se de que tudo seja feito com o mais alto padrão de qualidade, com atitudes que constroem boa reputação. Não abrir mão da integridade e cuidar da marca.
- Comprometimento profissional: Cumprir as tarefas que lhe forem designadas e preferenciando as coisas verdadeiramente importantes, mantendo o foco, gerando resultados e adaptando-se as mudanças.
- Valorização: Valorizar os colaboradores na organização, tornando isto como política institucional primordial para se alcançar resultados positivos, com estímulo ao autodesenvolvimento e considerando a participação e opinião da equipe.
- Foco nos projetos: Ser presente junto aos clientes, buscando a excelência no gerenciamento de projetos, com inovação constante e busca pela evolução dos serviços prestados.

### Organograma Institucional

Este é o organograma do Instituto Esperança, com foco no aprimoramento institucional, administrativo e operacional.



### LOCAL DO SERVIÇO

A área de abrangência da prestação de serviço está delimitada dentro do interior do Estado de São Paulo, na Região Metropolitana do Vale do Paraíba, contemplando sua região serrana, tendo como referência os municípios de Campos do Jordão, Lagoinha, Natividade da Serra, Redenção da Serra, Santo Antônio do Pinha, São Luiz do Paraitinga, Taubaté e Tremembé, com população abrangente de aproximadamente 454.000 (quatrocentos e cinquenta e quatro mil pessoas)



Município	População Estimada	Área Territorial km <sup>2</sup>	Densidade Demográfica hab/km <sup>2</sup>
CAMPOS DO JORDÃO	52.713	289,981	181,78
LAGOINHA	4.882	255,472	19,11
NATIVIDADE DA SERRA	6.624	833,372	7,95
REDENÇÃO DA SERRA	3.827	309,441	12,37
SANTO ANTÔNIO DO PINHAL	6.843	133,008	51,45
SÃO LUIZ DO PARAITINGA	10.693	617,315	17,32
TAUBATÉ	320.820	625,003	513,31
TREMembÉ	48.228	191,094	252,38
	454.630	3.254,686	139,68



Este grupo de municípios conta com extensa malha viária, tendo como suas principais estradas a Rodovia Presidente Dutra, a Rodovia Oswaldo Cruz, a Rodovia Carvalho Pinto e a Rodovia Floriano Rodrigues Pinheiro.

### Campos do Jordão

Campos do Jordão é um município brasileiro localizado no interior do estado de São Paulo, mais precisamente na Serra da Mantiqueira; faz parte da recém-criada Região Metropolitana do Vale do Paraíba e Litoral Norte, sub-região 2 de Taubaté.

A cidade fica à altitude de 1 628 metros sendo, portanto, o mais alto município brasileiro, considerando a altitude da sede. Sua população estimada, em 2014, era de 50 541 habitantes. Distante 173 km da cidade de São Paulo, 350 km do Rio de Janeiro e 500 km de Belo Horizonte. Sua principal via de acesso é a Rodovia Floriano Rodrigues Pinheiro.



Em 29 de abril de 1874, Mateus da Costa Pinto adquiriu alguns lotes à beira do Rio Imbiri e a data passou a ser considerada a data oficial de fundação do município. Em 1934, Campos do Jordão emancipou-se de São Bento do Sapucaí e a partir da década de 1950, a cidade passou a se consolidar como um dos principais destinos de inverno do Brasil. Campos do Jordão é um dos quinze municípios paulistas considerados estâncias climáticas pelo governo paulista.

Com a inauguração da Estrada de Ferro Campos do Jordão em 1914, graças ao empenho dos médicos sanitaristas Emilio Ribas e Victor Godinho, foi possível o acesso ao alto da Serra para tratamento da tuberculose, o que até então era feito somente a pé, a cavalo ou a bordo das liteiras e banguês.

Com o desenvolvimento da penicilina, a partir da década de 1960 o tratamento contra a tuberculose passou a ser facilitado, o que permitiu a Campos do Jordão investir naquela que seria sua natural vocação: o turismo

A inauguração do Palácio Boa Vista, em 1964, e do Festival de Inverno de Música Clássica, em 1970, a cidade passou a ser considerada referência no turismo de inverno no Brasil, posição que mantém até hoje, graças à sua cultura, gastronomia, tradição hospitaleira e suas incomparáveis belezas naturais, além do clima, considerado o melhor do mundo no Congresso de Climatologia de Paris, em 1957.

A partir do final do século XIX, a região adquiriu a fama de ser um local indicado para o tratamento de doenças do pulmão, devido a seu excelente clima. Nas décadas de 1920 e 1930, começaram a ser construídos os primeiros sanatórios, dedicados ao tratamento de doenças pulmonares. Em 1934, Campos do Jordão emancipou-se de São Bento do Sapucaí. A partir da década de 1950, o avanço da medicina fez com que a tuberculose deixasse de ser uma doença tão perigosa. Com isso, a cidade passou a desenvolver o turismo. Atualmente, é um dos principais destinos de inverno do Brasil.

É o município com a sede administrativa mais elevada do país, atingindo 1 628 metros acima do nível do mar, onde está localizada a prefeitura da cidade, e que pode variar para mais de 2 000 metros nos arredores do município. Está localizado no maciço da Serra da Mantiqueira, uma das mais elevadas cadeias de montanhas do Brasil. Possui uma área de 289,5 km<sup>2</sup>. É constantemente visitado por turistas de todo o Brasil e até mesmo do exterior, que vão à localidade para aproveitar do clima de inverno.

### Lagoinha

Na fase do café, os pousos dos tropeiros que demandavam de Ubatuba, no litoral norte, para o Vale do Paraíba e sul de Minas Gerais, deram origem ao povoado, em meados do século XIX. A fundação é atribuída à família dos Antocas, que se fixou na região do Alto Paraíba e fez doação de seis alqueires e meio de terras à Nossa Senhora da Conceição. Construíram em seu louvor, uma capela, ao redor da qual surgiram as primeiras casas. Os sobrados dos senhores do café se ergueram ao longo da vida principal, alguns dos quais se conservam até hoje. O povoado então nascente, ficou conhecido como Lagoinha, devido a existência de uma pequena lagoa em suas terras. Lagoinha foi elevada a Freguesia, sendo a paróquia constituída no mesmo ano de 1866. Em 1880, tornou-se Vila, categoria que conservou até 1934, quando o Governo Estadual o fez retornar à condição de Distrito de paz. Foi restabelecido à Município em 1953.

Aos 26 de Março de 1866, através da lei Número 22, foi criada a paróquia de Nossa Senhora da Conceição de Lagoinha, integrando o Município de São Luiz do Paraitinga, Comarca de Paraibuna.





Aos 25 de Janeiro de 1880, através da Lei Número 128, foi elevada à condição de Vila de Nossa Senhora da Conceição de Lagoinha, ainda fazendo parte do Município e Comarca de São Luiz do Paraitinga.

Aos 19 de Fevereiro de 1900, através da Lei Número 38, a Vila de Lagoinha foi elevada à condição de Município, Comarca de São Luiz do Paraitinga. Foi sua primeira emancipação política, que durou apenas trinta e quatro anos.

Aos 21 de Maio de 1934, através do Decreto-Lei Número 6448, Lagoinha voltou à condição de Distrito e passou a integrar o Município e Comarca de Cunha.

Aos 30 de Novembro de 1944, através do Decreto-Lei Número 14334, ainda sob a condição de Distrito, Lagoinha voltou a pertencer ao Município e Comarca de São Luiz do Paraitinga.

Finalmente, aos 23 de dezembro de 1953, através do Decreto-Lei Número 34334, Lagoinha foi novamente, elevada à condição de Município, readquirindo sua autonomia política, integrando a Comarca de São Luiz do Paraitinga.

### Natividade da Serra

A data mais antiga documentando a origem de Natividade da Serra é 29 de maio de 1853, quando seu fundador Coronel José Lopes Figueira de Toledo perseguindo um escravo foragido de uma das suas senzalas acabou por se esconder em uma bela planície às margens de um rio rodeada de montanhas. A fuga do escravo da fazenda do Coronel situada no que hoje è chamado de bairro das Perobas, inspirou-o a transferir sua fazenda e seus empregados para lá devido a beleza do lugar. Logo a fazenda se transformou num vilarejo, chamado de Divino Espírito Santo de Nossa Senhora do Rio do Peixe, nome atribuído a religiosidade do Coronel e ao rio que passava as margens do vilarejo, num território outrora pertencente a Paraibuna.

Em 24 de abril de 1858 foi elevada à categoria de Freguesia, sendo chamada de Nossa Senhora do Rio do Peixe. Mais tarde, em 18 de abril de 1863 foi incorporado à Freguesia um outro vilarejo que se formava conhecido como povoado de Nossa Senhora da Conceição e que hoje é o Bairro Alto. Com isso a Freguesia passou a categoria de Vila com o nome de Natividade e tendo como principal atividade econômica a pecuária e a agricultura de subsistência.

Em 3 de julho de 1934, passou a condição de distrito de paz e em 5 de julho de 1935 voltou a anexar-se ao Município de Paraibuna. O município foi instalado em 1864 e reinstalado em 1935. Em 30 de novembro de 1944, recebeu o nome definitivo de Natividade da Serra, nome originário da Padroeira da cidade, Nossa Senhora da Natividade e, também devido a sua situação geográfica entre os contrafortes da Serra do Mar.

No início do século XX, com a vinda da industrialização para o Vale do Paraíba, Félix Guisard em 1913, havia planos iniciais que previam a construção de uma usina hidrelétrica em Natividade da Serra, para suprir o abastecimento de energia elétrica na região aproveitando as corredeiras do rio Paraitinga num local conhecido como Ponte dos Mineiros. Porém, o início da Primeira Guerra Mundial em 1914 impediu o embarque dos maquinários e geradores para o Brasil anulando assim o projeto.

Passados 120 anos de sua existência, Natividade da Serra, sofreu uma enorme transformação e foi translada para um novo local, à aproximadamente um quilômetro adiante na rodovia que liga a cidade à Taubaté. Esta mudança foi em consequência do represamento do rio Paraibuna, rio



Lourenço Velho, rio do Peixe e rio Paraitinga, para a construção da Usina Hidrelétrica de Paraibuna formando a represa da Companhia Energética de São Paulo (CESP) devido uma necessidade de atendimento sócio-econômico regional.

O estado procedeu com a construção da Represa de Paraibuna, inundando quase 200% da área e das edificações da sede e parte da área rural. Na zona rural, o represamento das águas afetou as terras férteis, eliminando grande parte da agricultura de subsistência.

Com construção da barragem de Paraibuna, ocorreu a inundação da cidade antiga, surgindo a nova Natividade da Serra fundada 13 de agosto de 1973 com o lançamento da pedra fundamental feita pelo então prefeito Otacílio Fernandes da Silva, Padre Higino e Terezinha de Castro Aquino, no local onde se ergue a igreja matriz da cidade.

O fenômeno da industrialização da "Calha do Vale" (Taubaté, Pindamonhangaba e Tremembé) e a inundação de algumas áreas do município, contribuíram para a emigração de parte da população. Para minimizar os prejuízos ocasionados pela inundação eliminando suas terras férteis, os produtores rurais investiram em grande escala, na plantação de eucaliptos.

### Redenção da Serra

Redenção tem esse nome por ter sido o primeiro município paulista a libertar seus escravos, em 10 de fevereiro de 1888. Sua trajetória começa no início do século XIX, quando o Governador da Província envia Francisco Ferraz Araújo e sua mulher, Francisca Galvão de França, acompanhados por um grande número de escravos, para desbravarem o Sertão das Samambaias. Isso foi feito pelo casal de sertanistas que, ao encontrarem o Rio Paraitinga, fixaram residência.

Conta a história que um dos escravos que trabalhava na abertura da estrada até a residência do sertanista morreu a uma distância de 9 quilômetros e ali foi sepultado. No local, Araújo mandou erguer uma cruz e, mais tarde, orientava os que lhe pediam terras para construir suas casas nas proximidades da cruz.

A população foi aumentando e, logo, uma capela foi construída no local da cruz. O primeiro nome desse povoado foi "Paiolinho", porque um dos moradores dedicou-se ao cultivo do linho e, após as fibras secarem, guardava-as em um paiol.

A cultura do café também deu impulso ao desenvolvimento do Paiolinho, elevada à categoria de município em 1877, sendo desmembrado do município de Taubaté, mas voltou à condição de distrito em 1934. Sua autonomia só foi retomada em janeiro de 1936.

Apenas em 30 de novembro de 1944, o Decreto-Lei 14.334, alterou seu nome para Redenção da Serra, incorporando ao nome do município o espírito humanitário, já traduzido nas ações de seus habitantes. Com o represamento do Rio Paraitinga, a cidade foi inundada em quase sua totalidade. Sobrou a Igreja e o prédio onde funcionava a prefeitura, tombados pelo Patrimônio Histórico.

Em 25 de agosto de 1974, funda-se a nova Redenção, com quase toda a população se mudando para o local. Quem ficou cuida dos restos da história.

A cidade orgulha-se de ter sido a primeira do estado de São Paulo a libertar os escravos, em 10 de fevereiro de 1888. A decisão dos fazendeiros foi assinada na Fazenda Ponte Alta, que, atualmente, pertence ao município de Natividade da Serra. Um monumento, criado pelo escultor Demétrius, está na entrada da cidade, lembrando o fato histórico. Sua história registra ainda a instalação de uma usina hidrelétrica para atender à Companhia Taubaté Industrial. Mas as águas do Rio Paraitinga, que



corta o município, foram represadas, engolindo quase toda a cidade antiga, a maioria das velhas fazendas e também a usina.

Parte da cidade virou patrimônio histórico, com a igreja e o antigo prédio da prefeitura tombados pelo Patrimônio Histórico e à espera de restauro. Um muro foi erguido junto aos prédios para que a água da represa não danifique as construções.

As águas agora proporcionam opção de pesca livre em toda a orla do lago. Os esportes náuticos estão em alta, com a cidade sendo sede de um dos polos do Projeto Navega São Paulo, da Secretaria de Esportes e Turismo do Estado de São Paulo.

### Santo Antônio do Pinhal

Após índios e bandeirantes, ouro e escravos, no Sertão do Alto do Sapucaí Mirim em 1785 foi concedida a primeira sesmaria da região pela Capitania de São Paulo. Um conflito se instalou por muitos anos, por causa da disputa da divisa entre as Capitanias de São Paulo (1714) e Minas Gerais (1720). Sertão do alto da Serra para os Paulistas que não aceitavam a divisa, e para os mineiros, seria no alto da Serra da Mantiqueira, região denominada Sertão de Camanducaia.

Em 1809, foi aberto um caminho pelos mineiros em terras habitadas pelos paulistas da Vila de Pindamonhangaba que já possuíam as Sesmarias na região, mas logo foi fechada pelo então Capitão Mor Ignácio Marcondes do Amaral.

Após um acordo amigável em 1811, ficou combinado que continuaria aberta a estrada com uma guarda mantida por São Paulo no lugar denominado sertão em terras de Claro Monteiro do Amaral, cerca de 10 km acima de Sapucaí Mirim.

Na região onde existe hoje a Cidade de Sapucaí Mirim, estabeleceram-se diversos moradores sob a proteção do Capitão Manoel Furquim de Almeida, representante de Minas. Essas terras eram reclamadas pelo paulista Inácio Caetano Vieira de Carvalho, antigo sesmeiro, que conseguiu reavê-las em 1813 com intervenção da câmara de Pindamonhangaba a seu favor.

Em abril do ano seguinte, houve um contra movimento por parte de Minas retirando a guarda do local combinado e, em julho foi instalado um quartel no alto da Serra da Mantiqueira. Em 31 de agosto do mesmo ano, a Câmara de Pindamonhangaba obrigou os mineiros a retirarem o quartel, que ficou abandonado até novembro quando foi queimado pelas autoridades de Pindamonhangaba. A denominação "Quartel Queimado" figura nos documentos de 1847 e no mapa de Minas de 1855.

Com a abertura oficial da estrada em 1811, ligando as duas Capitanias, a região começou a prosperar. Com a fundação da Freguesia de São Bento do Sapucaí em 1828, as terras do alto da Serra ficaram pertencendo à nova freguesia.

Foram feitas muitas doações para a Capela de Santo Antônio no local denominado Fazenda Pinhal. A mais conhecida delas ocorreu em 11 de abril de 1856, quando o senhor Antônio José de Oliveira e sua mulher doaram terras ao santo de devoção.

Após cem anos, comemorou-se a emancipação em 1960. Dessa data em diante a nova cidade transformou-se no "Charme da Serra".



## São Luiz do Paraitinga

O Capitão Vieira da Cunha e João Sobrinho de Moraes alegaram pretender povoar a região dos sertões da Paraitinga e, por isso, receberam do Capitão de Taubaté, Felipe Carneiro de Alcaçouva e Souza as primeiras sesmarias da então Vila de Guaratinguetá, que havia explorado todo aquele sertão, apresentou ao Governador, capitão-general D. Luís Antônio de Souza Botelho Mourão, um requerimento em que vários povoadores lhe pediam para fundar junto ao Rio Paraitinga e entre Taubaté e Ubatuba, uma nova povoação.

A 2 de Maio de 1.769 essa petição foi deferida, recebendo a povoação o nome de São Luiz e Santo Antônio do Paraitinga, sendo a padroeira Nossa Senhora dos Prazeres. No dia 8 de maio de 1.769 o sargento mor Manoel Antônio de Carvalho foi nomeado fundador e governador da nova povoação.

Um incentivo do governador geral estimulou a mudança de mais gente para o local que foi elevada à Vila em janeiro de 1.773, instalada a 31 de março do mesmo ano. A Vila teve rápido progresso de início, mas depois veio a estacionar na cultura dos cereais e só muito mais tarde se deu início à plantação de café e algodão. Por lei provincial a 30 de abril de 1.857 foi elevada à categoria de cidade e por título de 11 de junho de 1.873 obteve a denominação de “Imperial Cidade de São Luiz do Paraitinga”.

Transforma-se em Estância Turística a cidade de São Luiz do Paraitinga (Aprovado pela Lei Estadual nº 11.197 de 5 de julho de 2002).

ORIGEM DO NOME Paraitinga é o nome do Rio onde, desde os tempos dos Bandeirantes havia um posto avançado por onde passavam o café e o ouro mineiro. Ao ser fundada a povoação em 1.769, o nome foi São Luís e Santo Antônio do Paraitinga, sendo mudado depois para São Luiz do Paraitinga, quando o padroeiro passou a ser São Luiz, Bispo de Tolosa.

PARAHYTINGA – De origem indígena: Da língua Tupi-Guarani – “Águas Claras”

O Vale do Paraíba no século XVII era passagem de bandeirantes e tropas que se dirigiam a Ubatuba pela “Trilha dos Tamoios”. Muitos viajantes paravam, às margens do Rio Paraitinga, para descansar da viagem às Minas Gerais, trazendo cargas e ouro que seriam despachados para a Europa.

Em 5 de março de 1688, foram concedidas, nos sertões do Paraitinga, as primeiras sesmarias requeridas ao capitão-mor de Taubaté, Felipe Carneiro de Alcaçouva e Sousa, pelo Capitão Mateus Vieira da Cunha e João Sobrinho de Moraes, que desejavam povoar a região.

Em consequência da decadência da mineração em Minas Gerais e pela necessidade de ocupar as terras e crescer a produção agrícola da região, o Governador da Capitania de São Paulo, D. Luiz Antônio de Souza Mourão, conhecido por Morgado de Mateus, autorizou a fundação de uma povoação, junto ao Rio Paraitinga e entre Taubaté e Ubatuba, tendo o centro urbano todo planejado.

A 2 de maio de 1769, a povoação recebeu o nome de São Luís e Santo Antônio do Paraitinga, tendo como padroeira Nossa Senhora dos Prazeres. E em 8 de maio, o Sargento Manuel Antônio de Carvalho foi incumbido de fundar e governar a nova povoação. O fundador era devoto de Nossa Senhora dos Prazeres, que passa a ser padroeira do povoado.

Em 31 de março de 1773, devido a um incentivo do governador geral, que estimulou o agrupamento de novos moradores na localidade, a povoação foi elevada à categoria de vila. Em 1774, o registro de habitantes é de 800 pessoas.



Os primeiros habitantes eram famílias sem bens; dessa forma, dedicaram-se à agricultura de sobrevivência. A Vila São Luís e Santo Antônio do Paraitinga estacionou na cultura de cereais por muitos anos, até dar início à plantação de café e algodão.

A região do Paraitinga também participou do período de abastança regional, o ciclo do café em 1830 modificou a economia local, propiciou a expansão e o acúmulo de riquezas dos proprietários rurais mais abastados. No entanto, os agricultores continuaram a produzir milho e feijão.

O século XIX caracterizou São Luiz do Paraitinga como “Celeiro do Vale” por ter se dedicado à agricultura de feijão, cana, milho e mandioca, enquanto o resto do estado priorizava a cultura do café. A variedade dos gêneros produzidos e a boa localização geográfica faziam da cidade um centro agitado pelas tropas, com estabelecimento de ferreiros e comerciantes que viviam em função da circulação de pessoas.

Pela lei provincial, a 30 de abril de 1857, São Luiz do Paraitinga foi elevada à categoria de cidade e, por título de 11 de junho de 1873, com a visita de Dom Pedro II, obteve a denominação de “Imperial Cidade de São Luís do Paraitinga” e o Coronel Manoel Jacinto Domingues de Castro recebe o título de Barão do Paraitinga.

A partir do século XIX, como reflexo do período produtivo e a atração de pessoas para a cidade, iniciam-se as preocupações com as obras públicas, a construção da Casa da Câmara, da Cadeia e da nova matriz; em alguns trechos, as ruas são calçadas com pedras, acontecem o desenvolvimento do loteamento urbano e a transformação das primeiras construções (os casarões dos senhores rurais foram ornamentados, devido à melhora da situação econômica).

São Luiz do Paraitinga abrigou uma das primeiras fábricas têxteis do Estado de São Paulo, a Fábrica de Tecidos Santo Antônio, com 25 teares movidos por turbina d’água e 40 operários que trabalhavam a produção algodoeira de 450 toneladas, em 1888.

Com o depauperamento do solo e a destruição da vegetação natural ocasionada pela intensa atividade agrícola, a cidade ficou reduzida às relações locais de subsistência. As novas atividades eram a fabricação de rapadura, a casa de farinha e a produção de aguardente, que sustentavam o comércio regional.

No início do século XX, o município passa contar com a pequena produção de policulturas e a pecuária leiteira, até hoje uma das principais fontes de renda do luizense.

O período áureo será lembrado a partir de 1920, na alteração dos nomes das ruas, que passam a fazer referência às famílias privilegiadas, compostas por importantes fazendeiros de café.

### Taubaté

A origem do nome Taubaté está ligada à denominação de uma tribo de índios guaianás que habitava uma região nas proximidades onde hoje é parcialmente as ruas Capitão Geraldo, Coronel João Afonso, travessa São José e Largo do Chafariz, por nome TABA-YBATÉ, que significa aldeia (taba) elevada (ybaté).

Por volta de 1628, o bandeirante Jacques Félix recebeu da Condessa de Vimieiro, neta e herdeira de Martim Afonso de Souza, a missão de demarcar suas áreas.

Após isso, Taubaté é passada a condição de Vila em 5 de dezembro de 1645, e recebe o nome de São Francisco das Chagas de Taubaté, que é o padroeiro do município.



Tornou-se um centro irradiador de bandeirismo. Com o advento do ouro em Minas Gerais, instalou-se a Casa de Fundição de Ouro, onde hoje é a Praça Monsenhor Silva Barros, acelerando seu progresso no período colonial.

Participou do Ciclo do Café, na metade do século XVIII, e no século seguinte, em 1842, recebeu o título de cidade, sendo que por volta de 1900 foi a maior produtora de café do Vale do Paraíba.

Foi uma das primeiras a participar da Revolução Industrial, com a instalação da CTI (Companhia Taubaté Industrial), em 1891. O franco desenvolvimento do município rendeu-lhe por muito tempo, o título de Capital do Vale, por ser um dos municípios que desempenhou papel importante na evolução histórica e econômica da região e do país.

Hoje, Taubaté é a Capital Nacional da Literatura Infantil, por ter sido cenário que deu origem às obras de Monteiro Lobato. Foi aqui que o escritor nasceu e passou toda a sua infância.

A cidade abriga, desde 1988, o Comando de Aviação do Exército, que faz treinamento dos pilotos de aeronaves do Exército Brasileiro.

Distrito criado com a denominação de São Francisco das Chagas Taubaté, por Provisão de 05-12-1645.

Elevado à categoria de vila com a denominação de São Francisco das Chagas de Taubaté por Provisão, de 09-12-1645. Sede na antiga vila São Francisco das Chagas Taubaté. Constituído do distrito sede. Instalado em 01-01-1646.

Elevado à condição de cidade com a denominação de Taubaté (ex.São Francisco das Chagas Taubaté), pela Lei Provincial n.º 5, de 05-02-1842.

Em divisão administrativa referente ao ano de 1911, o município é constituído do distrito sede.

Pela Lei Estadual n.º 2.087, de 19-12-1925, é criado o distrito de Quiririm e anexado ao município de Taubaté.

Em divisão administrativa referente ao ano de 1933, o município é constituído de 2 distritos: Taubaté e Quiririm.

Em divisão territorial datada de 1-VII-1960, o município permanece constituído de 2 distritos: Taubaté e Quiririm. Assim permanecendo em divisão territorial datada de 2009.

### Tremembé

No Brasil colônia, os portugueses cada vez mais se embrenhavam pelo interior de nossas terras em busca de ouro. Dentre essas explorações, Brás Cubas foi indicado para chefiar uma expedição que partiu de Piratininga em direção ao Vale, no sentido de alcançar o Rio Paraíba, pois a via fluvial era a melhor forma para alcançar o objetivo da missão.

Dentre os desbravadores estava Jacques Felix, fundador de Taubaté, que conseguiu reunir em suas terras – Sítio Tremembé – diversos povoados. No sítio de Tremembé, viveram pessoas de enorme valor histórico na fundação de algumas cidades do Vale do Paraíba e do interior de São Paulo, dentre elas o Capitão Mor Manuel Costa Cabral que ordenou que se construísse em sua propriedade uma capela em louvor a Nossa Senhora da Conceição, então padroeira da freguesia. Em 1663, a capela recebeu a imagem do Senhor Bom Jesus que logo teve a fama de Santo Milagroso espalhada pela



região. Foi então que peregrinos começaram a surgir e muitos romeiros acabaram se estabelecendo ao redor da capela que com o crescente fluxo de fiéis, fez surgir a necessidade de sucessivas ampliações.

Já em 1672 fora realizada a primeira missa em celebração ao Senhor Bom Jesus de Tremembé. Criou-se então a irmandade do Senhor Bom Jesus, que passou a zelar pelas terras que foram doadas ao santo, formando assim o pequeno povoado de Tremembé que tinha como padroeiro o Bom Jesus.

Em 1907, três anos após a chegada dos monges trapistas a Tremembé, foi criada a Paróquia do Senhor Bom Jesus de Tremembé (desmembrada da Paróquia de São Francisco das Chagas de Taubaté) e a igreja do Bom Jesus, elevada a Matriz Paroquial recebeu também o título de Santuário Arquiepiscopal, concedido por Dom Duarte Leopoldo e Silva (na ocasião Arcebispo de São Paulo).

O topônimo é de origem Tupi, Tirime'bem ou "Tere-membé", significa jorro, curso de água que se abranda, segundo Vitorino Coelho Carvalho, em seu livro – Tremembé. A palavra está diretamente ligada à abundância das águas, fazendo referência aos rios e ao solo da região.

Distrito criado com a denominação de Tremembé, pela Lei Provincial n.º 1, de 02-02-1866 e Decreto Estadual n.º 132, de 03-03-1891, subordinado ao município de Taubaté.

Elevado à categoria de vila com a denominação de Tremembé pela Lei Estadual n.º 458, de 26-11-1896, desmembrado do município de Taubaté. Sede na antiga povoação de Tremembé. Constituído do distrito sede. Instalado em 07-01-1905.

Elevado à condição de cidade com a denominação de Tremembé, pela Lei Estadual n.º 1.038, de 19-12-1906.

Em divisão administrativa referente ao ano de 1911, o município é constituído do distrito sede.

Em divisão territorial datada de 1-VII-1960, o município permanece constituído do distrito sede.

Assim permanecendo em divisão territorial datada de 2020.

### Unidades de Saúde Referenciadas

De acordo a grade de referência apresentada, listamos abaixo a Unidades de Saúde referenciadas para envio dos pacientes, considerando a Hipótese Diagnóstica, a disponibilidade de leitos e a distância de transporte entre a vítima e a Unidade de Saúde.



*Hospital Regional do Vale do Paraíba - Taubaté*

**CNES** | Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde: Ministério da Saúde (MS)  
Secretaria de Atenção à Saúde (SAS)  
Coordenação de Regulação, Avaliação e Controle de Serviços (CIRAC)  
Coordenação Geral de Sistemas de Informação (CGSI)

**Ficha de Estabelecimento Identificação** Data: 13/11/2021

CNES: 3128638 Nome Fantasia: HOSPITAL REGIONAL DO VALE DO PARAIBA CNPJ: 60.975.737/0072-45  
 Nome Empresarial: SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO Natureza Jurídica: ENTIDADES SEM FINS LUCRATIVOS  
 Logradouro: AV TIRADENTES Número: 280 Complemento: --  
 Bairro: CENTRO Município: 355410 - TAUBATE UF: SP  
 CEP: 12030-180 Telefone: (12)3624-2000 Dependência: INDIVIDUAL Reg de Saúde: 0217  
 Tipo de Estabelecimento: HOSPITAL GERAL Subtipo: -- Gestão: ESTADUAL  
 Diretor Clínico/Gerente/Administrador: FREDERICO VILELA DE OLIVEIRA  
 Cadastrado em: 29/05/2004 Atualização na base local: 27/10/2021 Última atualização Nacional: 08/11/2021  
 Horário de Funcionamento: SEMPRE ABERTO

**Caracterização**

Atividade ensino/pesquisa	Código/natureza jurídica
UNIDADE AUXILIAR DE ENSINO	3999 - ASSOCIACAO PRIVADA

**Infraestrutura**

Nenhum resultado para a consulta realizada.

**Atividade**

Atividade	Nível de atenção	Gestão
HOSPITALAR	MEDIA COMPLEXIDADE	ESTADUAL

Esta é uma cópia impressa do documento oficial. As informações oficiais atualizadas estão disponíveis no site do CNES (<http://cnes.datasus.gov.br>). Pag. 1 de 13

Atividade	Nível de atenção	Gestão
AMBULATORIAL	MEDIA COMPLEXIDADE	ESTADUAL
AMBULATORIAL	ALTA COMPLEXIDADE	ESTADUAL
HOSPITALAR	ALTA COMPLEXIDADE	ESTADUAL

**Atendimento**

Tipo de atendimento	Convênio
AMBULATORIAL	PLANO DE SAUDE PUBLICO
AMBULATORIAL	PARTICULAR
AMBULATORIAL	SUS
AMBULATORIAL	PLANO DE SAUDE PRIVADO
INTERNACAO	PLANO DE SAUDE PRIVADO
INTERNACAO	PLANO DE SAUDE PUBLICO
INTERNACAO	SUS
INTERNACAO	PARTICULAR
SADT	SUS
SADT	PARTICULAR
SADT	PLANO DE SAUDE PUBLICO
SADT	PLANO DE SAUDE PRIVADO
URGENCIA	SUS
URGENCIA	PARTICULAR
URGENCIA	PLANO DE SAUDE PUBLICO

Esta é uma cópia impressa do documento oficial. As informações oficiais atualizadas estão disponíveis no site do CNES (<http://cnes.datasus.gov.br>). Pag. 2 de 13

Tipo de atendimento	Convênio
URGENCIA	PLANO DE SAUDE PRIVADO

**Fluxo de clientela**

03 - ATENDIMENTO DE DEMANDA ESPONTANEA E REFERENCIADA

**Endereço Complementar**

Nenhum resultado para a consulta realizada.

**Classificação Estabelecimento**

**Atividade Principal**

01 - ASSISTENCIA A SAUDE 009 - INTERNACAO

**Grupo > Atividade Secundária**

- 01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 001 - CONSULTA AMBULATORIAL
- 01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 002 - APOIO DIAGNOSTICO
- 01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 003 - TERAPIAS ESPECIAIS
- 01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 007 - ASSISTENCIA A EMERGENCIAS
- 01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 008 - ENTREGA/DISPENSACAO DE MEDICAMENTOS
- 01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 010 - ASSISTENCIA INTERMEDIARIA
- 01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 015 - ATENCAO HEMATOLOGICA E/OU HEMOTERAPICA

**Classificação Estabelecimento Saúde**

Esta é uma cópia impressa do documento oficial. As informações oficiais atualizadas estão disponíveis no site do CNES (<http://cnes.datasus.gov.br>). Pag. 3 de 13





006 - HOSPITAL

**Informações Gerais**
**Instalações físicas para assistência**

Instalação	Clde./Consultório	Leitos/Equipamentos
<b>URGÊNCIA E EMERGÊNCIA</b>		
CONSULTÓRIOS MÉDICOS	5	0
SALA DE ATENDIMENTO INDIFERENCIADO	1	0
SALA DE ATENDIMENTO PEDIÁTRICO	1	0
SALA PEQUENA CIRURGIA	1	0
SALA REPOUSO/OBSERVAÇÃO - INDIFERENCIADO	2	7
SALA REPOUSO/OBSERVAÇÃO - PEDIÁTRICA	2	7
SALA DE ATENDIMENTO A PACIENTE CRÍTICO/SALA DE ESTABILIZAÇÃO	2	2
<b>AMBULATORIAL</b>		
CLÍNICAS BÁSICAS	1	0
CLÍNICAS INDIFERENCIADO	32	0
ODONTOLOGIA	1	0
OUTROS CONSULTÓRIOS NÃO MÉDICOS	10	0
SALA DE CURATIVO	1	0
SALA DE ENFERMAGEM (SERVIÇOS)	4	0
SALA DE GESSO	1	0

Esta é uma cópia impressa do documento oficial. As informações oficiais atualizadas estão disponíveis no site do CNES (http://cnes.datasus.gov.br).

Pág. 4 de 13

SALA DE PEQUENA CIRURGIA	3	0
SALA REPOUSO/OBSERVAÇÃO - PEDIÁTRICA	2	7
<b>HOSPITALAR</b>		
SALA DE RECUPERAÇÃO	13	0
SALA DE RECUPERAÇÃO	1	16

**Serviços de**

Serviço	Característica
AMBULANCIA	TERCEIRIZADO
CENTRAL DE ESTERILIZAÇÃO DE MATERIAIS	PRÓPRIO
FARMACIA	PRÓPRIO
LACTÁRIO	PRÓPRIO
LAVANDERIA	TERCEIRIZADO
NECROTÉRIO	PRÓPRIO
NUTRIÇÃO E DIETÉTICA (S.N.D.)	PRÓPRIO
S.A.M.E. OU S.P.P. (Serviço de Pronto Atendimento de Paciente)	PRÓPRIO
SERVICO DE MANUTENÇÃO DE EQUIPAMENTOS	PRÓPRIO E TERCEIRIZADO
SERVICO SOCIAL	PRÓPRIO

**Serviços especializados**

Código	Serviço	Característica	Ambulatorial		Hospitalar	
			SUS	Não SUS	SUS	Não SUS
130	ATENÇÃO A DOENÇA RENAL CRÔNICA	PRÓPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO

Esta é uma cópia impressa do documento oficial. As informações oficiais atualizadas estão disponíveis no site do CNES (http://cnes.datasus.gov.br).

Pág. 5 de 13

169	ATENÇÃO EM UROLOGIA	PRÓPRIO	SIM	SIM	SIM	SIM
150	CIRURGIA VASCULAR	PRÓPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
170	COMISSÕES E COMITÊS	PRÓPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
151	MEDICINA NUCLEAR	TERCEIRIZADO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
107	SERVICO DE ATENÇÃO A SAÚDE AUDITIVA	PRÓPRIO	SIM	SIM	SIM	SIM
116	SERVICO DE ATENÇÃO CARDIOVASCULAR / CARDIOLOGIA	PRÓPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
116	SERVICO DE ATENÇÃO CARDIOVASCULAR / CARDIOLOGIA	PRÓPRIO	SIM	SIM	SIM	SIM
105	SERVICO DE ATENÇÃO EM NEUROLOGIA / NEUROCIRURGIA	PRÓPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
145	SERVICO DE DIAGNÓSTICO DE LABORATÓRIO CLÍNICO	PRÓPRIO	SIM	SIM	SIM	SIM
120	SERVICO DE DIAGNÓSTICO POR ANATOMIA PATOLÓGICA EOU CITOPATO	PRÓPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
120	SERVICO DE DIAGNÓSTICO POR ANATOMIA PATOLÓGICA EOU CITOPATO	TERCEIRIZADO	SIM	SIM	SIM	SIM
121	SERVICO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM	PRÓPRIO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
121	SERVICO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM	PRÓPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
121	SERVICO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM	PRÓPRIO	SIM	NÃO	SIM	SIM
121	SERVICO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM	TERCEIRIZADO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
122	SERVICO DE DIAGNÓSTICO POR MÉTODOS GRÁFICOS DINÂMICOS	PRÓPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
122	SERVICO DE DIAGNÓSTICO POR MÉTODOS GRÁFICOS DINÂMICOS	PRÓPRIO	SIM	SIM	SIM	SIM
142	SERVICO DE ENDOSCOPIA	PRÓPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
125	SERVICO DE FARMACIA	PRÓPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
126	SERVICO DE FISIOTERAPIA	PRÓPRIO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO
126	SERVICO DE FISIOTERAPIA	PRÓPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO

Esta é uma cópia impressa do documento oficial. As informações oficiais atualizadas estão disponíveis no site do CNES (http://cnes.datasus.gov.br).

Pág. 6 de 13



128	SERVICO DE HEMOTERAPIA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
128	SERVICO DE LABORATORIO DE HISTOCOMPATIBILIDADE	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
131	SERVICO DE OFTALMOLOGIA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
132	SERVICO DE ONCOLOGIA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
133	SERVICO DE PNEUMOLOGIA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
135	SERVICO DE REABILITACAO	PROPRIO	SIM	SIM	SIM	SIM
138	SERVICO DE SUPORTE NUTRICIONAL	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
162	SERVICO DE TERAPIA INTENSIVA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
140	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PROPRIO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
140	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
149	TRANSPLANTE	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO

Comissões e	Descrição
CIPA	
TRANSPLANTES DE ORGAOS	
ANALISE DE OBITOS E BIOPSIAS	
ETICA MEDICA	
HEMOTERAPIA	
MULTIDISCIPLINAR DE TERAPIA NUTRICIONAL	
NUCLEO DE SEGURANCA DO PACIENTE	
NOTIFICACAO DE DOENCAS	

Esta é uma cópia impressa do documento oficial. As informações oficiais atualizadas estão disponíveis no site do CNES (<http://cnes.datasus.gov.br>).

Pág. 7 de 13

FARMACIA E TERAPEUTICA
CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR
REVISAO DE PRONTUARIOS

Serviços e Classificação					
Código	Serviço	Classificação	Terceiro	CNES	
149 - 015	TRANSPLANTE	ACOES PARA DOACAO E CAPTACAO DE ORGAOS E TECIDOS	NÃO	NAO INFORMADO	
118 - 008	SERVICO DE ATENCAO CARDIOVASCULAR / CARDIOLOGIA	ANGIOLOGIA	NÃO	NAO INFORMADO	
126 - 004	SERVICO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA CARDIOVASCULARES E PNEUMOFUNCI	NÃO	NAO INFORMADO	
126 - 002	SERVICO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA EM ALTERACOES ONCOLOGICAS	NÃO	NAO INFORMADO	
126 - 007	SERVICO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA NAS ALTERACOES EM NEUROLOGIA	NÃO	NAO INFORMADO	
129 - 005	SERVICO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA NAS DISFUNCOES MUSCULO ESQUELET	NÃO	NAO INFORMADO	
135 - 010	SERVICO DE REABILITACAO	ATENCAO FONOAUDIOLÓGICA	NÃO	NAO INFORMADO	
140 - 005	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	ATENDIMENTO AO PACIENTE COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC)	NÃO	NAO INFORMADO	
118 - 007	SERVICO DE ATENCAO CARDIOVASCULAR / CARDIOLOGIA	CARDIOLOGIA CLINICA	NÃO	NAO INFORMADO	
118 - 006	SERVICO DE ATENCAO CARDIOVASCULAR / CARDIOLOGIA	CARDIOLOGIA ENDOVASCULAR EXTRACARDIACO	NÃO	NAO INFORMADO	
118 - 005	SERVICO DE ATENCAO CARDIOVASCULAR / CARDIOLOGIA	CARDIOLOGIA INTERVENÇIONISTA (HEMODINAMICA)	NÃO	NAO INFORMADO	
118 - 002	SERVICO DE ATENCAO CARDIOVASCULAR / CARDIOLOGIA	CIRURGIA CARDIOVASCULAR (ADULTO)	NÃO	NAO INFORMADO	
118 - 004	SERVICO DE ATENCAO CARDIOVASCULAR / CARDIOLOGIA	CIRURGIA VASCULAR	NÃO	NAO INFORMADO	
105 - 002	SERVICO DE ATENCAO EM NEUROLOGIA / NEUROCIRURGIA	COLUNA E NERVOS PERIFERICOS	NÃO	NAO INFORMADO	
130 - 003	ATENCAO A DOENÇA RENAL CRONICA	CONFECCAO INTERVENCAO DE ACESSOS PARA DIALISE	NÃO	NAO INFORMADO	
107 - 004	SERVICO DE ATENCAO A SAUDE AUDITIVA	DIAGNOSTICO EM AUDIOLOGIA/OTOLOGIA	NÃO	NAO INFORMADO	

Esta é uma cópia impressa do documento oficial. As informações oficiais atualizadas estão disponíveis no site do CNES (<http://cnes.datasus.gov.br>).

Pág. 8 de 13

128 - 002	SERVICO DE HEMOTERAPIA	DIAGNOSTICO EM HEMOTERAPIA	NÃO	NAO INFORMADO	
131 - 001	SERVICO DE OFTALMOLOGIA	DIAGNOSTICO EM OFTALMOLOGIA	NÃO	NAO INFORMADO	
133 - 002	SERVICO DE PNEUMOLOGIA	DIAGNOSTICO EM PNEUMOLOGIA	NÃO	NAO INFORMADO	
142 - 001	SERVICO DE ENDOSCOPIA	DO APARELHO DIGESTIVO	NÃO	NAO INFORMADO	
142 - 002	SERVICO DE ENDOSCOPIA	DO APARELHO RESPIRATORIO	NÃO	NAO INFORMADO	
142 - 003	SERVICO DE ENDOSCOPIA	DO APARELHO URINARIO	NÃO	NAO INFORMADO	
162 - 005	SERVICO DE TERAPIA INTENSIVA	DOENÇA CORONARIANA (UCO)	NÃO	NAO INFORMADO	
136 - 001	SERVICO DE SUPORTE NUTRICIONAL	ENTERAL	NÃO	NAO INFORMADO	
136 - 002	SERVICO DE SUPORTE NUTRICIONAL	ENTERAL PARENTERAL	NÃO	NAO INFORMADO	
140 - 004	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	ESTABILIZACAO DE PACIENTE CRITICO/GRAVE EM SALA DE ESTABILIZ	NÃO	NAO INFORMADO	
122 - 003	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	EXAME ELETROCARDIOGRAFICO	NÃO	NAO INFORMADO	
122 - 007	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	EXAME ELETROCARDIOGRAFICO POR TELEMEDICINA	NÃO	NAO INFORMADO	
120 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO	EXAMES ANATOMOPATOLÓGICOS	SIM	2061465	
120 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO	EXAMES ANATOMOPATOLÓGICOS	NÃO	NAO INFORMADO	
145 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES BIOQUIMICOS	NÃO	NAO INFORMADO	
120 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO	EXAMES CITOPATOLÓGICOS	SIM	2061465	
120 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO	EXAMES CITOPATOLÓGICOS	NÃO	NAO INFORMADO	
145 - 004	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES COPROLOGICOS	NÃO	NAO INFORMADO	
145 - 011	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES DE GENETICA	NÃO	NAO INFORMADO	
129 - 002	SERVICO DE LABORATORIO DE HISTOCOMPATIBILIDADE	EXAMES DE HISTOCOMPATIBILIDADE POR SOROLOGIA E BIOLOGIA	NÃO	NAO INFORMADO	
145 - 005	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES DE UROANALISE	NÃO	NAO INFORMADO	

Esta é uma cópia impressa do documento oficial. As informações oficiais atualizadas estão disponíveis no site do CNES (<http://cnes.datasus.gov.br>).

Pág. 9 de 13



145 - 010	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES EM OUTROS LIQUIDOS BIOLOGICOS	NÃO	NAO INFORMADO
145 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES HEMATOLOGICOS E HEMOSTASIA	NÃO	NAO INFORMADO
145 - 006	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES HORMONAIS	NÃO	NAO INFORMADO
145 - 013	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES IMUNOHEMATOLOGICOS	NÃO	NAO INFORMADO
145 - 009	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES MICROBIOLÓGICOS	NÃO	NAO INFORMADO
145 - 003	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES SOROLOGICOS E IMUNOLOGICOS	NÃO	NAO INFORMADO
145 - 008	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES TOXICOLÓGICOS OU DE MONITORIZACAO TERAPEUTICA	NÃO	NAO INFORMADO
125 - 006	SERVICO DE FARMACIA	FARMACIA HOSPITALAR	NÃO	NAO INFORMADO
150 - 002	CIRURGIA VASCULAR	FISTULA ARTERIOVENOSA COM ENKERTO	NÃO	NAO INFORMADO
150 - 001	CIRURGIA VASCULAR	FISTULA ARTERIOVENOSA SEM ENKERTO	NÃO	NAO INFORMADO
132 - 002	SERVICO DE ONCOLOGIA	HEMATOLOGIA	NÃO	NAO INFORMADO
169 - 002	ATENCAO EM UROLOGIA	LITOTRIPSIA	NÃO	NAO INFORMADO
121 - 012	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	MAMOGRAFIA	NÃO	NAO INFORMADO
151 - 001	MEDICINA NUCLEAR	MEDICINA NUCLEAR IN VIVO	SIM	7757190
128 - 004	SERVICO DE HEMOTERAPIA	MEDICINA TRANSFUSIONAL	NÃO	NAO INFORMADO
105 - 001	SERVICO DE ATENCAO EM NEUROLOGIA / NEUROCIURURGIA	NEUROCIURURGIA DO TRAUMA E ANOMALIAS DO DESENVOLVIMENTO	NÃO	NAO INFORMADO
105 - 004	SERVICO DE ATENCAO EM NEUROLOGIA / NEUROCIURURGIA	NEUROCIURURGIA VASCULAR	NÃO	NAO INFORMADO
170 - 001	COMISSOES E COMITES	NUCLEO DE SEGURANCA DO PACIENTE	NÃO	NAO INFORMADO
132 - 005	SERVICO DE ONCOLOGIA	ONCOLOGIA CIRURGICA	NÃO	NAO INFORMADO
132 - 003	SERVICO DE ONCOLOGIA	ONCOLOGIA CLINICA	NÃO	NAO INFORMADO
128 - 003	SERVICO DE HEMOTERAPIA	PROCEDIMENTOS ESPECIAIS EM HEMOTERAPIA	NÃO	NAO INFORMADO

 Esta é uma cópia impressa do documento oficial. As informações oficiais atualizadas estão disponíveis no site do CNES (<http://cnes.datasus.gov.br>).

Pag. 10 de 13

140 - 006	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PRONTO ATENDIMENTO CLINICO	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 010	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PRONTO ATENDIMENTO OFTALMOLOGICO	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 007	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PRONTO ATENDIMENTO PEDIATRICO	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 014	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PRONTO SOCORRO CARDIOVASCULAR	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 015	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PRONTO SOCORRO NEUROLOGIA-NEUROCIURURGIA	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 016	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PRONTO SOCORRO TRAUMATO ORTOPEDICO	NÃO	NAO INFORMADO
121 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	RADIOLOGIA	NÃO	NAO INFORMADO
121 - 006	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA	NÃO	NAO INFORMADO
132 - 004	SERVICO DE ONCOLOGIA	RADIOTERAPIA	NÃO	NAO INFORMADO
121 - 004	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	RESSONANCIA MAGNETICA	SIM	2035383
149 - 016	TRANSPLANTE	RETRADA DE GLOBO OCULAR HUMANO PARA TRANSPLANTE	NÃO	NAO INFORMADO
122 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	TESTE DE HOLTZER	NÃO	NAO INFORMADO
122 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	TESTE ERGOMETRICO	NÃO	NAO INFORMADO
121 - 003	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA	NÃO	NAO INFORMADO
131 - 003	SERVICO DE OFTALMOLOGIA	TRATAMENTO CIRURGICO DO APARELHO DA VISAO	NÃO	NAO INFORMADO
131 - 002	SERVICO DE OFTALMOLOGIA	TRATAMENTO CLINICO DO APARELHO DA VISAO	NÃO	NAO INFORMADO
133 - 001	SERVICO DE PNEUMOLOGIA	TRATAMENTO DE DOENÇAS DAS VIAS AEREAS INFERIORES	NÃO	NAO INFORMADO
130 - 001	ATENCAO A DOENÇA RENAL CRONICA	TRATAMENTO DIALITICO-HEMODIALISE	NÃO	NAO INFORMADO
130 - 005	ATENCAO A DOENÇA RENAL CRONICA	TRATAMENTO DIALITICO-PERITONEAL	NÃO	NAO INFORMADO
105 - 007	SERVICO DE ATENCAO EM NEUROLOGIA / NEUROCIURURGIA	TRATAMENTO ENDOVASCULAR	NÃO	NAO INFORMADO
130 - 004	ATENCAO A DOENÇA RENAL CRONICA	TRATAMENTO NEFROLOGIA EM GERAL	NÃO	NAO INFORMADO

 Esta é uma cópia impressa do documento oficial. As informações oficiais atualizadas estão disponíveis no site do CNES (<http://cnes.datasus.gov.br>).

Pag. 11 de 13

105 - 005	SERVICO DE ATENCAO EM NEUROLOGIA / NEUROCIURURGIA	TRATAMENTO NEUROCIURURGICO DA DOR FUNCIONAL	NÃO	NAO INFORMADO
105 - 003	SERVICO DE ATENCAO EM NEUROLOGIA / NEUROCIURURGIA	TUMORES DO SISTEMA NERVOSO	NÃO	NAO INFORMADO
121 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	ULTRASONOGRAFIA	NÃO	NAO INFORMADO

Outros

Nível de hierarquia	Tipo de unidade	Turno de atendimento
	HOSPITAL GERAL	ATENDIMENTO CONTINUO DE 24 HORAS/DIA (PLANTAO-INCLUI SABADOS, DOMINGOS E FERIADOS)
Hospital avaliado segundo o NBAH do MS		
NÃO		

Hospital - Leitos

Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
COMPLEMENTAR		
UTI ADULTO - TIPO II	30	30
UTI II ADULTO-SINDROME RESP. AGUDA GRAVE (SRAG)- COVID-19	10	10
UTI PEDIATRICA - TIPO II	9	9
ESPEC - CIRURGICO		
CIRURGIA GERAL	133	109
ESPEC - CLINICO		
CLINICA GERAL	48	36
PEDIATRICO		
PEDIATRIA CIRURGICA	9	8

 Esta é uma cópia impressa do documento oficial. As informações oficiais atualizadas estão disponíveis no site do CNES (<http://cnes.datasus.gov.br>).

Pag. 12 de 13



Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
PEDIATRIA CLINICA	3	2

Data desativação: -- Motivo desativação: --

Esta é uma cópia impressa do documento oficial. As informações oficiais atualizadas estão disponíveis no site do CNES (http://cnes.datasus.gov.br)

Pág. 13 de 13

### Hospital Municipal Universitário de Taubaté – PSGO e PSI

**CNES** Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde

Ministério da Saúde (MS)  
 Secretaria de Atenção à Saúde (SAS)  
 Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (DRAAC)  
 Coordenação-Geral de Sistemas de Informação (CGSI)

**Ficha de Estabelecimento Identificação**

Data: 13/11/2021

CNES: 2749319 Nome Fantasia: HOSPITAL MUNICIPAL UNIVERSITARIO DE TAUBATE CNPJ: --  
 Nome Empresarial: MUNICIPIO DE TAUBATE Natureza Jurídica: ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA  
 Logradouro: AVENIDA GRANADEIRO GUIMARAES Número: 270 Complemento: --  
 Bairro: CENTRO Município: 255410 - TAUBATE UF: SP  
 CEP: 12020-130 Telefone: (12) 3625-7500 Dependências: MANTIDA Reg do Saúde: 3517  
 Tipo de Estabelecimento: HOSPITAL GERAL Subtipo: -- Gestão: MUNICIPAL  
 Diretor Clínico/Gerente/Administrador: RUY FELIPE MELO VIEGAS  
 Cadastrado em: 03/09/2003 Atualização na base local: 22/10/2021 Última atualização Nacional: 08/11/2021  
 Horário de Funcionamento: SEMPRE ABERTO

**Caracterização**

Atividade ensino/pesquisa	Código/natureza jurídica
HOSPITAL DE ENSINO	1244 - MUNICIPIO

**Infraestrutura**

Nenhum resultado para a consulta realizada.

**Atividade**

Atividade	Nível de atenção	Gestão
AMBULATORIAL	ALTA COMPLEXIDADE	MUNICIPAL

Esta é uma cópia impressa do documento oficial. As informações oficiais atualizadas estão disponíveis no site do CNES (http://cnes.datasus.gov.br)

Pág. 1 de 13

Atividade	Nível de atenção	Gestão
HOSPITALAR	ALTA COMPLEXIDADE	MUNICIPAL
AMBULATORIAL	MEDIA COMPLEXIDADE	MUNICIPAL
HOSPITALAR	MEDIA COMPLEXIDADE	MUNICIPAL

**Atendimento**

Tipo de atendimento	Convênio
AMBULATORIAL	SUS
INTERNACAO	SUS
SADT	SUS
URGENCIA	SUS

**Fluxo de clientela**

03 - ATENDIMENTO DE DEMANDA ESPONTANEA E REFERENCIADA

**Endereço Complementar**

UNIDADE HOSPITALAR COMPLEMENTAR AO HMUT

Logradouro	Número S/N	Complemento	Bairro	UF	Cep
JOAQUIM TAVORA				SP	12020120
Telefone	Fax	E-mail	Município	UF	Cep
36257500		daisy.oliveira@hmut.spdm.org.br	TAUBATE	SP	12020120
Serviço	Classificação	Tipo			

Esta é uma cópia impressa do documento oficial. As informações oficiais atualizadas estão disponíveis no site do CNES (http://cnes.datasus.gov.br)

Pág. 2 de 13



162	001	PROPRIO
162	003	PROPRIO
163	004	PROPRIO

**Classificação Estabelecimento**
**Atividade Principal**

01 - ASSISTENCIA A SAUDE

009 - INTERNACAO

Grupo > Atividade Secundária
01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 001 - CONSULTA AMBULATORIAL
01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 002 - APOIO DIAGNOSTICO
01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 003 - TERAPIAS ESPECIAIS
01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 004 - REABILITACAO
01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 005 - CONCESSAO, MANUTENCAO E ADAPTACAO DE OPM
01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 007 - ASSISTENCIA A EMERGENCIAS
01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 008 - ENTREGA/DISPENSACAO DE MEDICAMENTOS
01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 010 - ASSISTENCIA INTERMEDIARIA
01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 011 - ATENCAO PSICOSSOCIAL
01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 013 - ASSISTENCIA OBSTETRICA E NEONATAL
01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 015 - ATENCAO HEMATOLOGICA E/OU HEMOTERAPICA

**Classificação Estabelecimento Saúde**

006 - HOSPITAL

Esta é uma cópia impressa do documento oficial. As informações oficiais atualizadas estão disponíveis no site do CNES (http://cnes.datasus.gov.br).

Pág. 3 de 13

**Informações Gerais**
**Instalações físicas para assistência**

Instalação	Clde./Consultório	Leitos/Equipamentos
<b>URGÊNCIA E EMERGÊNCIA</b>		
CONSULTORIOS MEDICOS	1	0
SALA DE ATENDIMENTO FEMININO	2	0
SALA REPOUSO/OBSERVACAO - FEMININO	1	1
SALA REPOUSO/OBSERVACAO - INDIFERENCIADO	1	2
SAIA DE ATENDIMENTO A PACIENTE CRITICO/SALA DE ESTABILIZACAO	1	0
<b>AMBULATORIAL</b>		
CLINICAS BASICAS	11	0
CLINICAS INDIFERENCIADO	31	0
ODONTOLOGIA	1	0
OUTROS CONSULTORIOS NAO MEDICOS	4	0
SALA DE CIRURGIA AMBULATORIAL	1	0
SALA DE CURATIVO	2	0
SALA DE GESSO	1	0
SALA DE REPOUSO/OBSERVACAO - INDIFERENCIADO	1	1
<b>HOSPITALAR</b>		

Esta é uma cópia impressa do documento oficial. As informações oficiais atualizadas estão disponíveis no site do CNES (http://cnes.datasus.gov.br).

Pág. 4 de 13

LEITOS DE ALQJAMENTO CONJUNTO	0	27
LEITOS RN NORMAL	0	0
LEITOS RN PATOLOGICO	0	0
SALA DE CIRURGIA	5	0
SALA DE CIRURGIA	2	0
SALA DE PARTO NORMAL	2	0
SALA DE PRE-PARTO	1	5
SALA DE RECUPERACAO	1	5

**Serviços de**

Serviço	Característica
BANCO DE LEITE	TERCEIRIZADO
CENTRAL DE ESTERILIZACAO DE MATERIAIS	PROPRIO
FARMACIA	PROPRIO
LACTARIO	PROPRIO
LAVANDERIA	TERCEIRIZADO
NUTRICAO E DIETETICA (S.N.D.)	PROPRIO
S.A.M.E. OU S.P.P. (Serviço de Pronto-atendimento de Paciente)	PROPRIO
SERVICO DE MANUTENCAO DE EQUIPAMENTOS	PROPRIO
SERVICO SOCIAL	PROPRIO

**Serviços especializados**

Ambulatorial

Hospitalar

Esta é uma cópia impressa do documento oficial. As informações oficiais atualizadas estão disponíveis no site do CNES (http://cnes.datasus.gov.br).

Pág. 5 de 13



Código	Serviço	Característica	SUS	Não SUS	SUS	Não SUS
170	COMISSOES E DOMITES	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
148	HOSPITAL DIA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
174	IMUNIZACAO	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
107	SERVICO DE ATENCAO A SAUDE AUDITIVA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
110	SERVICO DE ATENCAO A SAUDE REPRODUTIVA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
112	SERVICO DE ATENCAO AO PRE-NATAL PARTO E NASCIMENTO	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
116	SERVICO DE ATENCAO CARDIOVASCULAR / CARDIOLOGIA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
115	SERVICO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL	PROPRIO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO
115	SERVICO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
163	SERVICO DE CUIDADOS INTERMEDIARIOS	PROPRIO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO
145	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
145	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	TERCEIRIZADO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
120	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO	TERCEIRIZADO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
121	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
121	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	TERCEIRIZADO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO
121	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	TERCEIRIZADO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
122	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
142	SERVICO DE ENDOSCOPIA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
125	SERVICO DE FARMACIA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
126	SERVICO DE FISIOTERAPIA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO

Esta é uma cópia impressa do documento oficial. As informações oficiais atualizadas estão disponíveis no site do CNES (<http://cnes.datasus.gov.br>).

Pág. 6 de 13

128	SERVICO DE HEMOTERAPIA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
131	SERVICO DE OFTALMOLOGIA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
132	SERVICO DE ONCOLOGIA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
164	SERVICO DE ORTESES, PROTESES E MAT ESPECIAIS EM REABILITACAO	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
133	SERVICO DE PNEUMOLOGIA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
135	SERVICO DE REABILITACAO	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
136	SERVICO DE SUPORTE NUTRICIONAL	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
162	SERVICO DE TERAPIA INTENSIVA	PROPRIO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO
162	SERVICO DE TERAPIA INTENSIVA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
155	SERVICO DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
140	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
148	SERVICO DE VIDEO LAPAROSCOPIA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
144	SERVICO POSTO DE COLETA DE MATERIAIS BIOLÓGICOS	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
149	TRANSPLANTE	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO

Comissões e

Descrição
REVISAO DE DOCUMENTACAO MEDICA E ESTATISTICA
CONTROLE DE ZOONOSES E VETORES
CIPA
TRANSPLANTES DE ORGAOS
ANALISE DE OBITOS E BIOPSIAS

Esta é uma cópia impressa do documento oficial. As informações oficiais atualizadas estão disponíveis no site do CNES (<http://cnes.datasus.gov.br>).

Pág. 7 de 13

MORTALIDADE MATERNA
ETICA MEDICA
ETICA DE ENFERMAGEM
MORTALIDADE NEONATAL
MULTIDISCIPLINAR DE TERAPIA NUTRICIONAL
NUCLEO DE SEGURANCA DO PACIENTE
INVESTIGACAO EPIDEMIOLOGICA
NOTIFICACAO DE DOENCAS
APROPRIACAO DE CUSTOS
FARMACIA E TERAPEUTICA
CONTROLE DE INFECCAO HOSPITALAR
REVISAO DE PRONTUARIOS

Serviços e Classificação

Código	Serviço	Classificação	Terceiro	CNES
149 - 015	TRANSPLANTE	ACOES PARA DOACAO E CAPTACAO DE ORGAOS E TECIDOS	NÃO	NAO INFORMADO
112 - 002	SERVICO DE ATENCAO AO PRE-NATAL, PARTO E NASCIMENTO	ACOMPANHAMENTO DO PRE-NATAL DE ALTO RISCO	NÃO	NAO INFORMADO
112 - 001	SERVICO DE ATENCAO AO PRE-NATAL, PARTO E NASCIMENTO	ACOMPANHAMENTO DO PRE-NATAL DE RISCO HABITUAL	NÃO	NAO INFORMADO
163 - 004	SERVICO DE CUIDADOS INTERMEDIARIOS	ADULTO	NÃO	NAO INFORMADO
162 - 001	SERVICO DE TERAPIA INTENSIVA	ADULTO	NÃO	NAO INFORMADO
148 - 002	HOSPITAL DIA	AIDS	NÃO	NAO INFORMADO
126 - 001	SERVICO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA EM ALTERACOES OBSTETRICAS NEON	NÃO	NAO INFORMADO

Esta é uma cópia impressa do documento oficial. As informações oficiais atualizadas estão disponíveis no site do CNES (<http://cnes.datasus.gov.br>).

Pág. 8 de 13



126 - 007	SERVICO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA NAS ALTERACOES EM NEUROLOGIA	NÃO	NAO INFORMADO
126 - 005	SERVICO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA NAS DISFUNCOES MUSCULO ESQUELET	NÃO	NAO INFORMADO
135 - 010	SERVICO DE REABILITACAO	ATENCAO FONOAUDIOLÓGICA	NÃO	NAO INFORMADO
115 - 002	SERVICO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL	ATENDIMENTO PSICOSSOCIAL	NÃO	NAO INFORMADO
116 - 007	SERVICO DE ATENCAO CARDIOVASCULAR / CARDIOLOGIA	CARDIOLOGIA CLINICA	NÃO	NAO INFORMADO
112 - 005	SERVICO DE ATENCAO AO PRE-NATAL, PARTO E NASCIMENTO	CENTRO DE PARTO NORMAL	NÃO	NAO INFORMADO
116 - 004	SERVICO DE ATENCAO CARDIOVASCULAR / CARDIOLOGIA	CIRURGIA VASCULAR	NÃO	NAO INFORMADO
144 - 001	SERVICO POSTO DE COLETA DE MATERIAIS BIOLÓGICOS	COLETA REALIZADA FORA DA ESTRUTURA LABORATORIAL	NÃO	NAO INFORMADO
146 - 001	SERVICO DE VIDEOLAPAROSCOPIA	DIAGNOSTICA	NÃO	NAO INFORMADO
107 - 004	SERVICO DE ATENCAO A SAUDE AUDITIVA	DIAGNOSTICO EM AUDIOLOGIA/OTOLOGIA	NÃO	NAO INFORMADO
128 - 002	SERVICO DE HEMOTERAPIA	DIAGNOSTICO EM HEMOTERAPIA	NÃO	NAO INFORMADO
131 - 001	SERVICO DE OFTALMOLOGIA	DIAGNOSTICO EM OFTALMOLOGIA	NÃO	NAO INFORMADO
133 - 002	SERVICO DE PNEUMOLOGIA	DIAGNOSTICO EM PNEUMOLOGIA	NÃO	NAO INFORMADO
164 - 005	SERVICO DE ORTESES, PROTESES E MAT ESPECIAIS EM REABILITACAO	DISPENSACAO DE OPM AUDITIVA	NÃO	NAO INFORMADO
142 - 001	SERVICO DE ENDOSCOPIA	DO APARELHO DIGESTIVO	NÃO	NAO INFORMADO
142 - 004	SERVICO DE ENDOSCOPIA	DO APARELHO GINECOLÓGICO	NÃO	NAO INFORMADO
142 - 002	SERVICO DE ENDOSCOPIA	DO APARELHO RESPIRATORIO	NÃO	NAO INFORMADO
136 - 001	SERVICO DE SUPORTE NUTRICIONAL	ENTERAL	NÃO	NAO INFORMADO
136 - 002	SERVICO DE SUPORTE NUTRICIONAL	ENTERAL PARENTERAL	NÃO	NAO INFORMADO
136 - 003	SERVICO DE SUPORTE NUTRICIONAL	ENTERAL PARENTERAL COM MANIPULACAO FABRICACAO	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 004	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	ESTABILIZACAO DE PACIENTE CRITICO/GRAVE EM SALA DE ESTABILIZ	NÃO	NAO INFORMADO

 Esta é uma cópia impressa do documento oficial. As informações oficiais atualizadas estão disponíveis no site do CNES (<http://cnes.datasus.gov.br>).

Pag. 9 de 13

122 - 003	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	EXAME ELETROCARDIOGRAFICO	NÃO	NAO INFORMADO
122 - 004	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	EXAME ELETROENCEFALOGRAFICO	NÃO	NAO INFORMADO
120 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EDU CITOPATO	EXAMES ANATOMOPATOLÓGICOS	SIM	2061465
145 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES BIOQUÍMICOS	SIM	3498492
145 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES BIOQUÍMICOS	NÃO	NAO INFORMADO
120 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EDU CITOPATO	EXAMES CITOPATOLÓGICOS	SIM	2061465
145 - 004	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES COPROLOGICOS	SIM	3498492
145 - 004	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES COPROLOGICOS	NÃO	NAO INFORMADO
145 - 011	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES DE GENETICA	SIM	3498492
145 - 011	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES DE GENETICA	NÃO	NAO INFORMADO
145 - 005	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES DE UROANALISE	SIM	3498492
145 - 005	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES DE UROANALISE	NÃO	NAO INFORMADO
145 - 007	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA E AMBIENTAL	SIM	3498492
145 - 007	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA E AMBIENTAL	NÃO	NAO INFORMADO
145 - 010	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES EM OUTROS LIQUIDOS BIOLÓGICOS	SIM	3498492
145 - 010	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES EM OUTROS LIQUIDOS BIOLÓGICOS	NÃO	NAO INFORMADO
145 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES HEMATOLOGICOS E HEMOSTASIA	SIM	3498492
145 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES HEMATOLOGICOS E HEMOSTASIA	NÃO	NAO INFORMADO
145 - 006	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES HORMONAIIS	SIM	3498492
145 - 006	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES HORMONAIIS	NÃO	NAO INFORMADO
145 - 013	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES IMUNOHEMATOLOGICOS	SIM	3498492

 Esta é uma cópia impressa do documento oficial. As informações oficiais atualizadas estão disponíveis no site do CNES (<http://cnes.datasus.gov.br>).

Pag. 10 de 13

145 - 013	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES IMUNOHEMATOLOGICOS	NÃO	NAO INFORMADO
145 - 009	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES MICROBIOLÓGICOS	SIM	3498492
145 - 009	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES MICROBIOLÓGICOS	NÃO	NAO INFORMADO
145 - 012	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES PARA TRIAGEM NEONATAL	SIM	3498492
145 - 012	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES PARA TRIAGEM NEONATAL	NÃO	NAO INFORMADO
145 - 003	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES SOROLOGICOS E IMUNOLOGICOS	SIM	3498492
145 - 003	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES SOROLOGICOS E IMUNOLOGICOS	NÃO	NAO INFORMADO
145 - 008	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES TOXICOLÓGICOS OU DE MONITORIZACAO TERAPEUTICA	SIM	3498492
145 - 008	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES TOXICOLÓGICOS OU DE MONITORIZACAO TERAPEUTICA	NÃO	NAO INFORMADO
125 - 006	SERVICO DE FARMACIA	FARMACIA HOSPITALAR	NÃO	NAO INFORMADO
174 - 001	IMUNIZACAO	INDIVIDUOS EM GERAL	NÃO	NAO INFORMADO
110 - 003	SERVICO DE ATENCAO A SAUDE REPRODUTIVA	LAQUEADURA	NÃO	NAO INFORMADO
128 - 004	SERVICO DE HEMOTERAPIA	MEDICINA TRANSFUSIONAL	NÃO	NAO INFORMADO
162 - 002	SERVICO DE TERAPIA INTENSIVA	NEONATAL	NÃO	NAO INFORMADO
170 - 001	COMISSOES E COMITES	NUCLEO DE SEGURANCA DO PACIENTE	NÃO	NAO INFORMADO
132 - 005	SERVICO DE ONCOLOGIA	ONCOLOGIA CIRURGICA	NÃO	NAO INFORMADO
112 - 004	SERVICO DE ATENCAO AO PRE-NATAL, PARTO E NASCIMENTO	PARTO EM GESTACAO DE ALTO RISCO	NÃO	NAO INFORMADO
112 - 003	SERVICO DE ATENCAO AO PRE-NATAL, PARTO E NASCIMENTO	PARTO EM GESTACAO DE RISCO HABITUAL	NÃO	NAO INFORMADO
162 - 003	SERVICO DE TERAPIA INTENSIVA	PEDIÁTRICO	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 008	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PRONTO ATENDIMENTO OBSTETRICO	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 007	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PRONTO ATENDIMENTO PEDIÁTRICO	NÃO	NAO INFORMADO

 Esta é uma cópia impressa do documento oficial. As informações oficiais atualizadas estão disponíveis no site do CNES (<http://cnes.datasus.gov.br>).

Pag. 11 de 13



140 - 013	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PRONTO SOCORRO OBSTETRICO	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 012	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PRONTO SOCORRO PEDIATRICO	NÃO	NAO INFORMADO
121 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	RADIOLOGIA	SIM	2035383
121 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	RADIOLOGIA	NÃO	NAO INFORMADO
121 - 006	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	RADIOLOGIA INTERVENCONISTA	NÃO	NAO INFORMADO
135 - 005	SERVICO DE REABILITACAO	REABILITACAO AUDITIVA	NÃO	NAO INFORMADO
121 - 004	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	RESSONANCIA MAGNETICA	SIM	2035383
121 - 004	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	RESSONANCIA MAGNETICA	SIM	2051656
155 - 001	SERVICO DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEdia	SERVICO DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEdia	NÃO	NAO INFORMADO
155 - 003	SERVICO DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEdia	SERVICO DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEdia DE URGENCIA	NÃO	NAO INFORMADO
155 - 002	SERVICO DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEdia	SERVICO DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEdia PEDIATRICA(ATE 21 ANOS)	NÃO	NAO INFORMADO
115 - 003	SERVICO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL	SERVICO HOSPITALAR PARA ATENCAO A SAUDE MENTAL	NÃO	NAO INFORMADO
121 - 003	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA	SIM	2035383
121 - 003	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA	NÃO	NAO INFORMADO
131 - 003	SERVICO DE OFTALMOLOGIA	TRATAMENTO CIRURGICO DO APARELHO DA VISAO	NÃO	NAO INFORMADO
133 - 001	SERVICO DE PNEUMOLOGIA	TRATAMENTO DE DOENÇAS DAS VIAS AEREAS INFERIORES	NÃO	NAO INFORMADO
107 - 006	SERVICO DE ATENCAO A SAUDE AUDITIVA	TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL	NÃO	NAO INFORMADO
121 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	ULTRASONOGRAFIA	SIM	2035383
121 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	ULTRASONOGRAFIA	NÃO	NAO INFORMADO

Outros

Nível de hierarquia	Tipo de unidade	Turno de atendimento
---------------------	-----------------	----------------------

Esta é uma cópia impressa do documento oficial. As informações oficiais atualizadas estão disponíveis no site do CNES (http://cnes.datasus.gov.br). Pag. 12 de 13

HOSPITAL GERAL		ATENDIMENTO CONTINUO DE 24 HORAS/DIA (PLANTAO-INCLUI SABADOS, DOMINGOS E FERIADOS)	
Hospital avaliado segundo o NBAH do MS			
NÃO			
Hospitalar - Leitos			
Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS	
COMPLEMENTAR			
UTI ADULTO - TIPO II	10	10	
UTI II ADULTO-SINDROME RESP. AGUDA GRAVE (SRAG)-COVID-19	10	10	
UTI NEONATAL - TIPO II	10	10	
UTI PEDIATRICA - TIPO II	4	4	
ESPEC - CIRURGICO			
CIRURGIA GERAL	30	30	
ESPEC - CLINICO			
CLINICA GERAL	73	73	
SAUDE MENTAL	16	16	
OBSTETRICO			
OBSTETRICA CIRURGICA	30	30	
PEDIATRICO			
PEDIATRIA CLINICA	18	18	

Data desativação: -- Motivo desativação:--

Esta é uma cópia impressa do documento oficial. As informações oficiais atualizadas estão disponíveis no site do CNES (http://cnes.datasus.gov.br). Pag. 13 de 13

### Complexo Municipal de Saúde – Campos do Jordão

**CNES** Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde

Ministério de Saúde (MS)  
Secretaria de Atenção à Saúde (SAS)  
Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (DRAC)  
Coordenação-Geral de Sistemas de Informação (CGSI)

Ficha de Estabelecimento Identificação Data: 13/11/2021

---

CNES: 7947884 Nome Fantasia: COMPLEXO MUNICIPAL DE SAUDE CNPJ: --  
 Nome Empresarial: MUNICIPIO DE CAMPOS DO JORDAO Natureza jurídica: ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA  
 Logradouro: RUA HARRY MAURITZ LEWIN Número: 925 Complemento: --  
 Bairro: SANTA CRUZ Município: 350970 - CAMPOS DO JORDAO UF: SP  
 CEP: 12460-000 Telefone: -- Dependência: MANTIDA Reg de Saúde: 217  
 Tipo de Estabelecimento: HOSPITAL GERAL Subtipo: -- Gestão: MUNICIPAL  
 Diretor Clínico/Gerente/Administrador: MARCUS VINICIUS MAIA DE REZENDE  
 Cadastrado em: 10/04/2016 Atualização na base local: 08/11/2021 Última atualização Nacional: 11/11/2021  
 Horário de Funcionamento: SEMPRE ABERTO

**Caracterização**

Atividade ensino/pesquisa	Código/natureza jurídica
UNIDADE SEM ATIVIDADE DE ENSINO	1244 - MUNICIPIO

**Infraestrutura**

Nenhum resultado para a consulta realizada.

**Atividade**

Atividade	Nível de atenção	Gestão
AMBULATORIAL	MEDIA COMPLEXIDADE	MUNICIPAL

Esta é uma cópia impressa do documento oficial. As informações oficiais atualizadas estão disponíveis no site do CNES (http://cnes.datasus.gov.br). Pag. 1 de 8





Atividade	Nível de atenção	Gestão
HOSPITALAR	MEDIA COMPLEXIDADE	MUNICIPAL

**Atendimento**

Tipo de atendimento	Convênio
AMBULATORIAL	SUS
INTERNACAO	SUS
URGENCIA	SUS

**Fluxo de clientela**

02 - ATENDIMENTO DE DEMANDA ESPONTANEA E REFERENCIADA

**Endereço Complementar**

Nenhum resultado para a consulta realizada.

**Classificação Estabelecimento**

**Atividade Principal**

01 - ASSISTENCIA A SAUDE 009 - INTERNACAO

**Grupo > Atividade Secundária**

01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 001 - CONSULTA AMBULATORIAL

01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 002 - APOIO DIAGNOSTICO

01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 004 - REABILITACAO

01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 007 - ASSISTENCIA A EMERGENCIAS

Esta é uma cópia impressa do documento oficial. As informações oficiais atualizadas estão disponíveis no site do CNES (http://cnes.datasus.gov.br).

Pág. 2 de 8

01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 008 - ENTREGA/DISPENSACAO DE MEDICAMENTOS

01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 013 - ASSISTENCIA OBSTETRICA E NEONATAL

**Classificação Estabelecimento Saúde**

006 - HOSPITAL

**Informações Gerais**

**Instalações físicas para assistência**

Instalação	Qtde./Consultório	Leitos/Equipamentos
<b>URGÊNCIA E EMERGÊNCIA</b>		
CONSULTORIOS MEDICOS	4	0
SALA DE ATENDIMENTO INDIFERENCIADO	1	0
SALA DE CURATIVO	1	0
SALA DE GESSO	1	0
SALA DE HIGIENIZACAO	1	0
SALA PEQUENA CIRURGIA	1	0
SALA REPOUSO/OBSERVACAO - FEMININO	1	2
SALA REPOUSO/OBSERVACAO - INDIFERENCIADO	1	2
SALA REPOUSO/OBSERVACAO - MASCULINO	1	2
SALA REPOUSO/OBSERVACAO - PEDIATRICA	1	3
SAIA DE ATENDIMENTO A PACIENTE CRITICO/SALA DE ESTABILIZACAO	1	2

Esta é uma cópia impressa do documento oficial. As informações oficiais atualizadas estão disponíveis no site do CNES (http://cnes.datasus.gov.br).

Pág. 3 de 8

<b>AMBULATORIAL</b>		
CLINICAS ESPECIALIZADAS	10	0
SALA DE ENFERMAGEM (SERVICOS)	1	0
<b>HOSPITALAR</b>		
LEITOS DE ALOJAMENTO CONJUNTO	16	0
LEITOS RN NORMAL	3	0
LEITOS RN PATOLOGICO	3	0
SALA DE CIRURGIA	3	0
SALA DE CIRURGIA	3	0
SALA DE PARTO NORMAL	1	0
SALA DE PRE-PARTO	1	2
SALA DE RECUPERACAO	1	2

**Serviços de**

Serviço	Característica
AMBULANCIA	PROPRIO E TERCEIRIZADO
CENTRAL DE ESTERILIZACAO DE MATERIAIS	PROPRIO
FARMACIA	PROPRIO
LAVANDERIA	TERCEIRIZADO
NECROTERIO	PROPRIO
NUTRICAO E DIETETICA (S.N.D.)	PROPRIO
S.A.M.E. OU S.P.P.(Serviço de Pronto-atendimento de Paciente)	PROPRIO

Esta é uma cópia impressa do documento oficial. As informações oficiais atualizadas estão disponíveis no site do CNES (http://cnes.datasus.gov.br).

Pág. 4 de 8



SERVICO DE MANUTENCAO DE EQUIPAMENTOS	TERCEIRIZADO
SERVICO SOCIAL	PROPRIO

Serviços especializados

Código	Serviço	Característica	Ambulatorial		Hospitalar	
			SUS	Não SUS	SUS	Não SUS
174	IMUNIZACAO	PROPRIO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
107	SERVICO DE ATENCAO A SAUDE AUDITIVA	PROPRIO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
108	SERVICO DE ATENCAO A SAUDE DO TRABALHADOR	PROPRIO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
112	SERVICO DE ATENCAO AO PRE-NATAL, PARTO E NASCIMENTO	PROPRIO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
145	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	PROPRIO E TERCEIRIZADO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
145	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	TERCEIRIZADO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
120	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EDU CITOPATO	TERCEIRIZADO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
121	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
122	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
142	SERVICO DE ENDOSCOPIA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
125	SERVICO DE FARMACIA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
126	SERVICO DE FISIOTERAPIA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
131	SERVICO DE OFTALMOLOGIA	PROPRIO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
135	SERVICO DE REABILITACAO	PROPRIO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
140	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PROPRIO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO

Comissões e

Esta é uma cópia impressa do documento oficial. As informações oficiais atualizadas estão disponíveis no site do CNES (http://cnes.datasus.gov.br).

Pag. 5 de 8

Descrição
-----------

Serviços e Classificação

Código	Serviço	Classificação	Terceiro	CNES
112 - 002	SERVICO DE ATENCAO AO PRE-NATAL, PARTO E NASCIMENTO	ACOMPANHAMENTO DO PRE-NATAL DE ALTO RISCO	NÃO	NAO INFORMADO
112 - 001	SERVICO DE ATENCAO AO PRE-NATAL, PARTO E NASCIMENTO	ACOMPANHAMENTO DO PRE-NATAL DE RISCO HABITUAL	NÃO	NAO INFORMADO
126 - 004	SERVICO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA CARDIOVASCULARES E PNEUMOFUNCI	NÃO	NAO INFORMADO
126 - 007	SERVICO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA NAS ALTERACOES EM NEUROLOGIA	NÃO	NAO INFORMADO
126 - 005	SERVICO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA NAS DISFUNCOES MUSCULO ESQUELET	NÃO	NAO INFORMADO
108 - 001	SERVICO DE ATENCAO A SAUDE DO TRABALHADOR	ATENDIMENTOACOMPANHAMENTO EM SAUDE DO TRABALHADOR	NÃO	NAO INFORMADO
126 - 008	SERVICO DE FISIOTERAPIA	DIAGNOSTICO CINETICO FUNCIONAL	NÃO	NAO INFORMADO
107 - 004	SERVICO DE ATENCAO A SAUDE AUDITIVA	DIAGNOSTICO EM AUDIOLOGIA/OTOLOGIA	NÃO	NAO INFORMADO
131 - 001	SERVICO DE OFTALMOLOGIA	DIAGNOSTICO EM OFTALMOLOGIA	NÃO	NAO INFORMADO
142 - 002	SERVICO DE ENDOSCOPIA	DO APARELHO RESPIRATORIO	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 004	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	ESTABILIZACAO DE PACIENTE CRITICO/GRAVE EM SALA DE ESTABILIZ	NÃO	NAO INFORMADO
122 - 003	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	EXAME ELETROCARDIOGRAFICO	NÃO	NAO INFORMADO
120 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EDU CITOPATO	EXAMES ANATOMOPATOLOGICOS	SIM	6733921
145 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES BIOCQUIMICOS	AMBOS	6733921
120 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EDU CITOPATO	EXAMES CITOPATOLOGICOS	SIM	6733921
145 - 004	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES COPROLOGICOS	AMBOS	6733921
145 - 005	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES DE URCANALISE	AMBOS	6733921

Esta é uma cópia impressa do documento oficial. As informações oficiais atualizadas estão disponíveis no site do CNES (http://cnes.datasus.gov.br).

Pag. 6 de 8

145 - 010	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES EM OUTROS LIQUIDOS BIOLOGICOS	AMBOS	6733921
145 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES HEMATOLOGICOS E HEMOSTASIA	AMBOS	6733921
145 - 006	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES HORMONAIS	SIM	6733921
145 - 013	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES IMUNHEMATOLOGICOS	AMBOS	6733921
145 - 009	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES MICROBIOLOGICOS	SIM	6733921
145 - 012	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES PARA TRIAGEM NEONATAL	SIM	6733921
145 - 003	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES SOROLOGICOS E IMUNOLOGICOS	AMBOS	6733921
145 - 008	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES TOXICOLOGICOS OU DE MONITORIZACAO TERAPEUTICA	SIM	6733921
125 - 006	SERVICO DE FARMACIA	FARMACIA HOSPITALAR	NÃO	NAO INFORMADO
174 - 001	IMUNIZACAO	INDIVIDUOS EM GERAL	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 006	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PRONTO ATENDIMENTO CLINICO	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 007	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PRONTO ATENDIMENTO PEDIATRICO	NÃO	NAO INFORMADO
121 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	RADIOLOGIA	NÃO	NAO INFORMADO
135 - 005	SERVICO DE REABILITACAO	REABILITACAO AUDITIVA	NÃO	NAO INFORMADO
121 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	ULTRASONOGRAFIA	NÃO	NAO INFORMADO

Outros

Nível de hierarquia	Tipo de unidade	Turno de atendimento
	HOSPITAL GERAL	ATENDIMENTO CONTINUO DE 24 HORAS/DIA (PLANTAO-INCLUI SABADOS, DOMINGOS E FERIADOS)
Hospital avaliado segundo o NBAH do MS		
NÃO		

Esta é uma cópia impressa do documento oficial. As informações oficiais atualizadas estão disponíveis no site do CNES (http://cnes.datasus.gov.br).

Pag. 7 de 8



Hospitalar - Leitos

Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
<b>COMPLEMENTAR</b>		
SUPOORTE VENTILATÓRIO PULMONAR - COVID-19	7	7
UTI II ADULTO-SINDROME RESP. AGUDA GRAVE (SRAG)-COVID-19	14	0
<b>ESPEC - CIRURGICO</b>		
CIRURGIA GERAL	8	8
<b>ESPEC - CLINICO</b>		
CLINICA GERAL	28	28
<b>OBSTETRICO</b>		
OBSTETRICIA CIRURGICA	10	10
OBSTETRICIA CLINICA	4	4
<b>PEDIATRICO</b>		
PEDIATRIA CIRURGICA	4	4
PEDIATRIA CLINICA	5	5

Data desativação: -- Motivo desativação: --

Esta é uma cópia impressa do documento oficial. As informações oficiais atualizadas estão disponíveis no site do CNES (<http://cnes.datasus.gov.br>).

Pág. 8 de 8

*Unidade Municipal de Saúde – Santo Antônio do Pinhal*

**CNES** Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde

Ministério da Saúde (MS)  
 Secretaria de Atenção à Saúde (SAS)  
 Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Qualidade (DRAQ)  
 Coordenação-Geral de Sistemas de Informação (CGSI)

Ficha de Estabelecimento Identificação

Data: 13/11/2021

CNES: 2069679 Nome Fantasia: UNIDADE MUNICIPAL DE SAUDE CNPJ: --  
 Nome Empresarial: MUNICIPIO DE SANTO ANTONIO DO PINHAL Natureza jurídica: ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA  
 Logradouro: AVENIDA MINISTRO NELSON HUNGRIA Número: 622 Complemento: --  
 Bairro: CENTRO Município: 354820 - SANTO ANTONIO DO UF: SP  
 CEP: 12459-000 Telefone: (12)3666-1119 Dependência: MANTIDA Reg de Saúde: 0217  
 Tipo de Estabelecimento: PRONTO ATENDIMENTO Subtipo: PRONTO ATENDIMENTO GERAL Gestão: MUNICIPAL  
 Diretor Clínico/Gerente/Administrador: DENIS MIGUEL DOS SANTOS  
 Cadastrado em: 25/02/2003 Atualização na base local: 04/01/2021 Última atualização Nacional: 09/11/2021  
 Horário de Funcionamento: SEMPRE ABERTO

Caracterização

Atividade ensino/pesquisa	Código/natureza jurídica
UNIDADE SEM ATIVIDADE DE ENSINO	1244 - MUNICIPIO

Infraestrutura

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Atividade

Atividade	Nível de atenção	Gestão
AMBULATORIAL	ATENÇÃO BÁSICA	MUNICIPAL

Esta é uma cópia impressa do documento oficial. As informações oficiais atualizadas estão disponíveis no site do CNES (<http://cnes.datasus.gov.br>).

Pág. 1 de 5

Atividade	Nível de atenção	Gestão
AMBULATORIAL	MEDIA COMPLEXIDADE	MUNICIPAL

Atendimento

Tipo de atendimento	Convênio
AMBULATORIAL	SUS
URGENCIA	SUS

Fluxo de clientela

03 - ATENDIMENTO DE DEMANDA ESPONTÂNEA E REFERENCIADA

Endereço Complementar

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Classificação Estabelecimento

Atividade Principal  
 01 - ASSISTENCIA A SAUDE 007 - ASSISTENCIA A EMERGENCIAS

Grupo > Atividade Secundária
01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 002 - APOIO DIAGNOSTICO
01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 008 - ENTREGA/DISPENSACAO DE MEDICAMENTOS
01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 011 - ATENCAO PSICOSSOCIAL
01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 016 - PROMOCAO DA SAUDE, PREVENCAO DE DOENCAS E AGRAVOS E PRODUCAO DO CUIDADO
01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 017 - IMUNIZACAO

Esta é uma cópia impressa do documento oficial. As informações oficiais atualizadas estão disponíveis no site do CNES (<http://cnes.datasus.gov.br>).

Pág. 2 de 5



Classificação Estabelecimento Saúde  
 008 - PRONTO ATENDIMENTO

**Informações Gerais**

Instalações físicas para assistência

Instalação	Qtd./Consultório	Leitos/Equipamentos
<b>URGÊNCIA E EMERGÊNCIA</b>		
CONSULTÓRIOS MÉDICOS	1	1
SALA DE ACOHLIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	1	0
SALA DE CURATIVO	1	1
SALA REPOUSO/OBSERVAÇÃO - FEMININO	1	2
SALA REPOUSO/OBSERVAÇÃO - MASCULINO	1	2
SALA DE ATENDIMENTO A PACIENTE CRÍTICO/SALA DE ESTABILIZAÇÃO	1	1
<b>AMBULATORIAL</b>		
SALA DE ENFERMAGEM (SERVIÇOS)	1	0
SALA DE NEBULIZAÇÃO	1	0
SALA REPOUSO/OBSERVAÇÃO - PEDIÁTRICA	1	2

Serviços de

Serviço	Característica
AMBULANCIA	PRÓPRIO
CENTRAL DE ESTERILIZAÇÃO DE MATERIAIS	PRÓPRIO

Esta é uma cópia impressa do documento oficial. As informações oficiais atualizadas estão disponíveis no site do CNES (http://cnes.datasus.gov.br).

Pág. 3 de 5

**Serviços especializados**

Código	Serviço	Característica	Ambulatorial		Hospitalar	
			SUS	Não SUS	SUS	Não SUS
121	SERVIÇO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM	PRÓPRIO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
122	SERVIÇO DE DIAGNÓSTICO POR MÉTODOS GRÁFICOS DINÂMICOS	PRÓPRIO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
140	SERVIÇO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	PRÓPRIO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO

Comissões e

Descrição
CONTROLE DE ZOONOSES E VETORES
INVESTIGAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA
NOTIFICAÇÃO DE DOENÇAS

Serviços e Classificação

Código	Serviço	Classificação	Terceiro	CNES
140 - 004	SERVIÇO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	ESTABILIZAÇÃO DE PACIENTE CRÍTICO/GRÁVE EM SALA DE ESTABILIZ	NÃO	NAO INFORMADO
122 - 003	SERVIÇO DE DIAGNÓSTICO POR MÉTODOS GRÁFICOS DINÂMICOS	EXAME ELETROCARDIOGRÁFICO	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 006	SERVIÇO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	PRONTO ATENDIMENTO CLÍNICO	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 019	SERVIÇO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	PRONTO SOCORRO GERAL/CLÍNICO	NÃO	NAO INFORMADO
121 - 001	SERVIÇO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM	RADIOLOGIA	NÃO	NAO INFORMADO

Outros

Nível de hierarquia	Tipo de unidade	Turno de atendimento
	PRONTO ATENDIMENTO	ATENDIMENTO CONTÍNUO DE 24 HORAS/DIA (PLANTÃO INCLUI SABADOS, DOMINGOS E FERÍADOS)

Esta é uma cópia impressa do documento oficial. As informações oficiais atualizadas estão disponíveis no site do CNES (http://cnes.datasus.gov.br).

Pág. 4 de 5

Hospital avaliado segundo o NBAH do MS:  
 NÃO

Hospitalar - Leitos

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Data desativação: -

Motivo desativação: -

Esta é uma cópia impressa do documento oficial. As informações oficiais atualizadas estão disponíveis no site do CNES (http://cnes.datasus.gov.br).

Pág. 5 de 5



*Pronto Atendimento Trememb*

**CNES** Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde

Ministério da Saúde (MS)  
Secretaria de Atenção à Saúde (SAS)  
Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (DRAC)  
Coordenação-Geral de Sistemas de Informação (CGSI)

Ficha de Estabelecimento Identificação

Data: 13/11/2021

CNES: 2067234 Nome Fantasia: PRONTO ATENDIMENTO MUNICIPAL PAULO BARBOSA RANGEL CNPJ: --  
Nome Empresarial: PREFEITURA MUNICIPAL DA ESTANCIA TURISTICA Natureza jurídica: ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA  
Logradouro: AVENIDA AUDRA Número: 316 Complemento: --  
Bairro: CENTRO Município: 355480 - TREMEMBE UF: SP  
CEP: 12120-000 Telefone: (12)3672-4189 Dependência: MANTIDA Reg de Saúde: 017  
Tipo de Estabelecimento: PRONTO ATENDIMENTO Subtipo: PRONTO ATENDIMENTO GERAL Gestão: MUNICIPAL  
Diretor Clínico/Gerente/Administrador: CARLO GUILHERME DA SILVEIRA E LIMA  
Cadastrado em: 25/02/2003 Atualização na base local: 01/09/2021 Última atualização Nacional: 11/11/2021

Horário de Funcionamento: SEMPRE ABERTO

**Caracterização**

Atividade ensino/pesquisa	Código/natureza jurídica
UNIDADE SEM ATIVIDADE DE ENSINO	1244 - MUNICIPIO

**Infraestrutura**

Nenhum resultado para a consulta realizada.

**Atividade**

Atividade	Nível de atenção	Gestão
AMBULATORIAL	ATENCAO BASICA	MUNICIPAL

Esta é uma cópia impressa do documento oficial. As informações oficiais atualizadas estão disponíveis no site do CNES (<http://cnes.datasus.gov.br>).

Pag. 1 de 6

Atividade	Nível de atenção	Gestão
AMBULATORIAL	MEDIA COMPLEXIDADE	MUNICIPAL

**Atendimento**

Tipo de atendimento	Convênio
AMBULATORIAL	SUS
SADT	SUS
URGENCIA	SUS

**Fluxo de clientela**

01 - ATENDIMENTO DE DEMANDA ESPONTANEA

**Endereço Complementar**

Nenhum resultado para a consulta realizada.

**Classificação Estabelecimento**

**Atividade Principal**

01 - ASSISTENCIA A SAUDE 007 - ASSISTENCIA A EMERGENCIAS

**Grupo > Atividade Secundária**

01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 001 - CONSULTA AMBULATORIAL  
01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 002 - APOIO DIAGNOSTICO  
01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 008 - ENTREGA/DISPENSACAO DE MEDICAMENTOS

Esta é uma cópia impressa do documento oficial. As informações oficiais atualizadas estão disponíveis no site do CNES (<http://cnes.datasus.gov.br>).

Pag. 2 de 6

**Classificação Estabelecimento Saúde**

006 - PRONTO ATENDIMENTO

**Informações Gerais**

**Instalações físicas para assistência**

Instalação	Qtde./Consultório	Leitos/Equipamentos
<b>URGÊNCIA E EMERGÊNCIA</b>		
SALA DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICACAO DE RISCO	1	1
SALA DE ATENDIMENTO INDIFERENCIADO	1	1
SALA REPOUSO/OBSERVACAO - INDIFERENCIADO	1	2
SALA DE ATENDIMENTO A PACIENTE CRITICO/SALA DE ESTABILIZACAO	1	2
<b>AMBULATORIAL</b>		
CLINICAS BASICAS	2	0
SALA DE CURATIVO	1	1
SALA DE ENFERMAGEM (SERVICOS)	1	0
SALA DE GESSO	1	1
SALA DE NEBULIZACAO	1	4
SALA DE PEQUENA CIRURGIA	1	0
SALA REPOUSO/OBSERVACAO - FEMININO	3	6
SALA REPOUSO/OBSERVACAO - MASCULINO	3	6
SALA REPOUSO/OBSERVACAO - PEDIATRICA	3	6

Esta é uma cópia impressa do documento oficial. As informações oficiais atualizadas estão disponíveis no site do CNES (<http://cnes.datasus.gov.br>).

Pag. 3 de 6



Serviços de	Serviço	Característica
	AMBULANCIA	PROPRIO
	CENTRAL DE ESTERILIZACAO DE MATERIAIS	TERCEIRIZADO
	LAVANDERIA	TERCEIRIZADO
	NECROTERIO	PROPRIO
	NUTRICAO E DIETETICA (S.N.D.)	TERCEIRIZADO
	S.A.M.E. OU S.P.P.(Serviço de Prontuario de Paciente)	PROPRIO
	SERVICO DE MANUTENCAO DE EQUIPAMENTOS	TERCEIRIZADO

**Serviços especializados**

Código	Serviço	Característica	Ambulatorial		Hospitalar	
			SUS	Não SUS	SUS	Não SUS
145	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	TERCEIRIZADO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
145	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	TERCEIRIZADO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
121	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	PROPRIO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
122	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	PROPRIO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
128	SERVICO DE HEMOTERAPIA	TERCEIRIZADO	SIM	NÃO	NÃO	SIM
140	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PROPRIO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
140	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
144	SERVICO POSTO DE COLETA DE MATERIAIS BIOLOGICOS	TERCEIRIZADO	SIM	NÃO	SIM	NÃO

**Comissões e**

Esta é uma cópia impressa do documento oficial. As informações oficiais atualizadas estão disponíveis no site do CNES (http://cnes.datasus.gov.br).

Pág. 4 de 6

Descrição
-----------

**Serviços e Classificação**

Código	Serviço	Classificação	Terceiro	CNES
144 - 001	SERVICO POSTO DE COLETA DE MATERIAIS BIOLOGICOS	COLETA REALIZADA FORA DA ESTRUTURA LABORATORIAL	SIM	7614098
128 - 002	SERVICO DE HEMOTERAPIA	DIAGNOSTICO EM HEMOTERAPIA	SIM	7614098
140 - 004	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	ESTABILIZACAO DE PACIENTE CRITICO/GRAVE EM SALA DE ESTABILIZ	NÃO	NAO INFORMADO
122 - 003	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	EXAME ELETROCARDIOGRAFICO	NÃO	NAO INFORMADO
145 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES BIOQUIMICOS	SIM	9364269
145 - 005	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES DE UROANALISE	SIM	9364269
145 - 010	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES EM OUTROS LIQUIDOS BIOLOGICOS	SIM	9364269
145 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES HEMATOLOGICOS E HEMOSTASIA	SIM	9364269
145 - 006	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES HORMONAIS	SIM	9364269
145 - 009	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES MICROBIOLOGICOS	SIM	9364269
145 - 003	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES SOROLOGICOS E IMUNOLOGICOS	SIM	9364269
140 - 006	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PRONTO ATENDIMENTO CLINICO	NÃO	NAO INFORMADO
121 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	RADIOLOGIA	NÃO	NAO INFORMADO
121 - 006	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA	NÃO	NAO INFORMADO

**Outros**

Nível de hierarquia	Tipo de unidade	Turno de atendimento
	PRONTO ATENDIMENTO	ATENDIMENTO CONTINUO DE 24 HORAS/DIA (PLANTAO-INCLUI SABADOS, DOMINGOS E FERIADOS)

Esta é uma cópia impressa do documento oficial. As informações oficiais atualizadas estão disponíveis no site do CNES (http://cnes.datasus.gov.br).

Pág. 5 de 6

Hospital avaliado segundo o NBAH do MS
NÃO

**Hospitalar - Leitos**

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Data desativação: Motivo desativação:

Esta é uma cópia impressa do documento oficial. As informações oficiais atualizadas estão disponíveis no site do CNES (http://cnes.datasus.gov.br).

Pág. 6 de 6



UPA CECAP - Taubaté

**CNES** | Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde

Ministério da Saúde (MS)  
 Secretaria de Atenção à Saúde (SAS)  
 Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (DRAC)  
 Coordenação-Geral de Sistemas de Informação (CGSI)

Ficha de Estabelecimento Identificação

Data: 15/11/2021

CNES: 7898711 Nome Fantasia: UPA CECAP TAUBATE CNPJ: -  
 Nome Empresarial: PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATE Natureza Jurídica: ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA  
 Logradouro: RUA JOSÉ DE PAULA LICO Número: 13 Complemento: UPA CECAP I  
 Bairro: CECAPI Município: 355410 - TAUBATE UF: SP  
 CEP: 12043-107 Telefone: (12) 3686-2861 Dependência: MANTIDA Reg de Saúde: 3517  
 Tipo de Estabelecimento: PRONTO ATENDIMENTO Subtipo: PRONTO ATENDIMENTO GERAL Gestão: MUNICIPAL  
 Diretor Clínico/Gerente/Administrador: DENISE CRISTINA DE OLIVEIRA  
 Cadastrado em: 05/02/2015 Atualização na base local: 01/02/2021 Última atualização Nacional: 08/11/2021  
 Horário de Funcionamento: SEMPRE ABERTO

**Caracterização**

Atividade ensino/pesquisa	Código/natureza jurídica
UNIDADE SEM ATIVIDADE DE ENSINO	1244 - MUNICIPIO

**Infraestrutura**

Nenhum resultado para a consulta realizada.

**Atividade**

Atividade	Nível de atenção	Gestão
AMBULATORIAL	ATENCAO BASICA	MUNICIPAL

Esta é uma cópia impressa do documento oficial. As informações oficiais atualizadas estão disponíveis no site do CNES (<http://cnes.datasus.gov.br>).

Pág. 1 de 6

Atividade	Nível de atenção	Gestão
AMBULATORIAL	MEDIA COMPLEXIDADE	MUNICIPAL

**Atendimento**

Tipo de atendimento	Convênio
AMBULATORIAL	SUS
SADT	SUS
URGENCIA	SUS
VIGILANCIA EM SAUDE	SUS

**Fluxo de clientela**

03 - ATENDIMENTO DE DEMANDA ESPONTANEA E REFERENCIADA
---

**Endereço Complementar**

Nenhum resultado para a consulta realizada.

**Classificação Estabelecimento**

**Atividade Principal**

01 - ASSISTENCIA A SAUDE 007 - ASSISTENCIA A EMERGENCIAS

**Grupo > Atividade Secundária**

01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 001 - CONSULTA AMBULATORIAL  
 01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 002 - APOIO DIAGNOSTICO  
 01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 008 - ENTREGA/DISPENSACAO DE MEDICAMENTOS

Esta é uma cópia impressa do documento oficial. As informações oficiais atualizadas estão disponíveis no site do CNES (<http://cnes.datasus.gov.br>).

Pág. 2 de 6

01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 010 - ASSISTENCIA INTERMEDIARIA
01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 015 - ATENCAO HEMATOLOGICA E/OU HEMOTERAPICA

**Classificação Estabelecimento Saúde**

008 - PRONTO ATENDIMENTO

**Informações Gerais**

**Instalações físicas para assistência**

Instalação	Orde./Consultório	Leitos/Equipamentos
<b>URGÊNCIA E EMERGÊNCIA</b>		
CONSULTORIOS MEDICOS	3	0
SALA DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICACAO DE RISCO	1	1
SALA PEQUENA CIRURGIA	1	0
SALA REPOUSO/OBSERVACAO - FEMININO	1	1
SALA REPOUSO/OBSERVACAO - MASCULINO	1	1
SALA REPOUSO/OBSERVACAO - PEDIATRICA	1	2
SAIA DE ATENDIMENTO A PACIENTE CRITICO/SALA DE ESTABILIZACAO	1	1
<b>AMBULATORIAL</b>		
SALA DE CURATIVO	1	0
SALA DE ENFERMAGEM (SERVICOS)	3	0
SALA DE NEBULIZACAO	1	0

Esta é uma cópia impressa do documento oficial. As informações oficiais atualizadas estão disponíveis no site do CNES (<http://cnes.datasus.gov.br>).

Pág. 3 de 6



Serviço	Característica
AMBULANCIA	PRÓPRIO
CENTRAL DE ESTERILIZAÇÃO DE MATERIAIS	PRÓPRIO E TERCEIRIZADO
FARMACIA	PRÓPRIO
LAVANDERIA	TERCEIRIZADO
S.A.M.E. OU S.P.P. (Serviço de Pronto-atendimento de Paciente)	PRÓPRIO
SERVICO DE MANUTENÇÃO DE EQUIPAMENTOS	TERCEIRIZADO

**Serviços especializados**

Código	Serviço	Característica	Ambulatorial		Hospitalar	
			SUS	Não SUS	SUS	Não SUS
165	ATENÇÃO AS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL	PRÓPRIO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
145	SERVICO DE DIAGNÓSTICO DE LABORATORIO CLINICO	TERCEIRIZADO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
121	SERVICO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM	TERCEIRIZADO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
122	SERVICO DE DIAGNÓSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	PRÓPRIO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
128	SERVICO DE HEMOTERAPIA	PRÓPRIO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
140	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PRÓPRIO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
144	SERVICO POSTO DE COLETA DE MATERIAIS BIOLÓGICOS	TERCEIRIZADO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO

**Comissões e**

Descrição

Esta é uma cópia impressa do documento oficial. As informações oficiais atualizadas estão disponíveis no site do CNES (http://cnes.datasus.gov.br).

Pág. 4 de 6

**Serviços e Classificação**

Código	Serviço	Classificação	Terceiro	CNES
165 - 007	ATENÇÃO AS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL	ATENÇ AMBULATORIAL A PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL	NÃO	NAO INFORMADO
144 - 001	SERVICO POSTO DE COLETA DE MATERIAIS BIOLÓGICOS	COLETA REALIZADA FORA DA ESTRUTURA LABORATORIAL	SIM	3498492
140 - 004	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	ESTABILIZAÇÃO DE PACIENTE CRÍTICO/GRAVE EM SALA DE ESTABILIZ	NÃO	NAO INFORMADO
122 - 003	SERVICO DE DIAGNÓSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	EXAME ELETROCARDIOGRAFICO	NÃO	NAO INFORMADO
145 - 001	SERVICO DE DIAGNÓSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES BIOQUÍMICOS	SIM	3498492
145 - 004	SERVICO DE DIAGNÓSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES COPROLÓGICOS	SIM	3498492
145 - 011	SERVICO DE DIAGNÓSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES DE GENÉTICA	SIM	3498492
145 - 005	SERVICO DE DIAGNÓSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES DE UROANÁLISE	SIM	3498492
145 - 010	SERVICO DE DIAGNÓSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES EM OUTROS LÍQUIDOS BIOLÓGICOS	SIM	3498492
145 - 002	SERVICO DE DIAGNÓSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES HEMATOLOGICOS E HEMOSTASIA	SIM	3498492
145 - 006	SERVICO DE DIAGNÓSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES HORMONAIS	SIM	3498492
145 - 013	SERVICO DE DIAGNÓSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES IMUNOHEMATOLOGICOS	SIM	3498492
145 - 009	SERVICO DE DIAGNÓSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES MICROBIOLÓGICOS	SIM	3498492
145 - 003	SERVICO DE DIAGNÓSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES SOROLÓGICOS E IMUNOLÓGICOS	SIM	3498492
145 - 008	SERVICO DE DIAGNÓSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES TOXICOLÓGICOS OU DE MONITORIZAÇÃO TERAPEUTICA	SIM	3498492
128 - 004	SERVICO DE HEMOTERAPIA	MEDICINA TRANSFUSIONAL	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 006	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PRONTO ATENDIMENTO CLINICO	NÃO	NAO INFORMADO
121 - 001	SERVICO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM	RADIOLOGIA	SIM	6294227
121 - 003	SERVICO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA	SIM	6294227

Esta é uma cópia impressa do documento oficial. As informações oficiais atualizadas estão disponíveis no site do CNES (http://cnes.datasus.gov.br).

Pág. 5 de 6

**Outros**

Nível de hierarquia	Tipo de unidade	Turno de atendimento
	PRONTO ATENDIMENTO	ATENDIMENTO CONTINUO DE 24 HORAS/DIA (PLANTÃO: INCLUI SABADOS, DOMINGOS E FERIADOS)
Hospital avaliado segundo o NBAH do MS		
NÃO		

**Hospitalar - Leitos**

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Data desativação: -- Motivo desativação: --

Esta é uma cópia impressa do documento oficial. As informações oficiais atualizadas estão disponíveis no site do CNES (http://cnes.datasus.gov.br).

Pág. 6 de 6





UPA San Marino – Taubaté

CNES Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde Ministério da Saúde (MS)  
Secretaria de Atenção à Saúde (SAS)  
Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (DRAC)  
Coordenação-Geral de Sistemas de Informação (CGSI)

Ficha de Estabelecimento Identificação

Data: 13/11/2021

CNES: 7904584 Nome Fantasia: UPA SAN MARINO TAUBATE CNPJ: -  
 Nome Empresarial: PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATE Natureza jurídica: ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA  
 Logradouro: RUA ONZE Número: S/N Complemento: -  
 Bairro: AGUA QUENTE Município: 355410 - TAUBATE UF: SP  
 CEP: 12082-741 Telefone: (12) 3898-6788 Dependência: MANTIDA Reg de Saúde: 3517  
 Tipo de Estabelecimento: PRONTO ATENDIMENTO Subtipo: UPA Gestão: MUNICIPAL  
 Diretor Clínico/Gerente/Administrador: DENISE CRISTINA DE OLIVEIRA  
 Cadastrado em: 05/02/2016 Atualização na base local: 01/02/2021 Última atualização Nacional: 08/11/2021  
 Horário de Funcionamento: SEMPRE ABERTO

**Caracterização**

Atividade ensino/pesquisa	Código/natureza jurídica
UNIDADE SEM ATIVIDADE DE ENSINO	1244 - MUNICIPIO

**Infraestrutura**

Nenhum resultado para a consulta realizada.

**Atividade**

Atividade	Nível de atenção	Gestão
AMBULATORIAL	ATENCAO BASICA	MUNICIPAL

Esta é uma cópia impressa do documento oficial. As informações oficiais atualizadas estão disponíveis no site do CNES (http://cnes.datasus.gov.br).

Pag. 1 de 7

Atividade	Nível de atenção	Gestão
AMBULATORIAL	MEDIA COMPLEXIDADE	MUNICIPAL

**Atendimento**

Tipo de atendimento	Convênio
AMBULATORIAL	SUS
SADT	SUS
URGÊNCIA	SUS

**Fluxo de clientela**

03 - ATENDIMENTO DE DEMANDA ESPONTANEA E REFERENCIADA
---

**Endereço Complementar**

Nenhum resultado para a consulta realizada.

**Classificação Estabelecimento**

Atividade Principal  
 01 - ASSISTENCIA A SAUDE 007 - ASSISTENCIA A EMERGENCIAS

Grupo > Atividade Secundária
01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 001 - CONSULTA AMBULATORIAL
01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 002 - APOIO DIAGNOSTICO
01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 008 - ENTREGA/DISPENSACAO DE MEDICAMENTOS
01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 010 - ASSISTENCIA INTERMEDIARIA

Esta é uma cópia impressa do documento oficial. As informações oficiais atualizadas estão disponíveis no site do CNES (http://cnes.datasus.gov.br).

Pag. 2 de 7

01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 015 - ATENCAO HEMATOLOGICA E/OU HEMOTERAPICA
---

**Classificação Estabelecimento Saúde**

008 - PRONTO ATENDIMENTO

**Informações Gerais**

**Instalações físicas para assistência**

Instalação	Qtde./Consultório	Leitos/Equipamentos
<b>URGÊNCIA E EMERGÊNCIA</b>		
CONSULTORIOS MEDICOS	6	0
ODONTOLOGIA	1	0
SALA DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICACAO DE RISCO	3	0
SALA DE ATENDIMENTO INDIFERENCIADO	2	0
SALA DE CURATIVO	1	0
SALA DE GESSO	1	0
SALA DE HIGIENIZACAO	1	0
SALA PEQUENA CIRURGIA	1	0
SALA REPOUSO/OBSERVACAO - FEMININO	1	5
SALA REPOUSO/OBSERVACAO - INDIFERENCIADO	2	2
SALA REPOUSO/OBSERVACAO - MASCULINO	1	5
SALA REPOUSO/OBSERVACAO - PEDIATRICA	1	2

Esta é uma cópia impressa do documento oficial. As informações oficiais atualizadas estão disponíveis no site do CNES (http://cnes.datasus.gov.br).

Pag. 3 de 7



SAIA DE ATENDIMENTO A PACIENTE CRÍTICO/SALA DE ESTABILIZAÇÃO	1	6
<b>AMBULATORIAL</b>		
OUTROS CONSULTÓRIOS NÃO MÉDICOS	3	0
SALA DE ENFERMAGEM (SERVIÇOS)	5	0
SALA DE NEBULIZAÇÃO	1	0

Serviço	Característica
AMBULANCIA	PRÓPRIO
CENTRAL DE ESTERILIZAÇÃO DE MATERIAIS	PRÓPRIO E TERCEIRIZADO
FARMACIA	PRÓPRIO
LAVANDERIA	TERCEIRIZADO
NECROTÉRIO	PRÓPRIO
NUTRIÇÃO E DIETÉTICA (S.N.D.)	TERCEIRIZADO
S.A.M.E. OU S.P.P.(Serviço de Prontuário de Paciente)	PRÓPRIO
SERVICO DE MANUTENÇÃO DE EQUIPAMENTOS	TERCEIRIZADO
SERVICO SOCIAL	PRÓPRIO

Serviços especializados

Código	Serviço	Característica	Ambulatorial		Hospitalar	
			SUS	Não SUS	SUS	Não SUS
114	SERVICO DE ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL	PRÓPRIO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
145	SERVICO DE DIAGNÓSTICO DE LABORATÓRIO CLÍNICO	TERCEIRIZADO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO

Esta é uma cópia impressa do documento oficial. As informações oficiais atualizadas estão disponíveis no site do CNES (http://cnes.datasus.gov.br).

Pág. 4 de 7

121	SERVICO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM	TERCEIRIZADO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
122	SERVICO DE DIAGNÓSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	PRÓPRIO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
128	SERVICO DE HEMOTERAPIA	PRÓPRIO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
140	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PRÓPRIO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
144	SERVICO POSTO DE COLETA DE MATERIAIS BIOLÓGICOS	TERCEIRIZADO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO

Comissões e

Descrição
-----------

Serviços e Classificação

Código	Serviço	Classificação	Terceiro	CNES
114 - 005	SERVICO DE ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL	CIRURGIA ORAL	NÃO	NAO INFORMADO
144 - 001	SERVICO POSTO DE COLETA DE MATERIAIS BIOLÓGICOS	COLETA REALIZADA FORA DA ESTRUTURA LABORATORIAL	SIM	3498492
114 - 007	SERVICO DE ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL	DENTISTICA	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 004	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	ESTABILIZAÇÃO DE PACIENTE CRÍTICO/GRUPO EM SALA DE ESTABILIZ	NÃO	NAO INFORMADO
122 - 003	SERVICO DE DIAGNÓSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	EXAME ELETROCARDIOGRÁFICO	NÃO	NAO INFORMADO
145 - 001	SERVICO DE DIAGNÓSTICO DE LABORATÓRIO CLÍNICO	EXAMES BIQUÍMICOS	SIM	3498492
145 - 004	SERVICO DE DIAGNÓSTICO DE LABORATÓRIO CLÍNICO	EXAMES COPROLOGICOS	SIM	3498492
145 - 011	SERVICO DE DIAGNÓSTICO DE LABORATÓRIO CLÍNICO	EXAMES DE GENÉTICA	SIM	3498492
145 - 005	SERVICO DE DIAGNÓSTICO DE LABORATÓRIO CLÍNICO	EXAMES DE UROANÁLISE	SIM	3498492
145 - 010	SERVICO DE DIAGNÓSTICO DE LABORATÓRIO CLÍNICO	EXAMES EM OUTROS LÍQUIDOS BIOLÓGICOS	SIM	3498492
145 - 002	SERVICO DE DIAGNÓSTICO DE LABORATÓRIO CLÍNICO	EXAMES HEMATOLOGICOS E HEMOSTASIA	SIM	3498492

Esta é uma cópia impressa do documento oficial. As informações oficiais atualizadas estão disponíveis no site do CNES (http://cnes.datasus.gov.br).

Pág. 5 de 7

145 - 006	SERVICO DE DIAGNÓSTICO DE LABORATÓRIO CLÍNICO	EXAMES HORMONAIS	SIM	3498492
145 - 013	SERVICO DE DIAGNÓSTICO DE LABORATÓRIO CLÍNICO	EXAMES IMUNOHEMATOLÓGICOS	SIM	3498492
145 - 009	SERVICO DE DIAGNÓSTICO DE LABORATÓRIO CLÍNICO	EXAMES MICROBIOLÓGICOS	SIM	3498492
145 - 003	SERVICO DE DIAGNÓSTICO DE LABORATÓRIO CLÍNICO	EXAMES SOROLÓGICOS E IMUNOLÓGICOS	SIM	3498492
145 - 008	SERVICO DE DIAGNÓSTICO DE LABORATÓRIO CLÍNICO	EXAMES TOXICOLÓGICOS OU DE MONITORIZAÇÃO TERAPEUTICA	SIM	3498492
128 - 004	SERVICO DE HEMOTERAPIA	MEDICINA TRANSFUSIONAL	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 006	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PRONTO ATENDIMENTO CLÍNICO	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 007	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PRONTO ATENDIMENTO PEDIÁTRICO	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 015	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PRONTO SOCORRO NEUROLOGIA/NEUROCIRURGIA	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 018	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PRONTO SOCORRO OFTALMOLÓGICO	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 016	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PRONTO SOCORRO TRAUMATO ORTOPÉDICO	NÃO	NAO INFORMADO
121 - 001	SERVICO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM	RADIOLOGIA	SIM	6294227
121 - 003	SERVICO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA	SIM	6294227

Outros

Nível de hierarquia	Tipo de unidade	Turno de atendimento
	PRONTO ATENDIMENTO	ATENDIMENTO CONTÍNUO DE 24 HORAS/DIA (PLANTÃO: INCLUI SABADOS, DOMINGOS E FERIADOS)
Hospital avaliado segundo o NBAH do MS		
NÃO		

Hospitalar - Leitos

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Esta é uma cópia impressa do documento oficial. As informações oficiais atualizadas estão disponíveis no site do CNES (http://cnes.datasus.gov.br).

Pág. 6 de 7



Data desativação: -- Motivo desativação: --

Esta é uma cópia impressa do documento oficial. As informações oficiais atualizadas estão disponíveis no site do CNES (<http://cnes.datasus.gov.br>).

Pag. 7 de 7

### UPA Santa Helena – Taubaté

**CNES** Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde

Ministério da Saúde (MS)  
 Secretaria de Atenção à Saúde (SAS)  
 Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (DRAC)  
 Coordenação Geral de Sistemas de Informação (CGSI)

**Ficha de Estabelecimento Identificação**

Data: 13/11/2021

CNES: 9134581 Nome Fantasia: UPA SANTA HELENA CNPJ: --  
 Nome Empresarial: PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATE Natureza Jurídica: ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA  
 Logradouro: AVENIDA AMELETTO MARINO Número: S/N Complemento: --  
 Bairro: ESPLANADA SANTA HELENA Município: 355410 - TAUBATE UF: SP  
 CEP: 12033-831 Telefone: -- Dependência: MANTIDA Reg. de Saúde: 3517  
 Tipo de Estabelecimento: PRONTO ATENDIMENTO Subtipo: UPA Gestão: MUNICIPAL  
 Diretor Clínico/Gerente/Administrador: DENISE CRISTINA DE OLIVEIRA  
 Cadastrado em: 10/01/2017 Atualização na base local: 01/02/2021 Última atualização Nacional: 08/11/2021  
 Horário de Funcionamento: SEMPRE ABERTO

**Caracterização**

Atividade ensino/pesquisa	Código/natureza jurídica
UNIDADE SEM ATIVIDADE DE ENSINO	1244 - MUNICIPIO

**Infraestrutura**

Nenhum resultado para a consulta realizada.

**Atividade**

Atividade	Nível de atenção	Gestão
AMBULATORIAL	ATENÇÃO BASICA	MUNICIPAL

Esta é uma cópia impressa do documento oficial. As informações oficiais atualizadas estão disponíveis no site do CNES (<http://cnes.datasus.gov.br>). Pag. 1 de 6

Atividade	Nível de atenção	Gestão
AMBULATORIAL	MEDIA COMPLEXIDADE	MUNICIPAL

**Atendimento**

Tipo de atendimento	Convênio
AMBULATORIAL	SUS
SADT	SUS
URGENCIA	SUS

**Fluxo de clientela**

03 - ATENDIMENTO DE DEMANDA ESPONTANEA E REFERENCIADA
---

**Endereço Complementar**

Nenhum resultado para a consulta realizada.

**Classificação Estabelecimento**

Atividade Principal

01 - ASSISTENCIA A SAUDE	007 - ASSISTENCIA A EMERGENCIAS
--------------------------	---------------------------------

Grupo > Atividade Secundária

01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 001 - CONSULTA AMBULATORIAL
01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 002 - APOIO DIAGNOSTICO
01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 008 - ENTREGA/DISPENSACAO DE MEDICAMENTOS
01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 010 - ASSISTENCIA INTERMEDIARIA

Esta é uma cópia impressa do documento oficial. As informações oficiais atualizadas estão disponíveis no site do CNES (<http://cnes.datasus.gov.br>). Pag. 2 de 6



01 - ASSISTENCIA A SAUDE -&gt; 015 - ATENCAO HEMATOLOGICA E/OU HEMOTERAPICA

Classificação Estabelecimento Saúde

008 - PRONTO ATENDIMENTO

**Informações Gerais**

Instalações físicas para assistência

Instalação	Qtde./Consultório	Leitos/Equipamentos
<b>URGÊNCIA E EMERGÊNCIA</b>		
CONSULTORIOS MEDICOS	4	0
ODONTOLOGIA	1	0
SALA DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICACAO DE RISCO	2	0
SALA DE ATENDIMENTO INDIFERENCIADO	2	0
SALA DE ATENDIMENTO PEDIATRICO	1	0
SALA DE CURATIVO	1	0
SALA DE GESSO	1	0
SALA DE HIGIENIZACAO	1	0
SALA PEQUENA CIRURGIA	1	0
SALA REPOUSO/OBSERVACAO - FEMININO	1	4
SALA REPOUSO/OBSERVACAO - INDIFERENCIADO	1	1
SALA REPOUSO/OBSERVACAO - MASCULINO	1	4

Esta é uma cópia impressa do documento oficial. As informações oficiais atualizadas estão disponíveis no site do CNES (http://cnes.datasus.gov.br).

Pág. 3 de 6

SALA REPOUSO/OBSERVACAO - PEDIATRICA	1	3
SAIA DE ATENDIMENTO A PACIENTE CRITICO/SALA DE ESTABILIZACAO	1	3
<b>AMBULATORIAL</b>		
OUTROS CONSULTORIOS NAO MEDICOS	3	0
SALA DE ENFERMAGEM (SERVICOS)	5	0
SALA DE NEBULIZACAO	1	0

Serviços de

Serviço	Característica
AMBULANCIA	PROPRIO
CENTRAL DE ESTERILIZACAO DE MATERIAIS	PROPRIO E TERCEIRIZADO
FARMACIA	PROPRIO
LAVANDERIA	TERCEIRIZADO
NECROTARIO	PROPRIO
S.A.M.E. OU S.P.P. (Serviço de Prontuário de Paciente)	PROPRIO
SERVICO DE MANUTENCAO DE EQUIPAMENTOS	TERCEIRIZADO
SERVICO SOCIAL	PROPRIO

Serviços especializados

Código	Serviço	Característica	Ambulatorial		Hospitalar	
			SUS	Não SUS	SUS	Não SUS
145	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	TERCEIRIZADO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
121	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	TERCEIRIZADO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO

Esta é uma cópia impressa do documento oficial. As informações oficiais atualizadas estão disponíveis no site do CNES (http://cnes.datasus.gov.br).

Pág. 4 de 6

122	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	PROPRIO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
128	SERVICO DE HEMOTERAPIA	PROPRIO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
140	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PROPRIO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
144	SERVICO POSTO DE COLETA DE MATERIAIS BIOLÓGICOS	TERCEIRIZADO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO

Comissões e

Descrição
-----------

Serviços e Classificação

Código	Serviço	Classificação	Terceiro	CNES
144 - 001	SERVICO POSTO DE COLETA DE MATERIAIS BIOLÓGICOS	COLETA REALIZADA FORA DA ESTRUTURA LABORATORIAL	SIM	3498492
140 - 004	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	ESTABILIZACAO DE PACIENTE CRITICO/GRAVE EM SALA DE ESTABILIZ	NÃO	NAO INFORMADO
122 - 003	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	EXAME ELETROCARDIOGRAFICO	NÃO	NAO INFORMADO
145 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES BICOQUIMICOS	SIM	3498492
145 - 004	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES COPROLOGICOS	SIM	3498492
145 - 011	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES DE GENETICA	SIM	3498492
145 - 005	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES DE URONALISE	SIM	3498492
145 - 010	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES EM OUTROS LIQUIDOS BIOLÓGICOS	SIM	3498492
145 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES HEMATOLOGICOS E HEMOSTASIA	SIM	3498492
145 - 008	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES HORMONAIS	SIM	3498492
145 - 013	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES IMUNHEMATOLOGICOS	SIM	3498492
145 - 009	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES MICROBIOLÓGICOS	SIM	3498492

Esta é uma cópia impressa do documento oficial. As informações oficiais atualizadas estão disponíveis no site do CNES (http://cnes.datasus.gov.br).

Pág. 5 de 6



145 - 003	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES SOROLOGICOS E IMUNOLOGICOS	SIM	3498482
145 - 008	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES TOXICOLOGICOS OU DE MONITORIZACAO TERAPEUTICA	SIM	3498482
128 - 004	SERVICO DE HEMOTERAPIA	MEDICINA TRANSFUSIONAL	NÃO	NÃO INFORMADO
140 - 006	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PRONTO ATENDIMENTO CLINICO	NÃO	NÃO INFORMADO
140 - 007	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PRONTO ATENDIMENTO PEDIATRICO	NÃO	NÃO INFORMADO
121 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	RADIOLOGIA	SIM	6294227
121 - 003	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA	SIM	6294227

Outros		
Nível de hierarquia	Tipo de unidade	Turno de atendimento
	PRONTO ATENDIMENTO	ATENDIMENTO CONTINUO DE 24 HORAS/DIA (PLANTAO INCLUI SABADOS, DOMINGOS E FERIADOS)
Hospital avaliado segundo o NBAH do MS		
NÃO		

**Hospitalar - Leitos**

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Data desativação: -- Motivo desativação:--

**UPA Central – Taubaté**

**CNES** | Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde

Ministério da Saúde (MS)  
Secretaria de Atenção à Saúde (SAS)  
Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (DRAC)  
Coordenação Geral de Sistemas de Informação (CGSI)

**Ficha de Estabelecimento Identificação**

Data: 13/11/2021

CNES: 4050665 Nome Fantasia: PRONTO SOCORRO MUNICIPAL DE TAUBATE CNPJ: --  
 Nome Empresarial: MUNICIPIO DE TAUBATE Natureza Jurídica: ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA  
 Logradouro: RUA DOUTOR BENEDITO CURSINO DOS SANTOS Número: 101 Complemento: --  
 Bairro: JARDIM DAS NAÇÕES Município: 355410 - TAUBATE UF: SP  
 CEP: 12030-190 Telefone: (12) 3621-3800 Dependência: MANTIDA Reg de Saúde: 3517  
 Tipo de Estabelecimento: PRONTO SOCORRO GERAL Subtipo: -- Gestão: MUNICIPAL  
 Diretor Clínico/Gerente/Administrador: RAFAEL VILELA DE AZEVEDO RUY COUTRIN  
 Cadastrado em: 03/01/2004 Atualização na base local: 16/09/2021 Última atualização Nacional: 08/11/2021  
 Horário de Funcionamento: SEMPRE ABERTO

**Caracterização**

Atividade ensino/pesquisa	Código/natureza jurídica
UNIDADE SEM ATIVIDADE DE ENSINO	1244 - MUNICIPIO

**Infraestrutura**

Nenhum resultado para a consulta realizada.

**Atividade**

Atividade	Nível de atenção	Gestão
AMBULATORIAL	ALTA COMPLEXIDADE	MUNICIPAL

Atividade	Nível de atenção	Gestão
HOSPITALAR	ALTA COMPLEXIDADE	MUNICIPAL
AMBULATORIAL	MEDIA COMPLEXIDADE	MUNICIPAL
HOSPITALAR	MEDIA COMPLEXIDADE	MUNICIPAL

**Atendimento**

Tipo de atendimento	Convênio
AMBULATORIAL	SUS
INTERNACAO	SUS
SADT	SUS
URGENCIA	SUS

**Fluxo de clientela**

03 - ATENDIMENTO DE DEMANDA ESPONTANEA E REFERENCIADA

**Endereço Complementar**

SERVICO DE PRONTO ATENDIMENTO PEDIATRICO

Logradouro: GRANADEIRO GUIMARAES Número: 270 Complemento: Município: Taubate Bairro: UF: SP Cep: 12020130

Telefone: 36296063 Fax: E-mail: admpsitaubate@gmail.com

Serviço	Classificação	Tipo
---------	---------------	------



SERVICO DE PRONTO ATENDIMENTO GERAL

Logradouro	Número	Complemento	Bairro
JOAQUIM TAVORA	S/N		
Telefone	Fax	E-mail	Município
36296063			TAUBATE
			UI
			SP
			Cep
			12020120

**Classificação Estabelecimento**

Atividade Principal

01 - ASSISTENCIA A SAUDE

007 - ASSISTENCIA A EMERGENCIAS

Grupo > Atividade Secundária
01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 001 - CONSULTA AMBULATORIAL
01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 002 - APOIO DIAGNOSTICO
01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 008 - ENTREGA/DISPENSACAO DE MEDICAMENTOS
01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 010 - ASSISTENCIA INTERMEDIARIA

**Classificação Estabelecimento Saúde**

008 - PRONTO ATENDIMENTO

**Informações Gerais**

Esta é uma cópia impressa do documento oficial. As informações oficiais atualizadas estão disponíveis no site do CNES (<http://cnes.datasus.gov.br>).

Pag. 3 de 7

**Instalações físicas para assistência**

Instalação	Qtde./Consultório	Leitos/Equipamentos
<b>URGÊNCIA E EMERGÊNCIA</b>		
CONSULTORIOS MEDICOS	5	0
SALA DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICACAO DE RISCO	2	0
SALA DE ATENDIMENTO INDIFERENCIADO	2	0
SALA DE HIGIENIZACAO	1	0
SALA REPOUSO/OBSERVACAO - INDIFERENCIADO	1	4
SAIA DE ATENDIMENTO A PACIENTE CRITICO/SALA DE ESTABILIZACAO	1	1
<b>AMBULATORIAL</b>		
SALA DE CURATIVO	1	0
SALA DE ENFERMAGEM (SERVICOS)	2	0
SALA DE IMUNIZACAO	1	0
SALA DE PEQUENA CIRURGIA	2	0
SALA DE REPOUSO/OBSERVACAO - INDIFERENCIADO	3	0

**Serviços de**

Serviço	Característica
AMBULANCIA	PROPRIO
CENTRAL DE ESTERILIZACAO DE MATERIAIS	PROPRIO E TERCEIRIZADO
FARMACIA	PROPRIO
LAVANDERIA	TERCEIRIZADO

Esta é uma cópia impressa do documento oficial. As informações oficiais atualizadas estão disponíveis no site do CNES (<http://cnes.datasus.gov.br>).

Pag. 4 de 7

NECROTERIO	PROPRIO
NUTRICAO E DIETETICA (S.N.D.)	PROPRIO E TERCEIRIZADO
S.A.M.E. OU S.P.P.(Serviço de Prontuário de Paciente)	PROPRIO
SERVICO DE MANUTENCAO DE EQUIPAMENTOS	TERCEIRIZADO
SERVICO SOCIAL	PROPRIO

**Serviços especializados**

Código	Serviço	Característica	Ambulatorial		Hospitalar	
			SUS	Não SUS	SUS	Não SUS
174	IMUNIZACAO	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
145	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	TERCEIRIZADO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
121	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	TERCEIRIZADO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
122	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
126	SERVICO DE FISIOTERAPIA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
128	SERVICO DE HEMOTERAPIA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
140	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
144	SERVICO POSTO DE COLETA DE MATERIAIS BIOLÓGICOS	TERCEIRIZADO	SIM	NÃO	SIM	NÃO

**Comissões e**

Descrição
ETICA MEDICA

**Serviços e Classificação**

Código	Serviço	Classificação	Terceiro	CNES
--------	---------	---------------	----------	------

Esta é uma cópia impressa do documento oficial. As informações oficiais atualizadas estão disponíveis no site do CNES (<http://cnes.datasus.gov.br>).

Pag. 5 de 7



126 - 004	SERVICO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA CARDIOVASCULARES E PNEUMOFUNCI	NÃO	NAO INFORMADO
126 - 002	SERVICO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA EM ALTERACOES ONCOLOGICAS	NÃO	NAO INFORMADO
126 - 006	SERVICO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA EM QUEIMADOS	NÃO	NAO INFORMADO
126 - 007	SERVICO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA NAS ALTERACOES EM NEUROLOGIA	NÃO	NAO INFORMADO
126 - 005	SERVICO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA NAS DISFUNCOES MUSCULO ESQUELET	NÃO	NAO INFORMADO
144 - 001	SERVICO POSTO DE COLETA DE MATERIAIS BIOLÓGICOS	COLETA REALIZADA FORA DA ESTRUTURA LABORATORIAL	SIM	3498492
140 - 004	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	ESTABILIZACAO DE PACIENTE CRITICO/GRAVE EM SALA DE ESTABILIZ	NÃO	NAO INFORMADO
122 - 003	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	EXAME ELETROCARDIOGRAFICO	NÃO	NAO INFORMADO
145 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES BIOQUIMICOS	SIM	3498492
145 - 004	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES COPROLOGICOS	SIM	3498492
145 - 011	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES DE GENETICA	SIM	3498492
145 - 005	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES DE UROANALISE	SIM	3498492
145 - 010	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES EM OUTROS LIQUIDOS BIOLÓGICOS	SIM	3498492
145 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES HEMATOLOGICOS E HEMOSTASIA	SIM	3498492
145 - 006	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES HORMONAIS	SIM	3498492
145 - 013	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES IMUNOHEMATOLOGICOS	SIM	3498492
145 - 009	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES MICROBIOLÓGICOS	SIM	3498492
145 - 003	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES SOROLOGICOS E IMUNOLOGICOS	SIM	3498492
145 - 008	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES TOXICOLOGICOS OU DE MONITORIZACAO TERAPEUTICA	SIM	3498492
174 - 001	IMUNIZACAO	INDIVDUOS EM GERAL	NÃO	NAO INFORMADO
128 - 004	SERVICO DE HEMOTERAPIA	MEDICINA TRANSFUSIONAL	NÃO	NAO INFORMADO

Esta é uma cópia impressa do documento oficial. As informações oficiais atualizadas estão disponíveis no site do CNES (http://cnes.datasus.gov.br).

Pag. 6 de 7

140 - 019	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	FRONTO SOCORRO GERAL/CLINICO	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 016	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	FRONTO SOCORRO TRAUMATO ORTOPEDICO	NÃO	NAO INFORMADO
121 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	RADIOLOGIA	SIM	6294227
121 - 003	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA	SIM	6294227

Outros

Nível de hierarquia	Tipo de unidade	Turno de atendimento
	PRONTO SOCORRO GERAL	ATENDIMENTO CONTINUO DE 24 HORAS/DIA (PLANTAO:INCLUI SABADOS, DOMINGOS E FERIADOS)
Hospital avaliado segundo o NBAH do MS		
NÃO		

Hospitalar - Leitos

Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
COMPLEMENTAR		
SUPORTE VENTILATÓRIO PULMONAR - COVID-19	10	0
ESPEC - CLINICO		
CLINICA GERAL	8	8

Data desativação: -- Motivo desativação:--

Esta é uma cópia impressa do documento oficial. As informações oficiais atualizadas estão disponíveis no site do CNES (http://cnes.datasus.gov.br).

Pag. 7 de 7

## Santa Casa – São Luiz do Paraitinga

**CNES** Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde

Ministério da Saúde (MS)  
 Secretaria de Atenção à Saúde (SAS)  
 Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (DRAC)  
 Coordenação-Geral de Sistemas de Informação (CGSI)

**Ficha de Estabelecimento Identificação**

Data: 13/11/2021

CNES: 2076690 Nome Fantasia: SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SAO LUIZ DO PARAITINGA CNPJ: 60.315.462/0001-20  
 Nome Empresarial: SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SAO LUIZ DO Natureza Jurídica: ENTIDADES SEM FINS LUCRATIVOS  
 Logradouro: PRC CEL TEODORO COELHO Número: 48 Complemento: --  
 Bairro: CENTRO Município: 355000 - SAO LUIS DO PARAITINGA UF: SP  
 CEP: 12140-000 Telefone: 123671129 Dependência: INDIVIDUAL Reg de Saúde: 0217  
 Tipo de Estabelecimento: HOSPITAL GERAL Subtipo: -- Gestão: MUNICIPAL  
 Diretor Clínico/Gerente/Administrador: GERSON GOMES DE ARAUJO  
 Cadastrado em: 25/02/2003 Atualização na base local: 06/10/2021 Última atualização Nacional: 11/10/2021  
 Horário de Funcionamento: SEMPRE ABERTO

**Caracterização**

Atividade ensino/pesquisa	Código/natureza jurídica
UNIDADE SEM ATIVIDADE DE ENSINO	3999 - ASSOCIACAO PRIVADA

**Infraestrutura**

Nenhum resultado para a consulta realizada.

**Atividade**

Atividade	Nível de atenção	Gestão
AMBULATORIAL	MEDIA COMPLEXIDADE	MUNICIPAL

Esta é uma cópia impressa do documento oficial. As informações oficiais atualizadas estão disponíveis no site do CNES (http://cnes.datasus.gov.br).

Pag. 1 de 7



Atividade	Nível de atenção	Gestão
HOSPITALAR	MEDIA COMPLEXIDADE	MUNICIPAL

**Atendimento**

Tipo de atendimento	Convênio
AMBULATORIAL	SUS
INTERNACAO	SUS
INTERNACAO	PARTICULAR
SADT	SUS
SADT	PARTICULAR
URGENCIA	SUS
URGENCIA	PARTICULAR

**Fluxo de clientela**

02 - ATENDIMENTO DE DEMANDA REFERENCIADA

**Endereço Complementar**

Nenhum resultado para a consulta realizada.

**Classificação Estabelecimento**

Atividade Principal  
01 - ASSISTENCIA A SAUDE 009 - INTERNACAO

**Grupo > Atividade Secundária**

Esta é uma cópia impressa do documento oficial. As informações oficiais atualizadas estão disponíveis no site do CNES (<http://cnes.datasus.gov.br>) Pag. 2 de 7

01 - ASSISTENCIA A SAUDE -> 001 - CONSULTA AMBULATORIAL
01 - ASSISTENCIA A SAUDE -> 002 - APOIO DIAGNOSTICO
01 - ASSISTENCIA A SAUDE -> 007 - ASSISTENCIA A EMERGENCIAS
01 - ASSISTENCIA A SAUDE -> 008 - ENTREGA/DISPENSACAO DE MEDICAMENTOS

**Classificação Estabelecimento Saúde**

006 - HOSPITAL

**Informações Gerais**

**Instalações físicas para assistência**

Instalação	Qtd. Consultório	Leitos/Equipamentos
<b>URGÊNCIA E EMERGÊNCIA</b>		
CONSULTORIOS MEDICOS	2	0
SALA DE GESSO	1	0
SALA PEQUENA CIRURGIA	1	0
SALA REPOUSO/OBSERVACAO - INDIFERENCIADO	3	0
SAIA DE ATENDIMENTO A PACIENTE CRITICO/SALA DE ESTABILIZACAO	1	2
<b>HOSPITALAR</b>		
SALA DE PARTO NORMAL	1	0

**Serviços de**

Serviço	Característica

Esta é uma cópia impressa do documento oficial. As informações oficiais atualizadas estão disponíveis no site do CNES (<http://cnes.datasus.gov.br>) Pag. 3 de 7

AMBULANCIA	PROPRIO
CENTRAL DE ESTERILIZACAO DE MATERIAIS	PROPRIO
FARMACIA	PROPRIO
LAVANDERIA	PROPRIO
NECROTERIO	PROPRIO
NUTRICAO E DIETETICA (S.N.D.)	PROPRIO
S.A.M.E. OU S.P.P. (Serviço de Pronto-atendimento de Paciente)	PROPRIO

**Serviços especializados**

Código	Serviço	Característica	Ambulatorial		Hospitalar	
			SUS	Não SUS	SUS	Não SUS
145	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	PROPRIO	SIM	SIM	SIM	SIM
121	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	PROPRIO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO
121	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	PROPRIO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
122	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	PROPRIO	SIM	SIM	SIM	SIM
140	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PROPRIO	SIM	SIM	SIM	SIM

**Comissões e**

Descrição
ETICA MEDICA
CONTROLE DE INFECCAO HOSPITALAR
REVISAO DE PRONTUARIOS

**Serviços e Classificação**

Esta é uma cópia impressa do documento oficial. As informações oficiais atualizadas estão disponíveis no site do CNES (<http://cnes.datasus.gov.br>) Pag. 4 de 7





Código	Serviço	Classificação	Terceiro	CNES
140 - 004	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	ESTABILIZACAO DE PACIENTE CRITICO/GRAVE EM SALA DE ESTABILIZ	NÃO	NAO INFORMADO
122 - 003	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	EXAME ELETROCARDIOGRAFICO	NÃO	NAO INFORMADO
145 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES BIOQUIMICOS	NÃO	NAO INFORMADO
145 - 004	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES COPROLOGICOS	NÃO	NAO INFORMADO
145 - 005	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES DE URDANALISE	NÃO	NAO INFORMADO
145 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES HEMATOLOGICOS E HEMOSTASIA	NÃO	NAO INFORMADO
145 - 006	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES HORMONAIS	NÃO	NAO INFORMADO
145 - 013	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES IMUNOHEMATOLOGICOS	NÃO	NAO INFORMADO
145 - 009	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES MICROBIOLOGICOS	NÃO	NAO INFORMADO
145 - 003	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES SOROLOGICOS E IMUNOLOGICOS	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 019	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PRONTO SOCCORRO GERAL/CLINICO	NÃO	NAO INFORMADO
121 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	RADIOLOGIA	NÃO	NAO INFORMADO
121 - 007	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	RADIOLOGIA POR TELEMEDICINA	NÃO	NAO INFORMADO

Outros

Nível de hierarquia	Tipo de unidade	Turno de atendimento
	HOSPITAL GERAL	ATENDIMENTO CONTINUO DE 24 HORAS/DIA (PLANTAO-INCLUI SABADOS, DOMINGOS E FERIADOS)
Hospital avaliado segundo o NBAH do MS		
NÃO		

Equipamentos/Rejeitos

Esta é uma cópia impressa do documento oficial. As informações oficiais atualizadas estão disponíveis no site do CNES (http://cnes.datasus.gov.br).
Pág. 5 de 7

Equipamentos

Equipamento	Existente	Em uso	SUS
<b>EQUIPAMENTOS DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM</b>			
Raio X ate 100 mA	1	1	SIM
Raio X de 100 a 500 mA	1	1	SIM
<b>EQUIPAMENTOS PARA MANUTENÇÃO DA VIDA</b>			
Desfibrilador	1	1	SIM
Equipamento de Fototerapia	1	1	SIM
Monitor de ECG	1	1	SIM
Reanimador Pulmonar/AMBU	2	2	SIM
Respirador/Ventilador	1	1	SIM
<b>EQUIPAMENTOS POR METODOS GRAFICOS</b>			
Eletrocardiografo	3	2	SIM
<b>OUTROS EQUIPAMENTOS</b>			
Aparelho de Diatermia por Ultrassom/Ondas Curtas	1	1	SIM
Forno de Bier	2	1	SIM

Resíduos/Rejeitos

Coleta Seletiva de Rejeito
RESIDUOS BIOLOGICOS
RESIDUOS COMUNS

Esta é uma cópia impressa do documento oficial. As informações oficiais atualizadas estão disponíveis no site do CNES (http://cnes.datasus.gov.br).
Pág. 6 de 7

Vínculo com Cooperativa

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Hospitalar - Leitos

Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
<b>COMPLEMENTAR</b>		
SUPORTE VENTILATÓRIO PULMONAR - COVID-19	7	0
<b>ESPEC - CLINICO</b>		
CLINICA GERAL	6	5
<b>OBSTETRICO</b>		
OBSTETRICIA CLINICA	2	2
<b>PEDIATRICO</b>		
PEDIATRIA CLINICA	3	3

Data desativação: --

Motivo desativação:--

Esta é uma cópia impressa do documento oficial. As informações oficiais atualizadas estão disponíveis no site do CNES (http://cnes.datasus.gov.br).
Pág. 7 de 7


CNES Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde

Ministério da Saúde (MS)  
Secretaria de Atenção à Saúde (SAS)  
Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (DRAC)  
Coordenação-Geral de Sistemas de Informação (CGSI)

Ficha de Estabelecimento Identificação

Data: 13/11/2021

CNES: 2792591 Nome Fantasia: CENTRO DE SAUDE III DE LAGOINHA CNPJ: -  
Nome Empresarial: PREFEITURA MUNICIPAL DE LAGOINHA Natureza Jurídica: ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA  
Logradouro: RUA ANTONIO SILVA CUNHA BUENO Número: 25 Complemento: CASA  
Bairro: CENTRO Município: 352630 - LAGOINHA UF: SP  
CEP: 12130-000 Telefone: (12) 3647-1238 Dependência: MANTIDA Reg de Saúde: 0217  
Tipo de Estabelecimento: CENTRO DE SAUDE UNIDADE BASICA Subtipo: - Gestão: MUNICIPAL  
Diretor Clínico/Gerente/Administrador: CAROLINE BATALHA CE  
Cadastrado em: 15/09/2003 Atualização na base local: 16/09/2021 Última atualização Nacional: 03/11/2021  
Horário de Funcionamento: SEMPRE ABERTO

**Caracterização**

Atividade ensino/pesquisa	Código/natureza jurídica
UNIDADE SEM ATIVIDADE DE ENSINO	1244 - MUNICIPIO

**Infraestrutura**

Nenhum resultado para a consulta realizada.

**Atividade**

Atividade	Nível de atenção	Gestão
AMBULATORIAL	ATENCAO BASICA	MUNICIPAL

Esta é uma cópia impressa do documento oficial. As informações oficiais atualizadas estão disponíveis no site do CNES (<http://cnes.datasus.gov.br>).

Pág. 1 de 5

Atividade	Nível de atenção	Gestão
AMBULATORIAL	MEDIA COMPLEXIDADE	MUNICIPAL

**Atendimento**

Tipo de atendimento	Convênio
AMBULATORIAL	SUS

**Fluxo de clientela**

03 - ATENDIMENTO DE DEMANDA ESPONTANEA E REFERENCIADA
---

**Endereço Complementar**

Nenhum resultado para a consulta realizada.

**Classificação Estabelecimento**

Atividade Principal  
01 - ASSISTENCIA A SAUDE 012 - ATENCAO BASICA

Grupo > Atividade Secundária
01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 001 - CONSULTA AMBULATORIAL

**Classificação Estabelecimento Saúde**

001 - UNIDADE BASICA DE SAUDE

**Informações Gerais**

Esta é uma cópia impressa do documento oficial. As informações oficiais atualizadas estão disponíveis no site do CNES (<http://cnes.datasus.gov.br>).

Pág. 2 de 5

**Instalações físicas para assistência**

Instalação	Qtde./Consultório	Leitos/Equipamentos
<b>URGÊNCIA E EMERGÊNCIA</b>		
CONSULTORIOS MEDICOS	2	0
ODONTOLOGIA	1	1
SALA DE ATENDIMENTO INDIFERENCIADO	1	0
SALA DE CURATIVO	1	0
SALA REPOUSO/OBSERVACAO - PEDIATRICA	1	1
SAIA DE ATENDIMENTO A PACIENTE CRITICO/SALA DE ESTABILIZACAO	1	1
<b>AMBULATORIAL</b>		
CLINICAS BASICAS	2	0
ODONTOLOGIA	1	0
SALA DE CURATIVO	1	0
SALA DE ENFERMAGEM (SERVICOS)	1	0
SALA DE IMUNIZACAO	1	0
SALA DE NEBULIZACAO	1	0
SALA REPOUSO/OBSERVACAO - FEMININO	1	2
SALA REPOUSO/OBSERVACAO - MASCULINO	1	2

**Serviços de**

Serviço	Característica
AMBULANCIA	PROPRIO

Esta é uma cópia impressa do documento oficial. As informações oficiais atualizadas estão disponíveis no site do CNES (<http://cnes.datasus.gov.br>).

Pág. 3 de 5



CENTRAL DE ESTERILIZACAO DE MATERIAIS	PROPRIO
FARMACIA	PROPRIO
LAVANDERIA	PROPRIO
S.A.M.E. OU S.P.P.(Serviço de Pronto-atendimento de Paciente)	PROPRIO
SERVICO DE MANUTENCAO DE EQUIPAMENTOS	PROPRIO
SERVICO SOCIAL	PROPRIO

Serviços especializados

Código	Serviço	Característica	Ambulatorial		Hospitalar	
			SUS	Não SUS	SUS	Não SUS
174	IMUNIZACAO	PROPRIO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
111	SERVICO DE ATENCAO AO PACIENTE COM TUBERCULOSE	PROPRIO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
112	SERVICO DE ATENCAO AO PRE-NATAL, PARTO E NASCIMENTO	PROPRIO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
122	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	PROPRIO	SIM	NÃO	NÃO	SIM
140	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PROPRIO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
141	SERVICO DE VIGILANCIA EM SAUDE	PROPRIO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO

Comissões e

Descrição
-----------

Serviços e Classificação

Código	Serviço	Classificação	Terceiro	CNES
112 - 001	SERVICO DE ATENCAO AO PRE-NATAL, PARTO E NASCIMENTO	ACOMPANHAMENTO DO PRE-NATAL DE RISCO HABITUAL	NÃO	NAO INFORMADO

Esta é uma cópia impressa do documento oficial. As informações oficiais atualizadas estão disponíveis no site do CNES (http://cnes.datasus.gov.br)

Pag. 4 de 5

111 - 001	SERVICO DE ATENCAO AO PACIENTE COM TUBERCULOSE	DIAGNOSTICO E TRATAMENTO	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 004	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	ESTABILIZACAO DE PACIENTE CRITICO/GRAVE EM SALA DE ESTABILIZ	NÃO	NAO INFORMADO
122 - 003	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	EXAME ELETROCARDIOGRAFICO	NÃO	NAO INFORMADO
174 - 002	IMUNIZACAO	GRUPOS ESPECIAIS	NÃO	NAO INFORMADO
174 - 001	IMUNIZACAO	INDIVIDUOS EM GERAL	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 006	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PRONTO ATENDIMENTO CLINICO	NÃO	NAO INFORMADO
141 - 001	SERVICO DE VIGILANCIA EM SAUDE	VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA	NÃO	NAO INFORMADO
141 - 002	SERVICO DE VIGILANCIA EM SAUDE	VIGILANCIA SANITARIA	NÃO	NAO INFORMADO

Outros

Nível de hierarquia	Tipo de unidade	Turno de atendimento
	CENTRO DE SAUDE/UNIDADE BASICA	ATENDIMENTO CONTINUO DE 24 HORAS/DIA (PLANTAO:INCLUI SABADOS, DOMINGOS E FERIADOS)
Hospital avaliado segundo o NBAH do MS		
NÃO		

Hospitalar - Leitos

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Data desativação: --

Motivo desativação:--

Esta é uma cópia impressa do documento oficial. As informações oficiais atualizadas estão disponíveis no site do CNES (http://cnes.datasus.gov.br)

Pag. 5 de 5

## Centro de Saúde – Redenção da Serra

**CNES** Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde

Ministério da Saúde (MS)  
Secretaria de Atenção à Saúde (SAS)  
Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (DRAC)  
Coordenação-Geral de Sistemas de Informação (CGSI)

### Ficha de Estabelecimento Identificação

Data: 13/11/2021

CNES: 2782905 Nome Fantasia: CENTRO DE SAUDE III DE REDENCAO DA SERRA CNPJ: --  
Nome Empresarial: PREFEITURA MUNICIPAL DE REDENCAO DA SERRA Natureza Jurídica: ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA  
Logradouro: RUA 28 DE AGOSTO Número: 57 Complemento: --  
Bairro: CENTRO Município: 354230 - REDENCAO DA SERRA UF: SP  
CEP: 12170-000 Telefone: (12)3676-1428 Dependência: MANTIDA Reg de Saúde: 0217  
Tipo de Estabelecimento: CENTRO DE SAUDE/UNIDADE BASICA Subtipo: -- Gestão: MUNICIPAL  
Diretor Clínico/Gerente/Administrador: CARLOS ROBERTO PIMENTEL  
Cadastrado em: 15/09/2003 Atualização na base local: 29/09/2021 Última atualização Nacional: 08/11/2021

Horário de Funcionamento:

Caracterização

Atividade ensino/pesquisa	Código/natureza jurídica
UNIDADE SEM ATIVIDADE DE ENSINO	1244 - MUNICIPIO

Infraestrutura

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Atividade

Atividade	Nível de atenção	Gestão
AMBULATORIAL	ATENCAO BASICA	MUNICIPAL

Esta é uma cópia impressa do documento oficial. As informações oficiais atualizadas estão disponíveis no site do CNES (http://cnes.datasus.gov.br)

Pag. 1 de 6



Atividade	Nível de atenção	Gestão
AMBULATORIAL	MEDIA COMPLEXIDADE	MUNICIPAL

**Atendimento**

Tipo de atendimento	Convênio
AMBULATORIAL	SUS
SADT	SUS
VIGILANCIA EM SAUDE	SUS

**Fluxo de clientela**

01 - ATENDIMENTO DE DEMANDA ESPONTANEA

**Endereço Complementar**

Nenhum resultado para a consulta realizada.

**Classificação Estabelecimento**
**Atividade Principal**

01 - ASSISTENCIA A SAUDE

001 - CONSULTA AMBULATORIAL

Grupo > Atividade Secundária
01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 002 - APOIO DIAGNOSTICO
01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 008 - ENTREGA/DISPENSACAO DE MEDICAMENTOS
01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 011 - ATENCAO PSICOSSOCIAL
01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 012 - ATENCAO BASICA

Esta é uma cópia impressa do documento oficial. As informações oficiais atualizadas estão disponíveis no site do CNES (<http://cnes.datasus.gov.br>).
Pág. 2 de 6

01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 016 - PROMOCAO DA SAUDE, PREVENCAO DE DOENCAS E AGRAVOS E PRODUCAO DO CUIDADO
01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 017 - IMUNIZACAO

**Classificação Estabelecimento Saúde**

016 - AMBULATORIO

**Informações Gerais**
**Instalações físicas para assistência**

Instalação	Cidade/Consultório	Leitos/Equipamentos
<b>AMBULATORIAL</b>		
CLINICAS BASICAS	1	0
CLINICAS ESPECIALIZADAS	2	0
ODONTOLOGIA	1	1
OUTROS CONSULTORIOS NAO MEDICOS	1	0
SALA DE CIRURGIA AMBULATORIAL	1	0
SALA DE CURATIVO	1	0
SALA DE ENFERMAGEM (SERVICOS)	1	0
SALA DE IMUNIZACAO	1	0
SALA DE NEBULIZACAO	1	0
SALA DE PEQUENA CIRURGIA	1	0
SALA DE REPOUSO/OBSERVACAO - INDIFFERENCIADO	1	1

Esta é uma cópia impressa do documento oficial. As informações oficiais atualizadas estão disponíveis no site do CNES (<http://cnes.datasus.gov.br>).
Pág. 3 de 6

SALA REPOUSO/OBSERVACAO - FEMININO	1	2
SALA REPOUSO/OBSERVACAO - MASCULINO	1	2
SALA REPOUSO/OBSERVACAO - PEDIATRICA	1	2

**Serviços de**

Serviço	Característica
AMBULANCIA	PROPRIO
CENTRAL DE ESTERILIZACAO DE MATERIAIS	PROPRIO
FARMACIA	PROPRIO
S.A.M.E. OU S.P.P.(Serviço de Pronto-atendimento de Paciente)	PROPRIO
SERVICO DE MANUTENCAO DE EQUIPAMENTOS	PROPRIO

**Serviços especializados**

Código	Serviço	Característica	Ambulatorial		Hospitalar	
			SUS	Não SUS	SUS	Não SUS
174	IMUNIZACAO	PROPRIO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
112	SERVICO DE ATENCAO AO PRE-NATAL, PARTO E NASCIMENTO	PROPRIO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
158	SERVICO DE ATENCAO INTEGRAL EM HANSENIASE	PROPRIO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
145	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	TERCEIRIZADO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
122	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	PROPRIO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
126	SERVICO DE FISIOTERAPIA	PROPRIO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
126	SERVICO DE FISIOTERAPIA	PROPRIO	SIM	NÃO	NÃO	SIM
144	SERVICO POSTO DE COLETA DE MATERIAIS BIOLÓGICOS	PROPRIO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO

Esta é uma cópia impressa do documento oficial. As informações oficiais atualizadas estão disponíveis no site do CNES (<http://cnes.datasus.gov.br>).
Pág. 4 de 6


Comissões e				
Descrição				
Serviços e Classificação				
Código	Serviço	Classificação	Terceiro	CNES
112 - 001	SERVICO DE ATENCAO AO PRE-NATAL, PARTO E NASCIMENTO	ACOMPANHAMENTO DO PRE-NATAL DE RISCO HABITUAL	NÃO	NÃO INFORMADO
126 - 004	SERVICO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA CARDIOVASCULARES E PNEUMOFUNCI	NÃO	NÃO INFORMADO
126 - 002	SERVICO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA EM ALTERACOES ONCOLOGICAS	NÃO	NÃO INFORMADO
126 - 006	SERVICO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA EM QUEIMADOS	NÃO	NÃO INFORMADO
126 - 007	SERVICO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA NAS ALTERACOES EM NEUROLOGIA	NÃO	NÃO INFORMADO
126 - 005	SERVICO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA NAS DISFUNCÕES MÚSCULO ESQUELET	NÃO	NÃO INFORMADO
144 - 001	SERVICO POSTO DE COLETA DE MATERIAIS BIOLOGICOS	COLETA REALIZADA FORA DA ESTRUTURA LABORATORIAL	NÃO	NÃO INFORMADO
122 - 003	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	EXAME ELETROCARDIOGRAFICO	NÃO	NÃO INFORMADO
145 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES BIOQUIMICOS	SIM	9364269
145 - 004	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES COPROLOGICOS	SIM	9364269
145 - 005	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES DE UROANALISE	SIM	9364269
145 - 010	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES EM OUTROS LIQUIDOS BIOLOGICOS	SIM	9364269
145 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES HEMATOLOGICOS E HEMOSTASIA	SIM	9364269
145 - 006	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES HORMONAIS	SIM	9364269
145 - 013	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES IMUNOHEMATOLOGICOS	SIM	9364269
145 - 009	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES MICROBIOLOGICOS	SIM	9364269

Esta é uma cópia impressa do documento oficial. As informações oficiais atualizadas estão disponíveis no site do CNES (<http://cnes.datasus.gov.br>).

Pág. 5 de 9

145 - 003	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES SOROLOGICOS E IMUNOLOGICOS	SIM	9364269
145 - 006	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES TOXICOLOGICOS OU DE MONITORIZACAO TERAPEUTICA	SIM	9364269
174 - 001	IMUNIZACAO	INDIVIDUOS EM GERAL	NÃO	NÃO INFORMADO
158 - 001	SERVICO DE ATENCAO INTEGRAL EM HANSEIASE	SERVICO DE ATENCAO INTEGRAL EM HANSEIASE TIPO I	NÃO	NÃO INFORMADO

Outros		
Nível de hierarquia	Tipo de unidade	Turno de atendimento
	CENTRO DE SAUDE/UNIDADE BASICA	ATENDIMENTOS NOS TURNOS DA MANHA E A TARDE
Hospital avaliado segundo o NBAH do MS		
NÃO		

#### Hospitalar - Leitos

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Data desativação: -- Motivo desativação: --

Esta é uma cópia impressa do documento oficial. As informações oficiais atualizadas estão disponíveis no site do CNES (<http://cnes.datasus.gov.br>).

Pág. 6 de 6

## Centro de Saúde – Natividade da Serra

**CNES** Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde

Ministério da Saúde (MS)  
Secretaria de Atenção à Saúde (SAS)  
Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (DRAC)  
Coordenação-Geral de Sistemas de Informação (COSI)

#### Ficha de Estabelecimento Identificação

Data: 13/11/2021

CNES: 4048946 Nome Fantasia: CENTRO DE SAUDE DE NATIVIDADE DA SERRA CNPJ: --  
Nome Empresarial: PREFEITURA MUNICIPAL DE NATIVIDADE DA Natureza jurídica: ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA  
Logradouro: RUA LINDOLFO F CASTRO Número: 51 Complemento: --  
Bairro: CENTRO Município: 353230 - NATIVIDADE DA SERRA UF: SP  
CEP: 12180-000 Telefone: (12) 3677-1102 Dependência: MANTIDA Reg de Saúde: 0217  
Tipo de Estabelecimento: CENTRO DE SAUDE/UNIDADE BASICA Subtipo: -- Gestão: MUNICIPAL  
Diretor Clínico/Gerente/Administrador: FLAVIA CRISTINA PEREIRA ORTIZ  
Cadastrado em: 02/10/2003 Atualização na base local: 05/10/2021 Última atualização Nacional: 05/11/2021  
Horário de Funcionamento:

#### Caracterização

Atividade ensino/pesquisa	Código/natureza jurídica
UNIDADE SEM ATIVIDADE DE ENSINO	1244 - MUNICIPIO

#### Infraestrutura

Nenhum resultado para a consulta realizada.

#### Atividade

Atividade	Nível de atenção	Gestão
AMBULATORIAL	ATENCAO BASICA	MUNICIPAL

Esta é uma cópia impressa do documento oficial. As informações oficiais atualizadas estão disponíveis no site do CNES (<http://cnes.datasus.gov.br>).

Pág. 1 de 6



Atividade	Nível de atenção	Gestão
AMBULATORIAL	MEDIA COMPLEXIDADE	MUNICIPAL

**Atendimento**

Tipo de atendimento	Convênio
AMBULATORIAL	SUS
SADT	SUS
VIGILANCIA EM SAUDE	SUS

**Fluxo da clientela**

03 - ATENDIMENTO DE DEMANDA ESPONTANEA E REFERENCIADA

**Endereço Complementar**

Nenhum resultado para a consulta realizada.

**Classificação Estabelecimento**

Atividade Principal  
01 - ASSISTENCIA A SAUDE 001 - CONSULTA AMBULATORIAL

Grupo > Atividade Secundária
01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 002 - APLICIO DIAGNOSTICO
01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 008 - ENTREGA/DISPENSACAO DE MEDICAMENTOS
01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 012 - ATENCAO BASICA

Esta é uma cópia impressa do documento oficial. As informações oficiais atualizadas estão disponíveis no site do CNES (http://cnes.datasus.gov.br).

Pág. 2 de 6

**Classificação Estabelecimento Saúde**

016 - AMBULATORIO

**Informações Gerais**

Instalações físicas para assistência

Instalação	Oldo./Consultório	Leitos/Equipamentos
<b>AMBULATORIAL</b>		
CLINICAS BASICAS	3	0
ODONTOLOGIA	1	0
OUTROS CONSULTORIOS NAO MEDICOS	3	0
SALA DE CURATIVO	1	0
SALA DE ENFERMAGEM (SERVICOS)	1	0
SALA DE IMUNIZACAO	1	0
SALA DE NEBULIZACAO	1	0
SALA DE PEQUENA CIRURGIA	1	0
SALA REPOUSO/OBSERVACAO - FEMININO	1	3
SALA REPOUSO/OBSERVACAO - MASCULINO	1	3

Serviços de

Serviço	Característica
CENTRAL DE ESTERILIZACAO DE MATERIAIS	PROPRIO
SERVICO SOCIAL	PROPRIO

Esta é uma cópia impressa do documento oficial. As informações oficiais atualizadas estão disponíveis no site do CNES (http://cnes.datasus.gov.br).

Pág. 3 de 6

**Serviços especializados**

Código	Serviço	Característica	Ambulatorial		Hospitalar	
			SUS	Não SUS	SUS	Não SUS
159	ATENCAO PRIMARIA	PROPRIO	SIM	NAO	NAO	NAO
159	ATENCAO PRIMARIA	PROPRIO	SIM	NAO	NAO	SIM
174	IMUNIZACAO	PROPRIO	SIM	NAO	NAO	SIM
112	SERVICO DE ATENCAO AO PRE-NATAL, PARTO E NASCIMENTO	PROPRIO	SIM	NAO	NAO	NAO
113	SERVICO DE ATENCAO DOMICILIAR	PROPRIO	SIM	NAO	NAO	SIM
114	SERVICO DE ATENCAO EM SAUDE BUCAL	PROPRIO	SIM	NAO	NAO	NAO
115	SERVICO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL	PROPRIO	SIM	NAO	NAO	NAO
119	SERVICO DE CONTROLE DE TABAGISMO	PROPRIO	SIM	NAO	NAO	SIM
122	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	PROPRIO	SIM	NAO	NAO	NAO
126	SERVICO DE FISIOTERAPIA	PROPRIO	SIM	NAO	NAO	NAO
135	SERVICO DE REABILITACAO	PROPRIO	SIM	NAO	NAO	SIM

Comissões e

Descrição

**Serviços e Classificação**

Código	Serviço	Classificação	Terceiro	CNES
119 - 001	SERVICO DE CONTROLE DE TABAGISMO	ABORDAGEM E TRATAMENTO DO FUMANTE	NAO	NAO INFORMADO
112 - 001	SERVICO DE ATENCAO AO PRE-NATAL, PARTO E NASCIMENTO	ACOMPANHAMENTO DO PRE-NATAL DE RISCO HABITUAL	NAO	NAO INFORMADO

Esta é uma cópia impressa do documento oficial. As informações oficiais atualizadas estão disponíveis no site do CNES (http://cnes.datasus.gov.br).

Pág. 4 de 6



113 - 001	SERVICO DE ATENCAO DOMICILIAR	ASSISTENCIA DOMICILIAR	NÃO	NAO INFORMADO
126 - 002	SERVICO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA EM ALTERACOES ONCOLOGICAS	NÃO	NAO INFORMADO
126 - 003	SERVICO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA EM OFTALMOLOGIA	NÃO	NAO INFORMADO
126 - 007	SERVICO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA NAS ALTERACOES EM NEUROLOGIA	NÃO	NAO INFORMADO
126 - 005	SERVICO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA NAS DISFUNCOES MUSCULO ESQUELET	NÃO	NAO INFORMADO
135 - 011	SERVICO DE REABILITACAO	ATENCAO FISIOTERAPEUTICA	NÃO	NAO INFORMADO
159 - 001	ATENCAO PRIMARIA	ATENCAO PRIMARIA	NÃO	NAO INFORMADO
115 - 002	SERVICO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL	ATENDIMENTO PSICOSSOCIAL	NÃO	NAO INFORMADO
114 - 001	SERVICO DE ATENCAO EM SAUDE BUCAL	DENTISTICA	NÃO	NAO INFORMADO
122 - 003	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	EXAME ELETROCARDIOGRAFICO	NÃO	NAO INFORMADO
174 - 001	IMUNIZACAO	INDIVIDUOS EM GERAL	NÃO	NAO INFORMADO
199 - 005	ATENCAO PRIMARIA	SAUDE BUCAL	NÃO	NAO INFORMADO

Outros

Nível de hierarquia	Tipo de unidade	Turno de atendimento
	CENTRO DE SAUDE/UNIDADE BASICA	ATENDIMENTOS NOS TURNOS DA MANHA E A TARDE
Hospital avaliado segundo o NBAH da MS		
NÃO		

Hospitalar - Leitos

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Esta é uma cópia impressa do documento oficial. As informações oficiais atualizadas estão disponíveis no site do CNES (<http://cnes.datasus.gov.br>).
Pág. 5 de 6

Data desativação: -- Motivo desativação: --

Esta é uma cópia impressa do documento oficial. As informações oficiais atualizadas estão disponíveis no site do CNES (<http://cnes.datasus.gov.br>).
Pág. 6 de 6

## 1. GERENCIAMENTO INSTITUCIONAL

O Modelo de Gestão está baseado na definição de estratégias e planos, elaborados conforme o perfil da unidade e necessidades dos clientes, buscando resultados satisfatórios, sendo orientado pelo processo de melhoria contínua.

A Política de Gestão de Pessoas está estruturada de forma a promover a capacitação para as competências adequadas, para que os colaboradores desenvolvam suas atividades de forma segura, eficiente e eficaz.

O Programa de Qualidade a ser implantado seguirá o Modelo de Acreditação ONA, buscando desenvolver estratégias para assegurar ao usuário que todas ações realizadas dentro da unidade estarão voltadas para maximizar os cuidados e benefícios e minimizar os riscos inerentes à ação médico-terapêutica.

Será implantado o modelo para gestão buscando a modernidade, a eficiência e a economia no gerenciamento de recursos, com a proposta de ofertar serviços de saúde com qualidade, assegurar



a gestão da qualidade dos serviços de saúde no atendimento aos usuários, e garantir as boas práticas e a segurança na atenção.

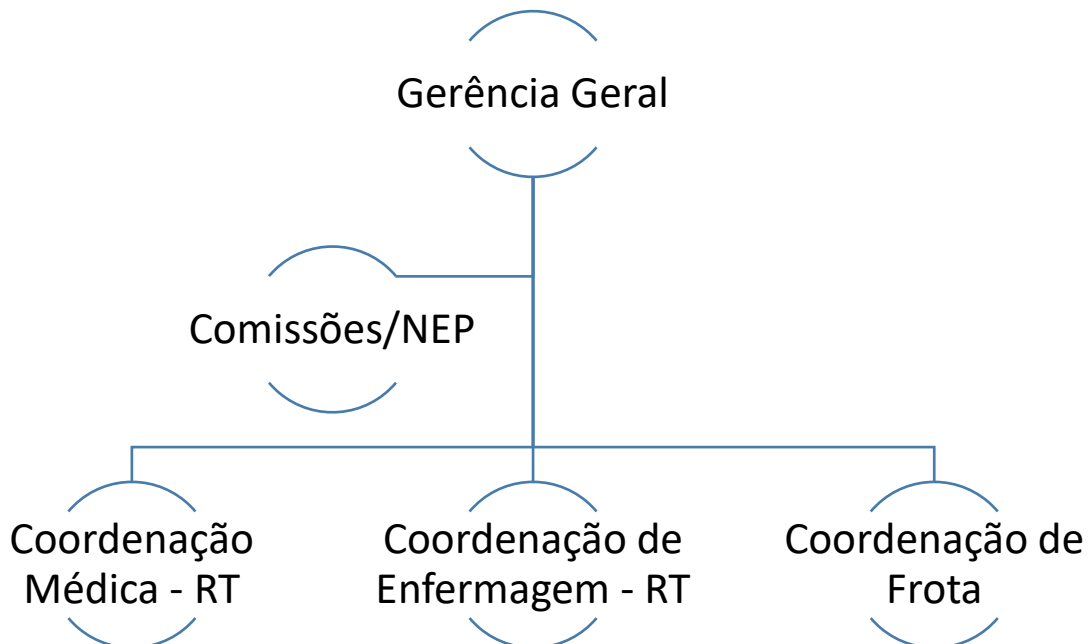
O planejamento de um sistema de monitoração interna e externa da atenção em saúde, através da definição de critérios e padrões, que permita à organização de saúde prevenir, identificar e corrigir os seus erros. Ainda, com o objetivo de poder atuar adequadamente na política pública, na definição de programas de saúde e na prática administrativa. Tais critérios devem ser flexíveis, adaptados às peculiaridades clínicas e organizacionais.

As variáveis organizacionais, a exemplo da estrutura, regras, políticas, objetivos, missão, descrição de cargos e procedimentos operacionais, são fatores que delimitam e fundamentam a cultura da organização e também sua percepção pelos empregados.

### 1.1. Organograma do Serviço

*Proposta de organograma para gerenciamento e execução das atividades relacionadas ao objeto do edital, contendo a atribuição e obrigações de cada membro citado.*

Esta é a proposta de organograma para o Gerenciamento das Atividades Operacionais da Unidade:



#### **ATRIBUIÇÕES E OBRIGAÇÕES:**

Como regra geral, ficará estabelecido aos profissionais contratados pelo Instituto Esperança, que:

- Cumpram as regras estabelecidas em seus respectivos contratos de trabalho;
- Respeitem os horários laborais estabelecidos, atuando de forma eficiente durante a jornada de trabalho;
- Respeitem e façam cumprir a Constituição Federal, a Consolidação das Leis do Trabalho, as Normativas Técnicas estabelecidas para a Unidade e o Código de Ética;
- Não pratiquem, coíbam e reportem, ao Instituto Esperança, todo tipo de segregação, assédio, preconceito ou tratamento indigno aos usuários ou colaboradores do serviço.





### Gerência Geral:

- Atuará como preposto operacional e administrativo do Instituto Esperança, com exclusividade no desenvolvimento do projeto e atendimento das regras contratuais estabelecidas, demonstrando proficiência em planejamento, organização, coordenação, boa relação interpessoal e amplo conhecimento das áreas correlatas e funções da Unidade;
- Gerenciar e implementar as políticas de gestão administrativa, orçamentária, financeira, patrimonial e contábil;
- Gerenciar e implementar as políticas de gestão da logística e infraestrutura e de gestão de pessoas;
- Gerenciar e implementar as ações e serviços do Serviço de Arquivo Médico e Estatística;
- Gerenciar e implementar as ações de Vigilância e Segurança Patrimonial;
- Gerenciar e implementar as ações que mantenham em perfeitas condições de higiene, climatização e conservação as áreas físicas e instalações da Unidade;
- Realizar, anualmente, o inventário de mobiliário e equipamentos contendo condição dos itens;
- Coordenar a elaboração, adequação e a implantação dos manuais, procedimentos e/ou rotinas administrativas da Unidade;
- Acompanhar a aquisição e gestão de suprimentos, mantendo estoque em qualidade e quantidade suficientes de medicamentos, material médico hospitalar e correlatos;
- Acompanhar a utilização das ferramentas informatizadas que permitam monitorar e avaliar os indicadores e metas de desempenho;
- Manter a padronização visual da Unidade de acordo com o previsto em contrato;
- Acompanhar a elaboração e implantação do Mapa de Risco da Unidade, do Projeto e sinalização das Rotas de Fuga, do Programa de Prevenções de Riscos Ambientais PPRA e do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional PCMSO;
- Organizar a Unidades, aplicando critérios e indicadores de qualidade, com foco em Certificações de Qualidade;
- Acompanhar a organização e digitação das informações necessárias para alimentar os sistemas de informação oficiais determinados pelo Contratante;
- Estabelecer periodicidade adequada para visita nas bases descentralizadas, garantindo as condições técnicas e operacionais nos pontos remotos de atendimento;
- Gerenciar as Coordenações, acompanhando suas ações e métodos, de forma a ser guardião das regras trabalhistas e contratuais firmadas;
- Realizar escala de trabalho dos Telefonistas Assistentes de Regulação Médica e dos Rádio operadores.
- Acompanhar a elaboração das escalas da Coordenação de Frota, Coordenação de Enfermagem e Coordenação Médica, avaliando o dimensionamento adequado para funcionamento das Ambulâncias.
- Supervisionar a Coordenação de Frota, Coordenação de Enfermagem e Coordenação Médica, atuando no auxílio do desenvolvimento das atividades e melhoria contínua.
- Reportar ao Instituto Esperança todo fato que possa impactar no gerenciamento, no atendimento assistencial e na manutenção das condições plenas de execução do serviço.

### Comissões

Ficará estabelecido aos membros das Comissões estabelecidas para o serviço, que subsidiem tecnicamente a Gerência Geral do serviço, apresentando informações e fatos operacionais,



respeitando os critérios de constituição do serviço e as atribuições contidas no item 2.1 deste documento.

Os membros das Comissões deverão acompanhar os atos da Coordenação e dos profissionais alocados no serviço, reportando a Gerencia Geral todo fato que esteja em desconformidade com o previsto para o desenvolvimento técnico.

### Núcleo de Educação Permanente

O Núcleo de Educação Permanente – NEP, terá a atribuição de construir propostas de desenvolvimento e capacitação dos profissionais assistenciais do serviço, com objetivo de promover a melhoria da qualidade do atendimento prestado.

- Compete ainda ao NEP:
- Propor e contribuir com o desenvolvimento humano e profissional da equipe assistencial;
- Participar como preposto do Instituto Esperança dos Comitê Gestor;
- Viabilizar os eixos de desenvolvimento de Recursos Humanos e as diretrizes operacionais dos colaboradores;
- Promover a discussão da política de formação e desenvolvimento dos trabalhadores;
- Coordenar e organizar a formação de Grupos Temáticos Específicos, promovendo a discussão, o alinhamento conceitual e o diagnóstico prévio das necessidades de desenvolvimento.
- Coordenar, organizar e apoiar as demandas de treinamento encaminhadas pelos coordenadores.
- Promover programas de formação e educação continuada na forma de treinamento em serviço a fim de atender ao conjunto de necessidades diagnosticado em cada região, fundamentando o modelo pedagógico na problematização de situações;
- Capacitar os recursos humanos envolvidos em todas as dimensões da assistência.
- Estimular a criação de equipes multiplicadoras em cada região, que possam implementar a educação continuada nos serviços de urgência;
- Congregar os profissionais com experiência prática em urgência, potencializando sua capacidade educacional;
- Desenvolver e aprimorar de forma participativa e sustentada as políticas públicas voltadas para a área da urgência;
- Certificar anualmente e revalidando a cada dois anos os profissionais atuantes nos diversos setores relativos ao atendimento das urgências.
- Conhecer e divulgar a missão, visão, valores e políticas internas do serviço;
- Elaborar projetos educativos, bem como material didático para apoio institucional;
- Identificar necessidades de treinamento e desenvolvimento profissional dos colaboradores em conjunto com os gerentes;
- Garantir a aplicação e tabulação da Avaliação de Reação ao término de cada treinamento, para posteriormente realizar análise crítica e dar retorno para o instrutor;
- Realizar avaliação de eficácia dos treinamentos;
- Garantir o preenchimento das folhas de presença;
- Elaborar relatório semestral de treinamento para o Ministério da Saúde;
- Garantir que os treinamentos estão sendo fotografados;
- Enviar ofícios de solicitação de local e convites para treinamentos;
- Realizar treinamentos nas bases descentralizadas do SAMU;
- Cumprir checklist de realização de evento;
- Acompanhar o desempenho dos treinamentos junto aos colaboradores;



- Participar do processo seletivo e integração de colaboradores recém contratados;
- Construir o Programa de Desenvolvimento Individual para os mesmos, baseado nas necessidades que forem detectadas;
- Construir o cronograma de treinamento baseado no Levantamento de Necessidades de Treinamento (LNT);
- Construir o cronograma anual de treinamento (PAT);
- Aprovar a metodologia de todo e qualquer conhecimento que será aplicado aos colaboradores;
- Capacitar Instrutores técnicos;
- Prestar apoio logístico em treinamentos institucionais internos e externos;
- Buscar convênios com instituições visando projetos de ensino, pesquisa e estágios;
- Coordenar os horários e avaliações das instituições de ensino que realizam visita técnica ao SAMU;
- Participar de comissões técnicas multidisciplinares contribuindo com o seu conhecimento, quando solicitado pelo seu gerente;
- Participar em equipe multidisciplinar de projetos voltados aos usuários/pacientes e colaboradores;
- Realizar atividades administrativas relativas ao cargo como organização e digitação de documentos, preenchimento de formulários, ofícios, elaboração de relatórios gerenciais, pareceres, estatísticas, fluxogramas, instruções de trabalho, construção de protocolos;
- Elaborar e aplicar treinamentos voltados à comunidade;
- Aplicar prova prática e teórica de acordo com o fluxo estabelecido para contratação;
- Manter e zelar pelos equipamentos pertencentes ao NEP.

### Coordenação de Enfermagem – Responsável Técnico

#### **Gerenciamento de equipe**

- Estruturar, organizar, coordenar, supervisionar e orientar toda equipe de enfermagem sob a responsabilidade, visando unificar e sistematizar a assistência de Enfermagem, a fim de assegurar assistência adequada aos pacientes;
- Atuar na mobilização ou desmobilização do projeto implicando na movimentação de funcionários pela unidade da região cuidando da identificação individual, guarda e controle dos documentos pessoais, etc. Pode, eventualmente, atuar como Preposto da empresa frente a ações trabalhistas, mediante orientações;
- Supervisionar e acompanhar a qualidade da assistência prestada dos seus colaboradores;
- Acompanhar e fiscalizar o desenvolvimento da equipe;
- Manter registro funcional de todos os colaboradores de enfermagem com certidão de regularidades atualizada sob sua responsabilidade;
- Acompanhar e fiscalizar o uso de EPI's de seus colaboradores.
- Zelar pelo bom estado e conservação dos Equipamentos Públicos, orientando o trabalho de seus colaboradores;
- Acompanhar as ocorrências registradas pela equipe de enfermagem;
- Passar visita técnica em todos os locais sob sua responsabilidade;
- Desenvolver o programa de reuniões e canal aberto com a equipe de Enfermagem;
- Desenvolver programas de atendimento humanizado juntamente com as outras Unidades do Município;
- Orientar e acompanhar a organização, limpeza e disciplina, incluindo serviços de limpeza, visando seu bom desempenho e contribuição para os resultados da empresa;



- Periodicamente preparar relatórios e mapas demonstrativos sobre o desempenho da área para apreciação do superior;
- Cumprir e fazer cumprir todos os dispositivos legais da profissão de Enfermagem;
- Desenvolver e estimular o relacionamento cordial entre a equipe de enfermagem, administrativa e demais profissionais da Instituição;
- Zelar pela equipe de enfermagem, propagando o sentido da responsabilidade profissional entre os seus membros.
- Acompanhar a evolução dos indicadores, tomando ações corretivas se necessário, no que tange as áreas sob sua Coordenação.

#### ***Desenvolvimento de atividades técnicas***

- Elaborar, implantar e/ou implementar, e atualizar regimento interno, manuais de normas e rotinas, procedimentos, protocolos, e demais instrumentos administrativos de Enfermagem;
- Responsabilizar-se pelo Serviço de Enfermagem;
- Executar o dimensionamento do Quadro de Enfermagem, atualizando-o anualmente no planejamento estratégico;
- Supervisionar a descrição e a atualização regular de normas, rotinas e procedimentos técnicos;
- Analisar e avaliar os cuidados de enfermagem prestados aos pacientes;
- Desenvolver o planejamento estratégico anual, mensurando o seu cumprimento;
- Colaborar com as Diretorias Técnica, Clínica e Gestão Administrativa;
- Interagir com os demais Serviços de apoio para facilitar e agilizar o atendimento ao paciente;
- Acompanhar e fiscalizar as evoluções e anotações de enfermagem;
- Acompanhar e fiscalizar registros e checagem nas evoluções e prescrições médicas;
- Prever materiais, medicamentos e equipamentos necessários ao funcionamento das diversas Unidades, junto às Chefias de Serviços;
- Incentivar a elaboração e a divulgação dos indicadores de qualidade em todas as Unidades e acompanhar os resultados;
- Fiscalizar as Metas dos Indicadores de Qualidade pertinentes a enfermagem;
- Desenvolver programas de auditoria dos processos de Enfermagem;
- Instituir e programar o funcionamento da Comissão de Ética de Enfermagem, quando couber, de acordo com as normas do Conselho Federal de Enfermagem;
- Assegurar o pleno e autônomo funcionamento da Comissão de Ética em Enfermagem;
- Manter as informações necessárias e atualizadas de todos os profissionais de Enfermagem que atuam na empresa/instituição, com os seguintes dados: nome, sexo, data do nascimento, categoria profissional, número do RG e CPF, número de inscrição no Conselho Regional de Enfermagem, endereço completo, contatos telefônicos e endereço eletrônico, assim como das alterações como: mudança de nome, admissões, demissões, férias e licenças, devendo fornecê-la semestralmente, e sempre quando lhe for solicitado, pelo Conselho Regional de Enfermagem;
- Informar, de ofício, ao representante legal do estabelecimento de saúde e ao Conselho Regional de Enfermagem situações de infração à legislação da Enfermagem, tais como: Profissionais sem inscrição ou com inscrição vencida no Conselho Regional de Enfermagem, inclusive quanto à inadimplência perante o Conselho Regional de Enfermagem, bem como aquele afastado por impedimento legal, pessoal sem formação na área de Enfermagem, exercendo atividades de Enfermagem no estabelecimento, profissional de Enfermagem exercendo atividades ilegais previstas em Legislação do Exercício Profissional de Enfermagem, Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e Código Penal Brasileiro;
- Intermediar, junto ao Conselho Regional de Enfermagem, a implantação e funcionamento de Comissão de Ética de Enfermagem;
- Colaborar com todas as atividades de fiscalização do Conselho Regional de Enfermagem, bem como atender a todas as solicitações ou convocações que lhes forem demandadas pela Autarquia.
- Manter a CRT em local visível ao público, observando o prazo de validade;



- Colaborar com as atividades da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA), Serviço de Educação Continuada e demais comissões instituídas na instituição;
- Promover a qualidade e desenvolvimento de uma assistência de Enfermagem segura para a sociedade e profissionais de Enfermagem, em seus aspectos técnicos e éticos, fazendo cumprir a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE;
- Responsabilizar-se pela implantação/implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), conforme legislação vigente;
- Assegurar que a prestação da assistência de enfermagem a pacientes graves seja realizada somente pelo Enfermeiro e Técnico de Enfermagem, conforme Lei nº 7.498/86 e o Decreto nº 94.406/87;
- Garantir que o registro das ações de Enfermagem seja realizado conforme normas vigentes;
- Garantir que o estágio curricular obrigatório e o não obrigatório sejam realizados, somente, sob supervisão do professor orientador da instituição de ensino e enfermeiro da instituição cedente do campo de estágio, respectivamente, e em conformidade a legislação vigente;
- Comunicar ao Conselho Regional de Enfermagem e a Instituição, quando impedido de cumprir o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, a legislação do Exercício Profissional, atos normativos do Conselho Regional de Enfermagem, comprovando documentalmente ou na forma testemunhal, elementos que indiquem as causas e/ou os responsáveis pelo impedimento;
- Promover, estimular ou proporcionar, direta ou indiretamente, o aprimoramento, harmonizando e aperfeiçoando o conhecimento técnico, a comunicação e as relações humanas, bem como a avaliação periódica da equipe de Enfermagem;
- Caracterizar o Serviço de Enfermagem por meio de Diagnóstico Situacional e consequente Plano de Trabalho que deverão ser apresentados à empresa/instituição e encaminhados ao Conselho Regional de Enfermagem no prazo de 90 (noventa) dias a partir de sua efetivação como Responsável Técnico e posteriormente a cada renovação da CRT;
- Participar no planejamento, execução e avaliação dos programas de saúde da empresa/instituição/ensino em que ocorrer a participação de profissionais de Enfermagem.
- Proibir as propagandas de medicamentos e representantes farmacêuticos dentro do estabelecimento de saúde;
- Garantir o fluxo de informações sobre os pacientes internados entre os diferentes plantonistas. Em casos em que não for possível fazê-lo, devem acionar seus superiores do Estabelecimento de Saúde;
- Disponibilizar livro ou meio digital para registro de ocorrências da equipe de enfermagem;
- Informar imediatamente a gestão da Unidade qualquer necessidade de adequação e implantação de fluxos e protocolos;
- Realizar relatório mensal sobre todas as atividades de enfermagem desenvolvidas na Unidade;
- Exercer a função de mediador, esclarecendo as partes interessadas, em eventual conflito de posições, visando harmonizar os membros da enfermagem e outros profissionais com a estrutura técnica administrativa da unidade assistencial em face dos postulados éticos e morais.

#### **Coordenação de escala dos colaboradores**

- Supervisionar e elaborar escala de serviço/plantão, atribuições e planejar cronograma de férias;
- Elaborar a escala mensalmente;
- Organizar a escala de plantonistas, zelando para que a mesma esteja de acordo com as legislações vigentes, durante as 24 horas de funcionamento da instituição;
- Controlar e autorizar troca de plantões, mediante solicitação e documentação;
- Fiscalizar presença de colaboradores;
- Orientar colaboradores quanto a escala;
- Solicitar cobertura quando necessário.



### **Planejamento qualitativo**

- Participar, junto ao NEP, de treinamentos sistematizados, bem como do desenvolvimento de programas de educação para saúde;
- Convocar e presidir reuniões com a sua equipe de enfermagem, registrando em atas;
- Manter intercâmbio com a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, objetivando o controle de infecção, dentro dos parâmetros preconizados;
- Indicar um representante, ou participar efetivamente das comissões relacionadas a sua área;
- Informar, orientar as normas do instituto elaboradas a serem implantadas;
- Zelar pelo cumprimento do Código de Ética de Enfermagem.

### **Acompanhamento Administrativo**

- Cadastrar o Colaborador no sistema informatizado;
- Supervisionar e controlar o registro de frequência diariamente (verificar todas as batidas, conforme escala de trabalho);
- Lançar Atestados Médicos;
- Lançar justificativas e faltas;
- Imprimir folhas de pontos de todos os Colaboradores no encerramento do mês, colher assinatura do Colaborador e Coordenador, digitalizar e encaminhar ao RH até segundo dia útil cada mês;
- Supervisionar e acompanhar o controle de assiduidade e pontualidade dos colaboradores;
- Supervisionar e acompanhar a chegada e saída dos colaboradores;
- Supervisionar e acompanhar o registro de ponto dos colaboradores.
- Alimentar planilha de Resumo de Frequência com todas as informações (faltas, corte de horas faltas, plantões extras, plantões realizados, trocas de plantões, atestados, etc.; e encaminhar ao RH no segundo dia útil de cada mês);
- Encaminhar mensalmente ao RH as folhas de ponto originais, devidamente assinadas pelos colaboradores e coordenadores (para arquivamento) até o dia 15 de cada mês.

### **Participação no processo de seleção e dispensa de pessoal**

- Auxiliar no anúncio da vaga juntamente ao departamento de Recursos Humanos;
- Auxiliar no recolhimento de currículos;
- Auxiliar na triagem de currículos;
- Direcionar o candidato no preenchimento do documento “Inscrição para a vaga”;
- Entrevistar, avaliar o candidato;
- Preencher a planilha de recrutamento e seleção;
- Preencher a aba “Resultado” da ficha de inscrição de cada colaborador;
- Enviar via e-mail devolutivo com o resultado de cada candidato;
- Realizar a junção de toda documentação e encaminhar ao RH.
- Realizar a solicitação do pedido de dispensa ao setor de recursos humanos;
- Realizar a junção dos documentos de dispensa;
- Selecionar duas testemunhas para acompanhamento;
- Anunciar o desligamento ao colaborado de acordo com a justificativa cabível respeitando a legislação vigente e as normas da instituição;
- Recolher assinaturas nos documentos de dispensa (informativo de dispensa, agendamento de exame de dispensa, comunicado de comparecimento para homologação);
- Acompanhar o colaborador até sua saída da unidade (aviso prévio indenizado);
- Fiscalizar a conduta do colaborador até seu último dia trabalhado na Unidade.

### **Fiscaliza o serviço, aplica punições:**

- *Cumprimento do Regulamento de Recursos Humanos*



- Interpretar o regulamento;
- Esquadrinhar informações no regulamento;
- Fiscalizar o cumprimento do regulamento de Recursos Humanos;
- Compartilhar da missão, visão e princípios da instituição para com os colaboradores, bem como as metas contratuais;
- Aplicar punição ao descumprimento.
- Realizar a coleta de documentos fundamentando a aplicação de punição, observando sempre a legislação vigente e as normas da instituição;
- Solicitar consultoria via e-mail ao departamento de Recursos Humanos e Jurídico;
- Preparar documento de punição, respeitando a legislação trabalhista;
- Selecionar duas testemunhas para acompanhamento;
- Realizar a aplicação da punição.
- Aplicar avaliação de desempenho contrato de experiência;
- Aplicar avaliação de desempenho contratual anualmente;
- Realizar o feedback aos colaboradores, com a finalidade de melhorias ao departamento e coletar assinatura;

#### **Cumprimento da Ordem de Serviço de Saúde e segurança do trabalho:**

- Fazer cumprir todas as normas expedidas pelo empregador e descrita na ordem de serviço;
- Buscar todas as condições inseguras presentes no ambiente ao supervisor imediato;
- Fiscalizar o uso de equipamento de proteção individual indicado para cada função;
- Fiscalizar o uso de equipamento de proteção coletiva;
- Fiscalizar a ordem, disciplina, higiene e segurança no trabalho;
- Observar as normas da NR – 32, com a finalidade de minimizar os riscos à saúde da equipe de Enfermagem;
- Orientar colaboradores que estiverem em situação de risco;
- Auxiliar a medicina ocupacional na aplicação das normas regulamentadoras;
- Avaliar os riscos, antes da execução das atividades dos colaboradores.

#### **Coordenação de Medicina – Responsável Técnico**

- O responsável técnico, nos termos da lei, é o responsável perante os Conselhos Regionais de Medicina, autoridades sanitárias, Ministério Público, Judiciário e demais autoridades pelos aspectos formais do funcionamento do estabelecimento assistencial que represente.
- Zelar pelo cumprimento das disposições legais e regulamentares em vigor;
- Assegurar condições dignas de trabalho e os meios indispensáveis à prática médica, visando ao melhor desempenho do corpo clínico e dos demais profissionais de saúde, em benefício da população, sendo responsável por faltas éticas decorrentes de deficiências materiais, instrumentais e técnicas da instituição;
- Assegurar o pleno e autônomo funcionamento das Comissões de Ética Médica;
- Certificar-se da regular habilitação dos médicos perante o Conselho de Medicina, bem como sua qualificação como especialista, exigindo a apresentação formal dos documentos, cujas cópias devem constar da pasta funcional do médico perante o setor responsável, aplicando-se essa mesma regra aos demais profissionais da área da saúde que atuem na instituição;
- Organizar a escala de plantonistas, zelando para que não haja lacunas durante as 24 horas de funcionamento da instituição, de acordo com regramento da Resolução CFM nº 2.056, de 20 de setembro de 2013;
- Tomar providências para solucionar a ausência de plantonistas;
- Nas áreas de apoio ao trabalho médico, de caráter administrativo, envidar esforços para assegurar a correção do repasse dos honorários e do pagamento de salários, comprovando



documentalmente as providências tomadas junto das instâncias superiores para solucionar eventuais problemas;

- Assegurar que as condições de trabalho dos médicos sejam adequadas no que diz respeito aos serviços de manutenção predial;
- Assegurar que o abastecimento de produtos e insumos de quaisquer naturezas seja adequado ao suprimento do consumo do estabelecimento assistencial, inclusive alimentos e produtos farmacêuticos, conforme padronização da instituição;
- Cumprir o que determina a Resolução CFM nº 2056/2013, no que for atinente à organização dos demais setores assistenciais, coordenando as ações e pugando pela harmonia intra e interprofissional;
- Cumprir o que determina a norma quanto às demais comissões oficiais, garantindo seu pleno funcionamento;
- Assegurar que as propagandas institucionais obedeçam ao disposto na Resolução CFM nº 1.974, de 14 de julho de 2011, ou aquela que a suceder;
- Assegurar que os médicos que prestam serviço no estabelecimento assistencial médico, independente do seu vínculo, obedeçam ao disposto no Regimento Interno da instituição;
- Assegurar que as pessoas jurídicas que atuam na instituição estejam regularmente inscritas no CRM;
- Assegurar que os convênios na área de ensino sejam formulados dentro das normas vigentes, garantindo seus cumprimentos.
- Não contratar médicos formados no exterior sem registro nos Conselhos de Medicina.
- Pela supervisão de suas auditorias, seja garantida a qualidade dos serviços prestados, notadamente a vigilância sobre o uso de materiais, insumos e equipamentos utilizados nos procedimentos médicos;
- Nenhuma troca de informações entre o contratante, o qual ele representa, e prestadores de serviços médicos sejam realizados por terceiros, obrigando-se a ser o responsável pelas tratativas com os contratados seja em que cenário for que envolva o ato médico;
- Para que sejam asseguradas, quando houver prestação direta de assistência através de serviços médicos próprios, suas perfeitas condições de funcionamento, quer seja diretamente, se for também seu diretor técnico, ou por meio do diretor técnico designado, podendo se dirigir ao diretor clínico quando a instituição assistencial médica deste dispuser;
- Pelo respeito aos protocolos e diretrizes clínicas baseados em evidências científicas;
- Pela verificação da condição de regularidade de seus contratados, quer pessoa física, quer pessoa jurídica, perante os Conselhos Regionais de Medicina;
- Para que não sejam realizadas auditorias a distância.
- Zelar pelo cumprimento das disposições legais e regulamentos em vigor relacionados à assistência médica na instituição;
- Assegurar condições dignas de trabalho e os meios indispensáveis à prática médica, visando o melhor desempenho do Corpo Clínico e demais profissionais de saúde, em benefício da população usuária da instituição;
- Assegurar o pleno e autônomo funcionamento das Comissões de Ética dos hospitais;
- Garantir a investidura nos cargos de diretor clínico e vice-diretor clínico os médicos eleitos pelos demais membros do corpo clínico;
- Estimular todos os seus subordinados, de qualquer profissão, a atuar dentro de princípios éticos;
- Impedir que, por motivos ideológicos, políticos, econômicos ou qualquer outro, um médico seja proibido de utilizar das instalações e recursos da instituição, particularmente quando se trata da única na localidade.

#### Coordenação de Frota

- Fazer cumprir com as Normas Institucionais e Regimento Interno;





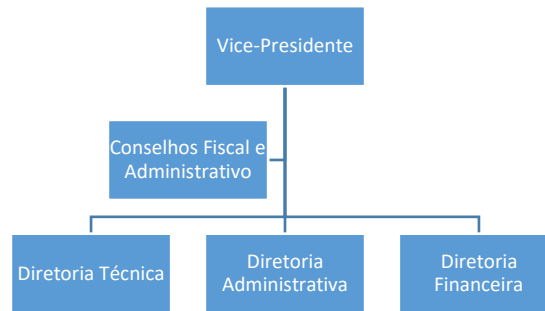
- Estabelecer metas para redução de custos gerais na utilização da frota de veículos, e avaliar necessidades de renovação em conjunto com o Gerente Geral;
- Elaborar os procedimentos operacionais referentes à manutenção e utilização das Unidades Móveis;
- Realizar a gestão dos profissionais com relação ao controle de utilização dos veículos;
- Acompanhar e controlar todo processo de seguro da frota e os sinistros;
- Apresentar relatório mensal sobre consumo de combustível;
- Apresentar relatório mensal sobre gastos com peças;
- Apresentar relatório mensal sobre gastos com manutenção;
- Administrar as receitas e custos de inspeção;
- Acompanhar indicadores da área;
- Elaborar planejamento estratégico para otimizar os processos de manutenção preventiva e corretiva;
- Comparecer a reuniões conforme a necessidade da empresa;
- Acompanhar e supervisionar o desenvolvimento dos processos de trabalho;
- Organizar arquivos de documentos relacionados a frotas;
- Elaborar planilhas relacionadas à manutenção dos veículos;
- Acompanhar o tempo de execução de serviços de manutenção, recebimento dos veículos quando necessário;
- Conferir os serviços realizados para que não ocorra a baixa de viatura por problemas mecânicos;
- Controlar os documentos e recebimentos de multas da frota do SAMU;
- Coordenar e supervisionar os processos relativos à administração e disponibilização dos veículos da frota;
- Fazer cumprir as metas estabelecidas pela empresa;
- Realizar a implementação de novos processos, recebimento e preparação dos carros novos e controle de veículos, abastecimento, lavagem, movimentação e utilização da frota;
- Elaborar os procedimentos operacionais referentes à manutenção e utilização das Unidades Móveis;
- Elaborar o plano anual de manutenção e utilização da frota;
- Realizar o planejamento de escalas, férias, absenteísmo e materiais para as operações das Unidades Móveis;
- Solicitar orçamentos nas oficinas credenciadas por Compras/Contratos;
- Desenvolver as ações de contingência para todos os casos de baixas de Unidades Móveis;
- Realizar a gestão dos profissionais com relação ao controle de utilização dos veículos;
- Realizar todo controle de abastecimento das Unidades Móveis;
- Realizar todo controle de documentação e de registro das Unidades Junto ao DETRAN. Abrangendo licenciamento, controle de multas e todas as demais necessidades em conformidade com as características de Unidade de Atendimento Móvel de Urgência;
- Acompanhar e controlar todo processo de seguro da frota e os sinistros;
- Realizar o controle do sistema de rastreamento das Unidades Móveis.

## 1.2. Organograma da Entidade

*Organograma para suporte assistencial do projeto, relacionando os membros da entidade que subsidiarão as ações do projeto, contendo a atribuição e obrigações de cada membro citado.*

Considerando todos os aspectos que envolvem o gerenciamento operacional e administrativo do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência do Vale do Paraíba e Região Serrana, o Instituto Esperança apresenta sua proposta de estrutura diretiva, com os membros da instituição que atuarão subsidiando as decisões da equipe alocada para o desenvolvimento do projeto.





#### *Vice-Presidente*

- Auxiliar o Presidente no desempenho de suas funções, substituí-lo nas suas ausências e impedimentos e executar as funções que lhe forem atribuídas;
- Administrar e zelar pelos fundos e patrimônio do Instituto;
- Manter rigorosamente em dia toda a parte financeira, apresentando os balanços e previsões orçamentárias ao Diretor Presidente e ao Conselho de Administração;
- Efetuar as despesas autorizadas na forma prevista neste Estatuto Social, bem como o acompanhamento do cumprimento do orçamento anual;
- Ter sob sua guarda, todos os valores, documentos contábeis, administrativos e de pessoal, livros de escrituração do Instituto;
- Apresentar mensalmente à Diretoria, e divulgar aos associados, quando determinado pelo Estatuto Social ou pela Diretoria, o balanço financeiro e patrimonial e relatório anual da administração;
- Elaborar a previsão de receitas e despesas;
- Responsabilizar-se pela contratação, demissão, regime disciplinar, às normas de apuração de responsabilidades e às penalidades dos associados e contratados;
- Efetivar o pagamento de salários e/ou benefícios e vantagens para os empregados;
- Implementar e manter política de recursos humanos compatível com o mercado;
- Implementar e manter política de compras zelando pela economicidade, transparência, impessoalidade das transações.

#### *Conselho Administrativo*

- Fixar o âmbito de atuação da entidade, para consecução do seu objetivo;
- Deliberar sobre as linhas gerais das políticas, diretrizes e estratégias do Instituto, orientando a diretoria administrativa no cumprimento de suas atribuições;
- Eleger o Presidente do Conselho;
- Proceder a substituição de membros natos para cumprimento de contrato de gestão, substituindo-os por membros indicados pelo poder público, na proporção fixada pelo Estatuto Social;
- Aprovar a proposta do contrato de gestão do Instituto com o Poder Público;
- Examinar e aprovar e, quando for o caso, remeter ao órgão supervisor da execução do Contrato de Gestão os seguintes documentos:
  - A proposta de orçamento, o programa de investimentos e o plano de ação para execução das atividades do Instituto;
  - Relatórios de atividades, com os respectivos balancetes;
  - A prestação de contas e o relatório anual de gestão do Instituto;
  - Na avaliação de contratos, convênios ou outros instrumentos de ajuste e as análises gerenciais cabíveis.
- Aprovar a proposta de orçamento do Instituto e o programa de investimentos;
- Eleger a Diretoria Administrativa e o Presidente da Diretoria e indicar os critérios e condições para dispensa da Diretoria para a Assembleia Geral



- Fixar a remuneração dos membros da Diretoria, de forma que o seu valor mensal conjunto não ultrapasse 4% (quatro por cento) dos repasses mensais realizados pelo Poder Público, além dos limites individuais estabelecidos nos contratos de gestão;
- Acolher e divulgar a alteração dos estatutos e a extinção da entidade, por maioria, no mínimo, de 2/3 de seus membros;
- Aprovar, por maioria, no mínimo, de dois terços de seus membros, o regimento interno da entidade, que deve dispor, no mínimo, sobre a estrutura, forma de gerenciamento, os cargos e respectivas competências;
- Aprovar por maioria, no mínimo, de 2/3 (dois terços) de seus membros, o regulamento próprio contendo os procedimentos que deve adotar para a contratação de obras, serviços, compras e alienações e o plano de cargos, salários e benefícios dos empregados da entidade, que não poderá ultrapassar o limite de 90% (noventa por cento) da maior remuneração paga aos membros da diretoria;
- Aprovar e encaminhar, ao órgão superior da execução do contrato de gestão, os relatórios gerenciais e de atividades da entidade, elaboradas pela Diretoria;
- Fiscalizar o cumprimento das diretrizes e metas definidas e aprovar os demonstrativos financeiros e contábeis e as contas anuais, com auxílio de auditoria externa;
- Remeter ao Ministério Público processo em que se apure a responsabilidade de membro da Diretoria por crime contra o patrimônio público sob a administração do Instituto.
- Pronunciar-se sobre assuntos que lhe forem submetidos pela diretoria executiva do Instituto.
- Pronunciar-se sobre denúncia que lhe for encaminhada pela sociedade civil em relação a gestão e aos serviços sob a responsabilidade do Instituto, adotando todas as providências cabíveis.

#### *Conselho Fiscal*

- Examinar os livros e a escrituração da entidade;
- Opinar sobre os balanços e relatórios de desempenho financeiro e contábil e sobre operações patrimoniais realizadas, emitindo pareceres à diretoria e à Assembleia Geral;
- Requisitar ao tesoureiro, a qualquer tempo, documentação comprobatória das operações econômico-financeiras realizadas pela entidade;
- Contratar e acompanhar o trabalho de eventuais auditores externos independentes.

#### *Diretoria Técnica*

- Elaborar em equipe, o planejamento das atividades do Instituto e os projetos a serem executados pelo mesmo;
- Organizar e divulgar projetos, programas e planos de ações;
- Acompanhar a execução dos projetos e programas;
- Estabelecer critérios para monitoramento e avaliação dos resultados dos projetos em execução;
- Estabelecer critérios para formação e treinamento do pessoal;
- Elaborar relatórios gerenciais sobre o andamento dos projetos;
- Elaborar planejamento anual dos projetos a serem executados;
- Supervisionar as atividades em andamento para execução dos projetos;
- Elaborar relatório anual dos projetos desenvolvidos.

#### *Diretoria Financeira*

- Planejar, organizar, dirigir e controlar as atividades financeiras da empresa.
- Fixar políticas de ação e acompanhar seu desenvolvimento, assegurando o cumprimento dos objetivos e metas estabelecidos.
- Realizar o gerenciamento completo da área administrativa e financeira da empresa.
- Gestão do patrimônio da empresa e compras administrativas.



- Coordenar as atividades da tesouraria e da controladoria.
- Planejar, analisar e acompanhar as execuções orçamentárias, de custo e estudos econômico-financeiros.
- Gerir as áreas contábil, financeira e fiscal, realizar análise e apuração de impostos, acompanhar rotinas fiscais, contábil, obrigações trabalhistas e previdenciárias.

#### *Diretoria Administrativa*

- Coordenar a elaboração e apresentação da prestação de contas perante os órgãos públicos, por meio da preparação e análise dos relatórios, buscando atender a legislação vigente.
- Controlar e coordenar a renovação dos documentos legais da Entidade (CRM, CRA, CMDCA, COMAS, CRO, e CNDS - setor fiscal), bem como alvarás e dados do Corpo de Bombeiros, visando manter a regularização da documentação da Entidade junto aos órgãos competentes.
- Coordenar e orientar as ações do responsável pelo arquivo de documentos da Entidade, através do acompanhamento e controle periódico das atividades, buscando manter a ordem do setor.
- Elaborar atas de reuniões da diretoria e das assembleias dos associados, mediante participação nas reuniões, observando e anotando as informações apresentadas pelos componentes, com o objetivo de registrar formalmente as decisões da diretoria.
- Coordenar reuniões com chefias e diretorias, bem como supervisionar a qualidade dos serviços prestados no administrativo, através do agendamento e orientação das reuniões, como também de visitas periódicas, visando promover a avaliação mensal das ações e resultados.
- Responsabilizar-se pelo controle do patrimônio da entidade, através do acompanhamento das respectivas ações, junto ao coordenador do setor, visando à consolidação anual, bem como a disponibilização dos documentos à contabilidade e auditoria externa.
- Elaborar relatórios mensais das atividades administrativas, mediante avaliação de desempenho e do andamento das ações, encaminhando-os à diretoria, com o objetivo de realizar a prestação de contas junto ao presidente.
- Coordenar, orientar e exigir dos responsáveis dos setores administrativos, o cumprimento de suas funções, responsabilidades e das Circulares Normativas pertinentes à área administrativa, através de reuniões e visitas, realizando a cobrança do cumprimento das normas da Entidade, bem como do bom desempenho das funções, visando manter a ordem dos setores, como também incentivar o treinamento e busca contínua pela melhoria dos processos.
- Executar outras tarefas correlatas à área.

#### 1.3. Política de Gestão de Pessoas

*Política de recursos humanos a ser implementada na unidade, contendo o plano de cargos e salários, métodos de recrutamento e seleção e métodos de avaliação.*

#### MISSÃO

A área de Recursos Humanos / Gestão de Pessoas terá como missão cuidar das suas políticas, atender com eficiência e rapidez, contribuindo para o bem-estar dos nossos colaboradores, através dos processos relacionados a recrutamento e seleção, capacitação e desenvolvimento, cargos e salários, administração de pessoal, segurança e medicina ocupacional.

A política de Recursos Humanos / Gestão de Pessoas é composta por uma série de diretrizes que servirão como guia para que se faça a gestão dos funcionários de forma estratégica, com o objetivo de alcançar as metas traçadas para o negócio.

É a partir dela que se estabelece condutas para o dia a dia organizacional. Dessa forma, fica mais fácil cumprir os objetivos e aprimorar o desenvolvimento.



#### RECRUTAMENTO E SELEÇÃO:

Estabelece as regras relacionadas ao ingresso de novos colaboradores, desde a abertura das vagas até a efetivação. Em algumas situações, traz especificidades como o recrutamento interno, que prioriza os atuais funcionários para as oportunidades em aberto.

Trata dos documentos necessários, etapas, pessoas envolvidas, prazos, etc.

#### TREINAMENTO E DESENVOLVIMENTO:

Estabelece a maneira como a instituição investe para desenvolver seus colaboradores, desde os programas de treinamento introdutório até os de formação continuada.

Nessa política, a instituição estabelece regras relacionadas a elegibilidade, disponibilidade orçamentária, formas de treinamento (presencial, à distância), quantidade de horas, etc.

#### BENEFÍCIOS:

Especifica tudo o que for relacionado a oferta de benefícios. Deixa claros os direitos dos colaboradores, bem como seus deveres. Trata de aspectos relacionados a convênio médico, auxílio refeição, vale transporte, reconhecimento, etc.

Especifica prazos, condições e características dos benefícios, que compõem a remuneração total do colaborador.

#### CARGOS E SALÁRIOS:

Define quais as faixas de remuneração para cada cargo na instituição, estabelece o desenho de sua hierarquia interna e também de que maneira o colaborador pode ter crescimento vertical ou horizontal ao longo de seu tempo de trabalho.

Pode tratar também de aspectos relacionados ao reajuste salarial, acompanhando indicadores de mercado.

#### DESLIGAMENTO:

Deixa clara quais são as regras para que um colaborador possa ser desligado, de acordo com os princípios legais e também corporativos.

Muitos gestores não tem clareza sobre como conduzir esse processo, que é um dos mais desafiantes dentro de qualquer organização. As regras ajudam a manter as mesmas decisões em casos similares e reduzem os riscos de conflitos posteriores.

#### NORMAS E ROTINAS DA GESTÃO DE PESSOAS

- Efetuar a apuração da frequência diária dos funcionários, por meio adotado pela sede ou pelo Equipamento sob contrato de gestão;



- Mensalmente, receber, dos responsáveis pelas unidades, relatório apontando as ocorrências de frequência de seus funcionários, para análise e justificativas;
- Receber, dos responsáveis pelas unidades, os relatórios de frequência, com as devidas justificativas e comprovantes de ausência ou falta ao trabalho, e proceder aos acertos apontados;
- Receber, dos responsáveis pelas unidades, as Autorizações/Acordo para Realização de Horas Extras, devidamente aprovadas pelo Dirigente Geral do Serviço de Saúde, e apurar as horas trabalhadas;
- Efetuar o fechamento dos dados de frequência no final de cada mês e encaminhar para processamento da folha de pagamento;
- Mensalmente, receber, dos responsáveis pelas unidades, relatórios com a quantidade de horas extras trabalhadas, para acompanhamento e controle;
- Organizar a documentação recebida e manter em pastas apropriadas, para futura fiscalização do Ministério do Trabalho.

#### OBRIGAÇÕES GERAIS DOS FUNCIONÁRIOS/COLABORADORES

- Os colaboradores irão registrar a frequência, diariamente, conforme mecanismos definidos pela Instituição de Saúde, observando os critérios e os requisitos aqui estabelecidos:
- Comunicar, de imediato, ao respectivo chefe imediato, toda ocorrência de frequência, se possível com antecedência. Caso não seja possível comunicar a ausência ou a falta, solicitar a um parente ou pessoa de sua confiança que o faça;
- Nos casos de ausências ou faltas, apresentar, no retorno ao trabalho, o respectivo comprovante, quando houver;
- A chefia imediata irá gerenciar a assiduidade dos funcionários com registro efetivo da frequência;
- A chefia imediata irá receber dos funcionários e analisar os comprovantes de ausência ou falta no trabalho, encaminhando-os conforme os conceitos das ocorrências no registro da frequência;
- A chefia imediata mensalmente enviará ao Núcleo de Gestão de Pessoas, relatório contendo as ocorrências de frequências de seus funcionários, emitir parecer, anexar os comprovantes, assinar e devolver, no máximo, no primeiro dia útil seguinte;
- A chefia imediata irá colher assinatura do funcionário, no caso de ausências injustificadas, registrando sua ciência do fato;
- A chefia imediata irá emitir o formulário Autorização/Acordo para Realização de Horas Extras em uma via, colher a assinatura do funcionário, obter a aprovação do Gestor da Área;
- A chefia imediata irá encaminhar o formulário Autorização/Acordo para Realização de Horas Extras ao Núcleo de Gestão de Pessoas, até o primeiro dia útil subsequente ao da realização;
- A chefia imediata irá enviar, mensalmente, ao Núcleo de Gestão de Pessoas o relatório com a quantidade de horas extras trabalhadas, para acompanhamento e controle.

#### Método de Recrutamento e Seleção

CLÁUSULA 1ª - As seguintes diretrizes, editadas nos termos do art. 37 da Constituição Federal de 1988 e demais normas correlatas, especialmente a Lei nº. 9.637/98 modulada pelo Supremo Tribunal Federal (na ADI nº.1.923) e da Lei Complementar Estadual nº 489/09 tem por finalidade estabelecer as diretrizes que nortearão os procedimentos de contratação de pessoal pelas Entidades do Terceiro Setor (Organizações Sociais de Saúde).



§1º. As Organizações Sociais de Saúde estabelecerão procedimentos de contratações de pessoal nos termos previstos nas leis de incidência e nos seus atos constitutivos alinhando-se às diretrizes e aos princípios constantes deste normativo.

CLÁUSULA 2ª - Todos os procedimentos de contratação de pessoal subordinam-se aos seguintes princípios e diretrizes, de observância obrigatória e ponderada, e destinam-se a promover os objetivos sociais da Organizações Sociais de Saúde, a valorizar a governança administrativa e os princípios constitucionais aplicáveis à Administração Pública, em especial:

I- a impessoalidade;

II- a isonomia;

III- ao julgamento objetivo.

IV- a transparência;

V- a probidade;

VI- a moralidade e a boa-fé;

VII- a publicidade;

VIII- a legalidade;

CLÁUSULA 3ª - A contratação de pessoal será precedida de procedimentos que observem os princípios e as diretrizes estabelecidas na CLÁUSULA 2ª, conforme dispuser o regulamento da Organização Social de Saúde.

CLÁUSULA 4ª - Nenhuma contratação de pessoal será feita sem a definição das características, qualificação técnica e demais elementos indispensáveis ao perfeito entendimento pelos interessados do posto vago a ser preenchido.

CLÁUSULA 5ª - Em todos os seus procedimentos a Organização Social de Saúde privilegiará, observado o disposto na CLÁUSULA 2ª, a instrumentalidade das formas e as finalidades processuais, bem assim os seus interesses e objetivos.

CLÁUSULA 6ª - Os procedimentos de contratação evidenciarão, inclusive para efeito de controle interno e externo, as seguintes etapas, quando o caso:

I – procedimentos preparatórios;

II – divulgação de instrumento convocatório;

III – aplicação de métodos de seleção simplificados, impessoais e objetivos;

IV – análise técnica por meio de títulos para adequação à função designada, de acordo com o previsto no instrumento convocatório;

VI – declaração do(s) participante(s), por meio público e transparente e estabelecimento de lista de aprovados que não foram classificados dentro do número previsto de vagas;

VII – contratação do(s) participante(s) aprovado(s) e classificado(s);

CLÁUSULA 7ª - O processo de contratação de pessoal será precedido de prévia divulgação de convocação que garanta iguais condições de disputa aos interessados, com definição e publicidade de critérios objetivos de classificação.



CLÁUSULA 8ª - O instrumento de convocação deverá ser divulgado em veículo de grande circulação, a critério da Organização Social, segundo os limites da amplitude da delimitação territorial de onde deverá ser feita a contratação.

CLÁUSULA 9ª - O instrumento de convocação é o meio formal que estipula os critérios utilizados para a contratação de pessoal, bem como a sua vigência, os prazos de recurso, em havendo, e das decisões, os prazos de contratação e demais regras adotadas para o procedimento de seleção em específico.

CLÁUSULA 10 - O instrumento de convocação deverá prever a forma como as inscrições e o recrutamento serão feitos, se presencialmente e/ou online.

CLÁUSULA 11 - O instrumento de convocação deverá estipular, claramente, datas e prazos para as inscrições juntamente com toda a documentação necessária à apresentação.

CLÁUSULA 12 - O instrumento de convocação deverá esclarecer o prazo de vigência do processo de seleção a que se refere.

CLÁUSULA 13 - O procedimento de seleção deverá ser impessoal, estabelecendo critérios objetivos de seleção, como tempo de formação ou de experiência específica na área de interesse, títulos ou prova.

CLÁUSULA 14 - A estrutura da seleção, bem como o estabelecimento dos critérios objetivos, caberá à Organização Social, devendo ser divulgado com antecedência no instrumento convocatório.

CLÁUSULA 15 - Os requisitos de qualificação para exercício da atividade deverão ser especificados no instrumento convocatório.

CLÁUSULA 16 - O instrumento convocatório deverá prever as condições especiais e os tratamentos que lhes serão dispêndidos, como as lactantes, os deficientes físicos e demais condições especiais que mantenham a compatibilidade com o cargo pleiteado.

CLÁUSULA 17 - O instrumento convocatório deverá esclarecer as condições para a aprovação e para a classificação.

CLÁUSULA 18 - A lista dos candidatos aprovados e a lista dos candidatos classificados deverá ser disponibilizada, atendendo aos princípios da publicidade e da transparência.

CLÁUSULA 19 - O instrumento convocatório deverá trazer os requisitos obrigatórios para a contratação, de forma clara e que conserve a impessoalidade sem restringir a concorrência de indivíduos devidamente capacitados.

CLÁUSULA 20 - O instrumento convocatório deverá trazer o seu prazo estimado de validade.

CLÁUSULA 21 - O instrumento convocatório deverá trazer a previsão e o procedimento do recurso.

CLÁUSULA 22 - A Organização Social de Saúde, sem prejuízo dos seus mecanismos de controle interno para acompanhamento e fiscalização dos procedimentos de contratação, manterá disponíveis os processos respectivos para consulta ampla e fiscalização.

Parágrafo Único: As medidas previstas no caput não excluem as providências relacionadas à prestação de contas a que se sujeita a Entidade;





## Métodos de Avaliação

O setor de Recrutamento e Seleção é responsável por controlar os contratos / períodos de experiência, devendo enviar para ao gestor da área a avaliação de desempenho do colaborador antes do término de cada período experimental e cobrar o retorno do documento no prazo determinado.

### **Avaliação de Desempenho do Período de Experiência**

- O gestor da área é responsável pela avaliação do novo colaborador, utilizando as ferramentas “Avaliação de Desempenho do Período de Experiência de 45 (quarenta e cinco) dias” e “Avaliação de Desempenho do Período de Experiência de 90 (noventa) dias”.
- Avaliação no Período de Experiência de 45 (Quarenta E Cinco) Dias.
- O gestor deverá dar feedback constante ao novo colaborador;
- Aprovação: prorrogação do período de experiência por mais 45 (quarenta e cinco) dias;
- Reprovação: desligamento.

### **Avaliação no Período de Experiência de 90 (Noventa) Dias.**

- O gestor deverá dar feedback constante ao novo colaborador;
- Aprovação: efetivação sem restrições, mas com a possibilidade de iniciar um plano de desenvolvimento individual, considerando as competências técnicas e comportamentais;
- Reprovação: desligamento.

### **Avaliação de Desempenho Anual**

- Avaliação de desempenho será elaborada e coordenada anualmente pelo setor de Capacitação e Desenvolvimento, e deverá ser aplicada em todos os colaboradores pelos seus gestores, considerando as competências específicas conforme descrição de cargo e os seguintes aspectos:
  - Capacidade de aprender e assimilar novas ideias;
  - Qualidade de trabalho, grau de perfeição e atenção com que executa seu trabalho;
  - Quantidade de trabalho e produtividade;
  - Relacionamento, maneira de agir;
  - Assiduidade e pontualidade, responsabilidade com horários e comprometimento;
  - Espírito de equipe, interesse em conhecer e participar dos assuntos relativos ao seu trabalho e aos do seu setor.
- Avaliação do colaborador a respeito do seu setor de trabalho, considerando os seguintes aspectos:
  - Quanto às informações recebidas para o desenvolvimento de seu trabalho;
  - Quanto a materiais e equipamentos por ele utilizados;
  - Quanto à comunicação com os gestores;
  - Quanto à integração na equipe de trabalho;
  - Quanto à satisfação na realização das tarefas e atividades.

### **Etapas para aplicação da avaliação de desempenho:**

- Preparação dos gestores para serem agentes multiplicadores do processo;
- Apresentação da ferramenta para os colaboradores;
- Aplicação das Avaliações.



- Análise crítica dos resultados e definição de planos de ação.

### Análise dos resultados

- Finalidade: identificação dos fatores desmotivantes e talentos adormecidos;
- Quando tratar-se de colaboradores de níveis de comando, as ações deverão ser alinhadas com a Superintendência e Diretoria da área;
- Para situações que afetam diretamente os setores, as ações deverão ser definidas com o Superior Imediato para que tenha mais clareza sobre os aspectos que requerem sua atenção, tanto no que se refere às suas atitudes, quanto em relação às atitudes dos colaboradores sob sua responsabilidade.
- Feedback para o colaborador para que ele tenha uma percepção mais segura quanto à visão que seus avaliadores têm em relação às suas atitudes, desenvolvimento profissional e a própria atuação na equipe.
- Alinhar as ações ao cronograma de treinamento e a programas que estimulem o desenvolvimento dos profissionais.

### Modelo de Avaliação de Desempenho

Avaliação de desempenho do contrato de experiência.		
COLABORADOR:		
CARGO:		
RESPONSÁVEL TÉCNICO:		
<b>INSTRUÇÕES</b> 1. Antes de iniciar o preenchimento deste questionário, leia o com atenção e compreenda a finalidade de cada pergunta. Em caso de dúvida procure esclarecimentos com o seu superior imediato ou com o nosso pessoal de Recursos Humanos. 2. Este questionário pode ser preenchido à mão, preferivelmente em letra de firma.		
_____ DATA	_____ ASSINATURA DO RESPONSÁVEL TÉCNICO.	
<b>INSTITUTO ESPERANÇA</b> CNPJ: 10.779.749/0001-32 AV. ITÁLIA, 928 1º ANDAR SALA 1508 JARDIM DAS NAÇÕES CEP: 12030-212 TAUBATÉ/SP TELEFONE: (12) 3621-3844 / (12) 3631-4372 <a href="http://www.iespe.org.br">www.iespe.org.br</a> <a href="mailto:institutoesperanca@iespe.org.br">institutoesperanca@iespe.org.br</a>		
		

*B*

### **1. INTRODUÇÃO**

A avaliação de desempenho visa aferir o resultado do trabalho do empregado em período de experiência referente ao prosseguimento de sua relação de trabalho com o IESP.

### **2. OBJETIVO DA AVALIAÇÃO**

Fornecer os elementos objetivos e formais que possibilitem a avaliação do desempenho do empregado no período do contrato de experiência, visando confirmar ou não a prorrogação de seu contrato de trabalho por tempo indeterminado, sob o prisma de que o processo seletivo, por si só, não define, e nem permite, conhecer todo o potencial dos profissionais.

### **3. COMO AVALIAR**

A avaliação será feita pela chefia imediata do empregado.

Caso a chefia imediata esteja ausente no período proposto no cronograma para realização das avaliações, caberá ao seu substituto interino a realização das avaliações, desde que tenha acompanhado o profissional a ser avaliado, desde o início de suas atividades.

### **4. ESCALA DE DESEMPENHO**

Os fatores de avaliação serão mensurados numa escala de 4 (quatro) níveis de desempenho. De acordo com o total de pontos obtidos, o avaliado será alocado em um dos 5 (cinco) resultados de desempenho, sendo eles:

1. Insuficiente – O empregado não alcança o padrão descrito, nem demonstra interesse ou capacidade para alcançá-lo (de 10 a 18 pontos).
2. Fraco – O empregado não alcança o padrão descrito, mas apresenta interesse no desenvolvimento das atribuições (de 19 a 23 pontos).
3. Razoável – O empregado atende parcialmente ao padrão de desempenho descrito. (de 24 a 28 pontos).
4. Bom – O empregado enquadra-se no padrão descrito (29 a 34 pontos).
5. Excelente – O empregado está acima do padrão descrito, destacando-se significativamente dos demais servidores (acima de 34 pontos).

## **INSTITUTO ESPERANÇA**

CNPJ: 10.779.749/0001-32  
AV ITÁLIA, 928 15º ANDAR SALA 1508 JARDIM DAS NAÇÕES CEP: 12030-212 TAUBATÉ-SP.  
TELEFONE: 12 3621-3844 / 3631-4372  
[www.iespe.org.br](http://www.iespe.org.br)  
[institutoesperanca@iespe.org.br](mailto:institutoesperanca@iespe.org.br)



**5. FATORES DE AVALIAÇÃO**

Fatores	Níveis de desempenho			
	4	3	2	1
<b>Apresentação Pessoal - Impressão que o colaborador transmite em relação a postura profissional e maneira de se vestir, uso correto de identificação, uniforme e outros.</b>	( ) Possui excelente apresentação pessoal e postura profissional, conforme parâmetros estabelecidos para a profissão	( ) Porta-se adequadamente aos parâmetros estabelecidos para a profissão quanto a apresentação pessoal e postura profissional.	( ) Dificilmente se porta adequadamente aos parâmetros estabelecidos para a profissão quanto a apresentação pessoal e postura profissional.	( ) Porta-se sempre de maneira inadequada quanto aos parâmetros estabelecidos para a profissão em relação a apresentação pessoal e postura profissional.
<b>Produtividade/ Qualidade de Trabalho: Volume de trabalho realizado em determinado tempo - Eficiência/Eficácia</b>	( ) Executa grande volume de trabalho em pouco tempo e com elevada Qualidade	( ) Executa com qualidade o trabalho dentro do prazo estipulado	( ) Executa o trabalho dentro do prazo, mas com pouca qualidade	( ) Não executa o trabalho no prazo e a qualidade deixa a desejar
<b>Conhecimento do Trabalho: "Expertise", pericia na função exercida</b>	( ) Domina os conhecimentos sobre o trabalho.	( ) Tem conhecimento suficiente sobre o trabalho	( ) Às vezes lhe faltam conhecimentos sobre o trabalho	( ) Frequentemente demonstra ter pouco conhecimento sobre o trabalho
<b>Cooperação: Presteza e capacidade de ajudar e se relacionar com os colegas da equipe.</b>	( ) Tem excelente desempenho em equipe e sempre se oferece para ajudar os colegas.	( ) Trabalha bem em equipe e colabora normalmente com os colegas.	( ) Não costuma trabalhar bem em equipe ou ajudar os colegas.	( ) Nunca trabalha bem em equipe ou se dispõe a ajudar os colegas
<b>Iniciativa: Capacidade de identificar novas tarefas, projetos e problemas e se prontificar a assumi-los.</b>	( ) Está sempre procurando novas soluções para os problemas e projetos a desenvolver.	( ) Às vezes procura desenvolver novos projetos ou solucionar problemas.	( ) Raramente tem iniciativa de buscar novos projetos ou identificar problemas	( ) Nunca procura desenvolver novos projetos ou identificar problemas que possa solucionar.
<b>Relacionamento Interpessoal: Capacidade de se relacionar bem com os colegas, promovendo um bom ambiente de trabalho.</b>	( ) Sempre se relaciona muito bem com os colegas e contribui enormemente para o bom ambiente de trabalho.	( ) Relaciona-se normalmente com os colegas e não costuma se envolver em conflitos	( ) Tem relacionamento razoável com os colegas, mas às vezes se envolve em conflitos	( ) Nunca se relaciona bem com os colegas e frequentemente se envolve em conflitos.
<b>Aprendizagem: Facilidade de aprender novos métodos de trabalho.</b>	( ) Demonstra excepcional facilidade em aprender e dominar rapidamente novos métodos de trabalho	( ) Aprende normalmente novos métodos de trabalho	( ) Às vezes apresenta dificuldade em aprender novos métodos de trabalho	( ) Sempre apresenta grandes dificuldades no aprendizado de novos métodos de trabalho
<b>Hierarquia e Disciplina: Capacidade de respeitar e cumprir ordens que lhe são transmitidas.</b>	( ) Sempre cumpre com respeito e dedicação as ordens que lhe são transmitidas	( ) Cumpre normalmente e a contento as ordens que lhe são transmitidas	( ) Às vezes apresenta dificuldade em lidar com seu superior hierárquico e em cumprir suas ordens	( ) Nunca cumpre as ordens e frequentemente desrespeita seu superior hierárquico
<b>Assiduidade e Pontualidade</b>	( ) Apresenta ótimos índices de assiduidade no trabalho e é pontual nos compromissos	( ) Raramente falta ao trabalho, sendo as raras ausências justificadas, e é geralmente pontual nos compromissos	( ) Frequentemente falta ao trabalho sem justificar sua ausência e raramente é pontual nos compromissos	( ) Quase nunca está presente no trabalho, não justifica suas faltas e nunca é pontual nos compromissos.
<b>Atendimento ao usuário: Maneira como lida com a clientela da instituição, seja ela paciente ou acompanhante.</b>	( ) Atende o cliente de maneira humanizada com presteza emitindo a imagem da instituição junto ao cliente	( ) Atende o cliente de maneira profissional com presteza e dedicação sem ocorrência de reclamações por parte da clientela	( ) Atende o cliente com pouco profissionalismo gerando, às vezes, reclamações por parte dos usuários	( ) Atende o cliente de forma desinteressada e sem profissionalismo, gerando muitas reclamações por parte dos usuários

**INSTITUTO ESPERANÇA**

 CNPJ: 10.779.749/0001-32  
 AV ITÁLIA, 928 15º ANDAR SALA 1508 JARDIM DAS NAÇÕES CEP: 12030-212 TAUBATÉ-SP.  
 TELEFONE: 12 3621-3844 / 3631-4372  
[www.iespe.org.br](http://www.iespe.org.br)  
[institutoesperanca@iespe.org.br](mailto:institutoesperanca@iespe.org.br)



Os fatores de avaliação serão mensurados numa escala de 4 (quatro) níveis de desempenho. De acordo com o total de pontos obtidos, o avaliado será alocado em um dos 5 (cinco) resultados de desempenho, sendo eles:

1. Insuficiente - O empregado não alcança o padrão descrito, nem demonstra interesse ou capacidade para alcançá-lo (de 10 a 18 pontos).
2. Fraco - O empregado não alcança o padrão descrito, mas apresenta interesse no desenvolvimento das atribuições (de 19 a 23 pontos).
3. Razoável - O empregado atende parcialmente ao padrão de desempenho descrito. (de 24 a 28 pontos).
4. Bom - O empregado enquadra-se no padrão descrito (29 a 34 pontos).
5. Excelente - O empregado está acima do padrão descrito, destacando-se significativamente dos demais servidores (acima de 34 pontos).

Não terá o contrato prorrogado por prazo indeterminado o empregado que apresentar resultado de desempenho **INSUFICIENTE**, ao final do processo de avaliação de desempenho. O resultado final desta avaliação de desempenho não será utilizado para fins de progressão ou promoção funcional.

**INSTITUTO ESPERANÇA**

CNPJ: 10.779.749/0001-32  
AV ITALIA, 928 15º ANDAR SALA 1508 JARDIM DAS NAÇÕES CEP: 12030-212 TAUBATÉ-SP.  
TELEFONE: 12 3621-3844 / 3631-4372  
[www.iespe.org.br](http://www.iespe.org.br)  
[institutoesperanca@iespe.org.br](mailto:institutoesperanca@iespe.org.br)



#### 1.4. Dimensionamento de Recursos Humanos

*Quadro de Profissionais que serão contratados para desenvolvimento de todas as ações propostas no Plano de Trabalho, dimensionados por setor de atuação, contendo previsão de escalas, forma de contratação, horário e salário.*



Este é o Quadro de Profissionais, estimado pelo Instituto Esperança, para o gerenciamento e operacionalização do serviço proposto.

Setor de Atuação	Previsão de Escala	Horário	Quantidade	Regime de Contratação	Salário Base
ASSISTENTE DE RH	Escala 5x2 - 40h semanais	08:00/17:00h	1	CLT	R\$ 2.561,50
CONDUTOR DE VEICULO DE URGÊNCIA	Escala 12h x 36h	07:00/19:00h	39	CLT	R\$ 2.074,66
	Escala 12h x 36h	19:00/07:00h	38	CLT	R\$ 2.074,66
COORD. DE ENFERMAGEM	Escala 5x2 - 40h semanais	13:00/22:00h	1	CLT	R\$ 4.368,64
ENFERMEIRO	Escala 12h x 36h	07:00/19:00h	3	CLT	R\$ 3.342,00
	Escala 12h x 36h	19:00/07:00h	2	CLT	R\$ 3.342,00
ENFERMEIRO NEP/NEU	20hs semanais	a definir	1	CLT	R\$ 3.342,00
FARMACÊUTICO	Escala 5x2 - 40h semanais	08:00/17:00h	1	CLT	R\$ 3.027,58
RADIO OPERADOR	Escala 12h x 36h	07:00/19:00h	3	CLT	R\$ 1.707,79
	Escala 12h x 36h	19:00/07:00h	3	CLT	R\$ 1.707,79
SUPERVISOR ADMINISTRATIVO INTERNO	Escala 5x2 - 40h semanais	08:00/17:00h	1	CLT	R\$ 4.262,34
SUPERVISOR DE FROTA	Escala 5x2 - 40h semanais	07:00/16:00h	1	CLT	R\$ 3.458,10
TELEFONISTA ASSISTENTE DE REGULAÇÃO MÉDICA	Escala 6x1 - 36h semanais	06:00/12:15h	3	CLT	R\$ 2.049,35
	Escala 6x1 - 36h semanais	12:00/18:15h	3	CLT	R\$ 2.049,35
	Escala 6x1 - 36h semanais	18:00/00:15h	3	CLT	R\$ 2.049,35
	Escala 6x1 - 36h semanais	00:00/06:15h	2	CLT	R\$ 2.049,35
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	Escala 12h x 36h	07:00/19:00h	36	CLT	R\$ 2.049,35
	Escala 12h x 36h	19:00/07:00h	35	CLT	R\$ 2.049,35
COORDENADOR MÉDICO - RT	20hs semanais	a definir	1	PJ	R\$ 18.000,00
DIRETOR CLINICO	20hs semanais	a definir	1	PJ	R\$ 12.000,00
MÉDICO INTERVENCIÓNISTA	12hs semanais	07:00/19:00h	7	PJ	R\$ 6.000,00
	12hs semanais	19:00/07:00h	7	PJ	R\$ 6.000,00
MÉDICO REGULADOR	12hs semanais	07:00/19:00h	14	PJ	R\$ 6.000,00
	12hs semanais	19:00/07:00h	14	PJ	R\$ 6.000,00

### 1.5. Regimento Interno

*Proposta de Regimento Interno, prevendo as garantias definidas pela Legislação, pelas Convenções Coletivas de cada categoria de profissionais mencionada e o Código de Ética; Prever o desenvolvimento das ações operacionais, determinando parâmetros e rotinas.*

### INTRODUÇÃO

O Instituto Esperança se obriga a realizar o cumprimento da Constituição Federal e da Consolidação das Leis do Trabalho, assegurando aos seus profissionais os direitos adquiridos por meio das Convenções Coletivas de Trabalho articuladas por meio dos Sindicatos de Categorias.

**Artigo 1º.** O presente Regimento Interno de Recursos Humanos institui as diretrizes norteadoras das relações trabalhistas entre o empregado, neste instrumento identificado como Funcionário e o Empregador, **INSTITUTO ESPERANÇA**, identificado como **IESP**.

**Artigo 2º.** O Regimento Interno de Recursos Humanos tem por objetivo estabelecer as diretrizes da Política e da Gestão de Recursos Humanos com vistas a contribuir para a eficiência, eficácia e efetividade dos Projetos e Programas desenvolvidos pela Instituição.

### CAPÍTULO I

#### Do Quadro de Pessoal

**Artigo 3º.** O Quadro de Pessoal do **IESP** constitui-se por Funcionários, contratados por prazo determinado e indeterminado, bem como para o exercício de função de confiança nos termos da



Consolidação das Leis Trabalhista - CLT, profissionais Autônomos (Regime de Prestação Autônomo – RPA) e Consultores.

**Artigo 4º.** O Quadro de Pessoal do **IESP** dependerá dos convênios e/ou contratos firmados com instituições públicas e privadas, nacionais e internacionais, especificados em planos de trabalho, planos de implementação e projetos aprovados.

**Artigo 5º.** O contrato de trabalho será firmado entre as partes, Funcionário e **IESP**, por escrito, observando a legislação em vigor.

**Artigo 6º.** O emprego no **IESP** é acessível a todos os brasileiros e estrangeiros que preencham os requisitos estabelecidos em Anúncio ou Edital de Seleção, na forma da Lei.

**Artigo 7º.** O presente regimento fundamenta o Contrato de Trabalho dos Funcionários do **IESP**.

## **CAPÍTULO II**

### **Da Admissão**

**Artigo 8º.** A admissão no **IESP** dependerá da prévia aprovação em processo seletivo constituído de: triagem, análise de currículo, provas, dinâmica de grupo e/ou entrevistas, e avaliação psicológica de acordo com a natureza e complexidade da função, inclusive para o provimento às vagas caracterizadas como função de confiança ou livre provimento, exceto para os casos de contratação de consultor especializado, cuja avaliação se dará por meio da análise de currículo e notório saber.

**§ 1º.** A aplicação dos critérios constantes do *caput* do artigo deve considerar ainda, oferta e demanda do profissional no mercado de trabalho em saúde, educação, assistência social, e todos os demais previstos no estatuto social da instituição

**§ 2º.** O prazo de validade dos processos seletivos será de 1 (um) ano, podendo ser prorrogado por até igual período. A exceção será indicada em Anúncio/Edital conforme a natureza e complexidade da função.

**Artigo 9º.** A admissão e a rescisão contratual são atos delegados e privativos da Supervisão de Recrutamento e Seleção e da Supervisão de Gestão de Pessoas, respectivamente, ambas da Coordenação de Recursos Humanos do **IESP**, observada a legislação em vigor.

**Artigo 10º.** É vedada a admissão de parente (irmão/ã, pai, mãe, filho/a e cônjuge) de Funcionário pertencente ao Quadro de Pessoal do **IESP**, para trabalhar na mesma unidade institucional e/ou vincular-se hierarquicamente.

**Artigo 11º.** É vedada a readmissão de ex-funcionários que tenham sido demitidos por justa causa.

## **CAPÍTULO III**

### **Da Demissão**

**Artigo 12º.** A demissão de Funcionário do **IESP** ocorrerá nas seguintes condições:

- a) Durante o período de experiência, observada a recomendação da chefia, após processos de Avaliação de Desempenho;
- b) A pedido do funcionário;
- c) Por solicitação da chefia, podendo ser caracterizada como:



Sem justa causa;

Com justa causa: A validação desta demissão será avaliada pela Supervisão de Gestão de Pessoas Do IESP, após orientação da Assessoria Jurídica.

Parágrafo Único: Todo funcionário, após a demissão, tem direito à Entrevista Demissional, a ser realizada pela Supervisão de Avaliação de Desempenho e Clima Institucional.

#### **CAPÍTULO IV**

##### **Do Horário de Trabalho**

**Artigo 13º.** O início e o fim de cada jornada diária, inclusive o intervalo para refeição, será registrado em Folha de Frequência, ou em Ponto Eletrônico, conforme o caso.

**§ 1º.** O horário de entrada e saída do Funcionário será o indicado no Contrato de Trabalho e Folha de Frequência. No caso de necessidade de alteração de horário, a unidade deverá comunicar à Supervisão de Gestão de Pessoas do **IESP**.

**§ 2º.** O registro do horário de trabalho feito por ou para terceiros constitui-se em FALTA GRAVE, estando seus responsáveis sujeitos à demissão por JUSTA CAUSA.

**§ 3º.** - O registro do horário de trabalho deverá ser feito considerando o estabelecido no Contrato de Trabalho. Após registro, prontamente identificar-se e uniformizar-se para o início de suas atividades.

**Artigo 14º.** O Funcionário não poderá alterar seu horário de trabalho, nem os dias de folga, sem a prévia autorização da chefia imediata.

Parágrafo Único: A não observância do presente artigo implicará na aplicação de penalidade prevista em lei.

#### **CAPÍTULO V**

##### **Da Prorrogação da Jornada de Trabalho**

**Artigo 15º.** O Funcionário será obrigado a prorrogar sua jornada de trabalho se ocorrerem as seguintes hipóteses:

- a) Motivo de força maior;
- b) Para a realização ou conclusão de serviços inadiáveis ou cuja inexecução possa acarretar prejuízo manifesto.

**Artigo 16º.** Salvo os casos previstos no artigo anterior, é vedado ao Funcionário prorrogar sua jornada de trabalho sem autorização expressa da chefia imediata.

Parágrafo Único: A chefia imediata deverá apresentar à Supervisão de Gestão de Pessoas da Coordenação de Recursos Humanos do **IESP**, no prazo de 24 (vinte e quatro) horas após sua realização, os motivos e justificativas de prorrogação da jornada de trabalho do Funcionário.

#### **CAPÍTULO VI**

##### **Da Folga**

**Artigo 17º.** A folga semanal será concedida ao Funcionário de acordo com a escala de folgas elaborada pela chefia imediata.





**Artigo 18º.** As folgas mensais dos Funcionários que trabalham em regime de plantão, serão concedidas de acordo com a escala de folga elaborada pela chefia imediata.

## **CAPÍTULO VII**

### **Das Ausências ao Trabalho**

**Artigo 19º.** Somente serão aceitas as ausências ao trabalho sem prejuízo do salário, aquelas previstas nos termos do Artigo 473 da CLT e Convenção Coletiva de Trabalho da devida categoria.

**Artigo 20º.** As faltas injustificadas e os atrasos ao trabalho acarretarão os descontos legais, ficando o funcionário sujeito às penalidades previstas em lei.

**Artigo 21º.** A falta ao trabalho deverá ser previamente comunicada à chefia para que seja providenciada a necessária substituição, quando for o caso.

**Artigo 22º.** A saída antecipada durante o horário de trabalho deverá ser autorizada pela chefia imediata.

## **CAPÍTULO VIII**

### **Dos Atestados Médicos**

**Artigo 24º.** Os atestados médicos não poderão conter rasuras ou alterações de nenhuma espécie.

**§ 1º.** Os atestados emitidos pelos médicos contratados pelo **IESP** somente serão aceitos para os profissionais que moram na área de abrangência da unidade, com exceção dos casos de acidentes de trabalho.

**§ 2º.** As declarações decorrentes de acompanhamento de familiares ao médico serão avaliadas pelo gestor responsável da Unidade.

**§ 3º.** Os atestados deverão ser entregues à chefia imediata no prazo de 48 horas após o período de afastamento. Após este período não devem ser aceitos e as ausências ao trabalho serão descontadas como falta injustificada.

## **CAPÍTULO IX**

### **Das Férias**

**Artigo 25º.** Após cada período de 12 (doze) meses de vigência do Contrato de Trabalho, o Funcionário terá direito a até 30 dias de férias, nos termos dos artigos 129 a 149 da CLT, e respectivas alterações.

**Artigo 26º.** As férias serão concedidas por ato da **IESP**, observando a escala de férias, em um só período, nos 6 (seis) meses subsequentes à data em que o Funcionário tiver adquirido o direito às mesmas, observando a **Norma Interna de Férias do IESP**.

**§ 1º:** As férias deverão seguir escala sem prejuízo do serviço e serem aprovadas pela chefia imediata.

**§ 2º:** O Funcionário deverá apresentar-se ao interlocutor de RH da sua unidade munido da Carteira de Trabalho, com 10 (dez) dias de antecedência ao início das férias, a fim de que seja efetuada a necessária anotação.

**§ 3º.** Para cancelamento ou alteração de programação de férias, as solicitações deverão ser feitas formalmente, através de e-mail e pelo gestor responsável com a devida validação da Supervisão de



Gestão de Pessoas, também por e-mail, com 40 (quarenta) dias antes do início das férias, conforme orientação da Norma Interna de Férias do IESP.

**Parágrafo Único:** É terminantemente proibido gozar as férias antes do término do período aquisitivo.

## **CAPÍTULO X**

### **Dos Direitos dos Funcionários**

**Artigo 27º.** São direitos dos Funcionários:

I – Recebimento dos salários até o 5º dia útil de cada mês, através de depósito bancário em conta corrente;

II – Aplicação dos reajustes legais dos salários, observando-se os dissídios e os planos de trabalho;

III – Interrupção do trabalho para descanso e alimentação, nos termos da lei, a ser pactuada com a chefia, observando-se as seguintes condições:

a) 1 (uma) hora de intervalo para o Funcionário que cumpre jornada de trabalho superior a 6 (seis) horas diárias;

b) 15 (quinze) minutos de intervalo para o Funcionário que cumpre jornada de trabalho de até 6 (seis) horas diárias;

IV. Gozo de férias anuais, concedidas de acordo com as regras contidas na Norma Interna de Férias do IESP.

V – Recebimento dos benefícios especificados no CAPÍTULO XI do presente regimento;

VI - É garantido ao Funcionário o direito à livre Associação Sindical, Contribuição

Associativa.

VII – É direito do Funcionário ser avaliado formalmente pela chefia no primeiro e no segundo período de experiência e anualmente.

VIII. É direito do Funcionário participar da Pesquisa de Clima Institucional.

**Artigo 28º.** Os Funcionários do IESP terão direito aos seguintes benefícios:

a) Legais;

b) Assistenciais.

**§ 1º** - Os benefícios legais são aqueles previstos em lei, dissídios coletivos e por acordos coletivos da categoria profissional.

**§ 2º** - O benefício do Vale Transporte poderá ser solicitado por meio de preenchimento de formulário de Solicitação de Vale Transporte pelo Funcionário, quando da Admissão, ou junto ao interlocutor de RH da unidade, quando da alteração. O IESP oferece mensalmente a cota do vale transporte aos Funcionários, com desconto correspondente de até 6% (seis por cento) do salário base, conforme Lei vigente.

**§ 3º** - Os benefícios assistenciais são aqueles concedidos pelo IESP aos seus Funcionários.

## **CAPÍTULO XII**



## Dos Deveres

**Artigo 29º.** São deveres dos Funcionários:

- a) Cumprir e fazer cumprir o presente Regimento;
- b) Observar o **Código de Ética e de Conduta Profissional do IESP**, mantendo uma conduta pessoal condizente com suas funções no **IESP**;
- c) Cumprir as Instruções e Ordens de Serviços;
- d) O registro do horário de trabalho deverá ser feito considerando o estabelecido no Contrato de Trabalho. Após registro, prontamente identificar-se e uniformizar-se para o início de suas atividades.
- e) Usar o crachá de identificação somente enquanto permanecer nas dependências do **IESP** ou a trabalho em campo e devolvê-lo por ocasião da rescisão do Contrato de Trabalho;
- f) Cumprir horário de acordo com o Contrato de Trabalho e escala do setor;
- g) Submeter-se aos exames periódicos de saúde e atualizar a Carteira de Vacinação.
- h) Executar, com responsabilidade, zelo, interesse e atenção, as atribuições que lhe são concedidas;
- i) Atender com atenção e respeito a todas as pessoas com quem mantiver contato no **IESP**;
- j) Comunicar à Supervisão de Gestão de Pessoas, qualquer alteração de dados pessoais, endereço e outros que sejam necessários à atualização do prontuário do Funcionário, observando os instrumentos de atualização cadastral;
- k) Manter a ordem e disciplina no local de trabalho;
- l) Evitar tumultos, ruídos e aglomerações nos horários de entrada e saída;
- m) Utilizar o instrumental de serviço de acordo com as necessidades, finalidades e especificações, zelando pela sua conservação;
- n) Permanecer em seu lugar de trabalho, não se ausentando, transitando ou permanecendo em outros setores, sem que haja real necessidade de serviço;
- o) Acatar e respeitar as regras e proibições contidas em avisos e circulares expedidos pelo **IESP**;
- p) Cumprir integralmente o horário de trabalho dirigindo-se ao setor imediatamente após a marcação do horário de entrada;
- q) É dever de todo gestor avaliar seus Funcionários no período de experiência e também anualmente;
- r) Comunicar a chefia imediata, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, a necessidade de realização de cirurgia eletiva.

## CAPÍTULO XIII

### Das Proibições

**Artigo 30º.** É proibido aos Funcionários:



- a) Entrar nas dependências das Sedes e das Unidades do **IESP** e outros, usando urgência/Emergência do Pronto Atendimento inadequadas (shorts, minissaias, decotes exagerados, urgência/Emergência do Pronto Atendimento transparentes);
- b) Assinar ou pedir assinatura, subscrições, moções a documentos de qualquer natureza e para qualquer fim sem que haja autorização da Coordenação Geral do **IESP**;
- c) Divulgar informações e propaganda de cunho político-partidário, ideológico ou religioso, seja por que meio for;
- d) Receber visitas de pessoas estranhas sem prévia autorização;
- e) Utilizar Funcionários do **IESP** para trabalhos e recados pessoais;
- f) Utilizar material das Sedes e das Unidades do **IESP**, para finalidade diversa à do serviço;
- g) Consumir e manter nas dependências das Sedes e das Unidades do **IESP**, bebidas alcoólicas ou drogas entorpecentes. O funcionário que não observar a presente norma poderá ser demitido por justa causa;
- h) Praticar atos de comércio dentro das dependências das Sedes e das Unidades do **IESP**;
- i) Participar de jogos de azar nas dependências das Sedes e das Unidades do **IESP**;
- j) Receber qualquer tipo de gorjeta de pessoas que mantenham relações com o **IESP**;
- k) Receber presentes pessoais de fornecedores;
- l) Retirar documentos de propriedade das Sedes e das Unidades da **IESP**, sem que haja prévia autorização;
- m) Violar de forma direta ou indireta o sigilo profissional, seja através da veiculação da informação sobre a vida particular ou estado de saúde do usuário e outras informações de cunho profissional;
- n) Ausentar-se do setor de trabalho sem a prévia comunicação e autorização da chefia;
- o) Utilizar prerrogativas funcionais a fim de facilitar atendimento médico a terceiros;
- p) Trazer crianças e animais para o local de trabalho;
- q) Utilizar tempo de serviço para realizar trabalhos pessoais;
- r) Utilizar a Internet (MSN, Skype, Portais de relacionamento social (*Facebook, Orkut*), instalada em computadores a serviço do **IESP**, para contatos, conversas e trabalhos pessoais;
- s) Comunicar-se, como funcionário do **IESP**, internamente ou externamente, através de material impresso ou pela Internet, fora de padrões aceitáveis de educação e profissionalismo, sob pena de responder cível e criminalmente.
- t) Realizar anotações antecipadas no Livro de Frequência ou realizar marcações britânicas.

## **CAPÍTULO XIV**

### **Do Uniforme**

**Artigo 31º.** O **IESP** fornecerá gratuitamente o uniforme de trabalho ao Funcionário, quando da disponibilidade do plano de trabalho e este deverá devolvê-lo à Supervisão de Gestão de Pessoas, por ocasião da homologação da rescisão do Contrato de Trabalho.



**§ Único** – É obrigatório o uso do uniforme, quando necessário, durante o horário de trabalho, observando-se as regras do presente regimento.

**Artigo 32º.** O Funcionário deverá zelar, manter limpo e em condições de uso seu uniforme de trabalho.

## **CAPÍTULO XV**

### **Das Sanções**

**Artigo 33º.** O Funcionário que infringir o presente Regimento, bem como deixar de cumprir outras obrigações legais, estará sujeito a sanções, independentemente da ordem a seguir estabelecida:

- a) Advertência verbal;
- b) Advertência por escrito;
- c) Suspensão com perda de vencimento;
- d) Rescisão do Contrato de Trabalho que poderá ser caracterizada com ou sem justa causa.

**Parágrafo Único:** A aplicação da penalidade observará os seguintes critérios:

- a) Análise da gravidade dos fatos;
- b) Análise dos reflexos do ato praticado pelo Funcionário em seu ambiente de trabalho, na instituição e nas relações externas desta;
- c) Levantamento do passado funcional do Funcionário através da análise do prontuário;
- d) A Supervisão de Gestão de Pessoas deverá instruir as bases legais para a aplicação das penalidades.

## **CAPÍTULO XVI**

### **Da Remuneração**

**Artigo 34º.** A remuneração dos Funcionários será fixada por ato da Coordenação Geral do IESP, observando pesquisa salarial do mercado, a Política de Recursos Humanos da Instituição, e obedecendo as restrições orçamentárias, financeiras e dos Planos de Trabalho.

**Parágrafo Único** – As remunerações vinculadas a projetos específicos terão como base o Plano de Trabalho aprovado para o respectivo fim.

**Artigo 35º.** O Funcionário poderá receber ajuda de custo para combustível quando da representação do IESP em eventos fora do município para o qual foi contratado, sempre com a prévia autorização da autoridade competente.

## **CAPÍTULO XVII**

### **Dos Afastamentos**

**Artigo 36º.** Os afastamentos poderão ser concedidos por liberalidade do IESP, contempladas as necessidades de cobertura das atividades e nas seguintes hipóteses:

- a) Participação em Congressos / Seminários / Encontros de curta duração;
- b) Realização de cursos de longa duração;



**Artigo 37º.** A concessão de afastamentos referentes às alíneas a e b do Artigo 36º encontra-se disciplinada em *Norma Interna de Afastamento para fins educacionais*.

#### 1.6. Educação Continuada

*Programa de Educação Continuada, prevendo: capacitações e cursos livres que serão ofertados aos profissionais; incentivo e valorização do aprendizado, desenvolvimento contínuo de habilidades profissionais; cronograma de execução do Programa de Educação Continuada; temas que serão abordados; classes profissionais que serão contempladas em cada ação formativa.*

#### **Das Disposições Preliminares**

Art. 1º: O Núcleo de Educação Permanente - NEP encontra-se estruturado conforme determinação da Portaria n.º 1081 (mil e oitenta e um) de vinte e quatro de abril de dois mil e dezessete da Superintendência e atende à orientação da Política Nacional de Educação Permanente do Ministério da Saúde.

#### **Da composição, mandato e funcionamento**

Art. 2º: O Núcleo de Educação Permanente terá composição multiprofissional, contando com 15 (quinze) componentes, sendo um coordenador, um vice coordenador e 13 (doze) membros, nomeados pela Superintendência, com o consentimento da Gerência Administrativa, da Gerência de Ensino e Pesquisa e da Gerência de Atenção à Saúde e designados em portaria pelo superintendente:

- I. três representantes da Gerência de Ensino e Pesquisa, sendo dois titulares e um suplente;
- II. três representantes da Gerência Administrativa, sendo dois titulares e um suplente;
- III. três representantes da Gerência de Atenção à Saúde, sendo dois titulares e um suplente;
- IV. dois representantes da Divisão de Gestão de Pessoas, sendo um titular e um suplente;
- V. dois representantes da Pró-reitora de Gestão e Desenvolvimento de Pessoas, sendo um titular e um suplente;
- VI. dois representantes da Superintendência, sendo um titular e um suplente.

Art. 2º: O coordenador e vice coordenador do NEP serão eleitos entre os membros titulares.

Art. 4º: Os membros do NEP que representam os seguimentos, terão mandato de 2 (dois) anos, a contar da publicação de portaria em Boletim de Serviço, podendo ser prorrogado por igual período.

§1º Se necessária, a substituição de membros dar-se-á por portaria do Superintendente para o tempo que restar do mandato.

§2º O NEP contará com apoio de um secretário indicado pela Unidade de Apoio Corporativo.

§3º A ausência de um membro do NEP a duas reuniões consecutivas ou a três alternadas, ao longo de um mesmo ano, sem justificativa, implicará na perda do mandato.

Art. 5º: O NEP reunir-se-á mensalmente e, extraordinariamente, quando convocada pelo coordenador ou a requerimento da maioria simples de seus membros.



§1º O NEP reunir-se-á e apreciará os assuntos em pauta com a presença da maioria simples dos seus membros.

§2º As decisões tomadas “ad referendum” deverão ser encaminhadas à reunião do NEP para apreciação, na primeira sessão seguinte.

§3º As sugestões do NEP serão sempre encaminhadas ao Colegiado Executivo para apreciação.

Art. 6º: A pauta será organizada com os expedientes apresentados para discussão e será comunicada previamente a todos os membros, com antecedência mínima de 72 (setenta e duas) horas.

Art. 7º: Após o encerramento das discussões e levantamento de sugestões, essas serão lavrados em ata.

Art. 8º: Serão admitidos, desde que acordado previamente, participantes convidados nas reuniões, professores, estagiários, residentes ou servidores, dentre outros, que possam enriquecer as discussões.

### **Das atribuições**

Art. 9º: São atribuições do coordenador do NEP, além de outras instituídas neste regimento ou que decorram de suas funções ou prerrogativas:

I - Presidir suas reuniões;

II - Representar o NEP em suas relações internas e externas; III- Encaminhar ao NEP assuntos que envolvam desenvolvimento e capacitação de pessoal;

IV- Receber e protocolar expedientes que envolvam as ações de capacitação e o Plano de Desenvolvimento de Competências – PDC;

V- Encaminhar, quando necessário, às Gerências e ao Colegiado Executivo, os expedientes recebidos e as sugestões apresentadas pelo NEP; VI - participar e promover discussões relativas às atribuições do NEP;

VII - indicar membros pertencentes ou não ao NEP para realização de estudos, levantamentos e emissão de pareceres necessários à consecução de sua finalidade.

Art. 10: Caberá aos membros do NEP:

I - Estudar e relatar, nos prazos estabelecidos, as matérias que lhes forem atribuídas;

II - Comparecer às reuniões e participar das discussões, apresentando sugestões;

III - executar tarefas acordadas previamente;

IV - Apresentar proposições sobre as questões atinentes às suas atribuições.

Art. 11: Caberá ao secretário do NEP:

I - Organizar a pauta;

II - Receber e protocolar os expedientes;

III - manter controle dos prazos legais e regimentais referentes aos expedientes que devam ser examinados nas reuniões do NEP;



IV - Lavrar e assinar as atas de reuniões do NEP;

V - Providenciar a convocação das sessões ordinárias e extraordinárias, que deverá conter a pauta das reuniões.

### **Das competências**

Art. 12: Compete ao NEP:

I. Identificar, semestralmente, nos setores/unidades as demandas de formação/qualificação dos profissionais de saúde na instituição, e apresentá-las para discussão e inclusão no Plano de Desenvolvimento de Competências anual;

II. Propor ações de educação permanente no contexto da gestão do cuidado, a serem incluídas no PDC e desenvolvidas;

III. Apreciar as propostas de ações de capacitação do Plano de Desenvolvimento de Competências, aprovando o calendário de eventos;

IV. Analisar as solicitações emergenciais de capacitação a serem incluídas no PDC, solicitadas pelos setores/divisões/unidades;

V. Acompanhar e contribuir com as ações de capacitações promovidas, avaliando sua eficácia e efetividade;

VI. Incentivar o cumprimento das metas estabelecidas pelos colaboradores no “Crescer com Competência”, relacionadas à participação em capacitações;

VII. Articular e sistematizar dados relativos ao desenvolvimento profissional dos colaboradores, colocando-os à disposição das gerências;

VIII. Articular parcerias com a sociedade civil organizada, escolas do governo, entidades privadas, instituições de ensino e/ou empresas de prestação de serviços de desenvolvimento de pessoal, fornecedores de equipamentos, docentes servidores públicos ou pessoa física contratada para ministrar cursos/palestras, observada a legislação vigente.

### **Disposições Gerais**

Art. 13: Todos os documentos pertinentes ao Núcleo serão arquivados junto a Unidade de Apoio Corporativo.

Art. 14: Os casos omissos serão resolvidos pelo Colegiado Executivo.

### **Projeto de Desenvolvimento Humano no NEP**

Nesses últimos anos – marcados por intensas mudanças nos cenários organizacionais – a área de Gestão de Pessoas (GP) vem, gradualmente, buscando atuar alinhada às diretrizes organizacionais, seja atraindo e retendo novos talentos, desenvolvendo o potencial humano existente e, ajustando o perfil dos profissionais para atender às novas demandas.





Na Gestão Pública não é diferente, e mais, faz-se necessário lidar com um maior controle social, reformulação do papel das instituições públicas, necessidade de novos conhecimentos, novas competências multifuncionais e multidisciplinares, novas habilidades sociais, visão sistêmica etc, são algumas das exigências que a área de GP no Serviço Público deve estar atenta.

É o rompimento do velho paradigma da Administração de Recursos Humanos, vivenciado até a década de 70 com resquícios até hoje, que era referência apenas para as questões salariais e trabalhistas dos servidores, além disso, acenava a estabilidade do servidor como alienação; para um modelo onde há de se considerar a formulação de políticas de gestão de pessoas alinhadas às estratégias e, a estabilidade do servidor deve implicar constante disposição para seu aprimoramento ao longo da carreira.

O Instituto Esperança – IESP apresenta como estratégias para o desenvolvimento humano as atividades ligadas a uma função social de busca pela competência técnica que permeia todos os níveis, além de tomar como base princípios, objetivos e desafios da política macro construída ao longo do tempo, conforme se descreve:

Compromisso com a formação humana integral, com a produção e a difusão do conhecimento científico e tecnológico, tendo em vista as necessidades da sociedade.

#### **Principais Objetivos:**

- Ministrar cursos de formação inicial e continuada a trabalhadores, incluídos a iniciação, o aperfeiçoamento e a atualização;
- Ofertar educação continuada, por diferentes mecanismos, visando à atualização, ao aperfeiçoamento e à especialização de profissionais;
- Realizar pesquisas aplicadas, estimulando o desenvolvimento de soluções tecnológicas de forma criativa e estendendo seus benefícios à comunidade;
- Promover a integração com a comunidade, contribuindo para o seu desenvolvimento e melhoria da qualidade de vida, mediante ações interativas que concorram para as transferências e aprimoramento dos benefícios e conquistas auferidos na atividade acadêmica e na pesquisa aplicada;

#### **Objetivos e ações da Gestão de Pessoas:**

- Fortalecer as comissões de apoio e aperfeiçoar os mecanismos de avaliação do desempenho dos colaboradores, visando garantir a eficácia da atuação profissional;
- Assegurar as condições de saúde e segurança dos colaboradores do IESP em atendimento à requisitos legais aplicáveis;
- Realizar estudos e levantamento do dimensionamento da força de trabalho na instituição;
- Promoção da gestão organizacional considerando as competências e os conhecimentos dos colaboradores para alcançar os objetivos institucionais com base na satisfação profissional;
- Fomento à participação de colaboradores em programas de capacitação com instituições de ensino (cursos técnicos, graduação e pós-graduação);
- Fomento à participação de colaboradores e gestores em treinamentos, cursos, palestras, congressos e seminários;
- Desenvolver programas relacionados à melhoria da qualidade de vida do servidor;



- Desenvolver e aperfeiçoar os processos de gestão no âmbito da gestão de pessoas;
- Realização de contratação, redistribuição e remanejamento de servidores.

### **Estruturação para gestão de pessoas**

Não existem leis ou princípios universais que definam um modelo de gestão de pessoas acabado. Em algum momento um modelo de gestão é a forma pela qual a empresa se estrutura para gerenciar e orientar o comportamento das pessoas no trabalho.

A GP é contingencial, sistêmica e orgânica, ou seja, depende da situação organizacional (do ambiente, das tecnologias disponíveis, das pessoas, das políticas institucionais e de GP, da filosofia e da cultura organizacional). Essa forma gerencial não é estática, mas está em constante mudança em virtude da acessibilidade a informação, tecnologia e da humanização no trabalho.

Gramigna (2009) afirma sobre um dos modelos de administração de pessoal tradicional, o modelo centralizador, que foi um modelo adotado à tempos nos Departamentos de Recursos Humanos, caracterizado pela concentração de tarefas em pessoas-chave, sem completa ou com pouca desintegração de funções.

Segundo Solino (2009) este modelo está com os dias contados, pois a ênfase na crença de que algumas pessoas podem fazer tudo sozinhas, dificulta a adoção do trabalho em equipe e contribui para que a área de Recursos Humanos (RH) seja vista como uma mera prestadora de serviços burocráticos, em virtude da incapacidade de resposta e da desqualificação da característica de desenvolvimentismo humano da área.

Por outro lado, os modelos de divisão de trabalho por processos e subsistemas de GP vêm sendo amplamente trabalhados, com as devidas adaptações, uma vez que propiciam a sistematização das atividades com foco, e ainda maior aprofundamento dos assuntos trabalhados, rapidez na resolução de problemas, maior controle das atividades pelos/as gestores/as, qualificação das atividades, evita a sobrecarga de trabalho e a dispersão, situações comuns em pessoas que tentam resolver várias atividades concomitantes.

Solino (2009) afirma ainda que, a grande mudança que vem sendo perseguida pelas áreas de RH, notadamente com seus novos corolários (Gestão de Pessoas, Gestão com Pessoas, Gestão de Seres Humanos, Gestão do Capital Intelectual, Gestão de Competências e do Conhecimento), tem sido o seu realinhamento estrutural para viabilizar maior agilidade, flexibilidade, tempo para inovar, que privilegia a qualidade e participação por equipe dos colaboradores e a gestão do conhecimento dos trabalhadores.

A maneira como buscar as pessoas no mercado, integrá-las, orientá-las, desenvolvê-las, recompensá-las e acompanhá-las, ou seja, a qualidade da maneira que as pessoas devem ser geridas na instituição é o que poderá diferenciar uma instituição de outra e torná-la atraente aos talentos, além de possibilitar a construção de um modelo contemporâneo de referência.

### **Cronograma de Treinamentos, Temas Abordados e Abrangência**

Os treinamentos, desenvolvidos pelo Núcleo de Educação Permanente, serão aplicados respeitando a jornada de trabalho dos profissionais envolvidos, contemplando os Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem, Condutores Socorristas, Telefonistas Assistentes de Regulação Médica, Rádio Operadores e Médicos, sendo dividida as equipes em três turmas semanais, a saber:



1ª turma composta por Telefonistas Assistentes de Regulação Médica e Rádio Operadores, em turmas de 4 horas semanais, abordando os temas escalados, contudo com conteúdo específico para o teleatendimento.

2ª turma composta por Técnicos de Enfermagem e Condutores Socorristas, em turmas de 8 horas semanais, abordando os temas escalados, contudo com conteúdo específico para o atendimento em Unidade de Suporte Básico.

3ª turma composta por Enfermeiros e Médicos, em turmas de 8 horas semanais, abordando os temas escalados, contudo com conteúdo específico para o atendimento em Unidade de Suporte Avançado.

NEP	jan/22	fev/22	mar/22	abr/22	mai/22	jun/22
Semana 1	Comunicação efetiva, Segurança da equipe	Vítima por FAB e FAF e Vítima de FCC	Embriagues alcoólica	Vítima de engasgo	Vítima de agressão física/Suspeita de abuso sexual (Notificação compulsória)	Acessos venosos e fluido terapia
Semana 2	Aspectos gerais de avaliação da segurança de cena / Biossegurança/ Uso de EPI e EPC	Picada por animais peçonhentos	Surto psicótico/Autoagressão e tentativa de suicídio	Paciente obeso (ética)	Vítima de politrauma	Acesso venoso e manutenção de via previa
Semana 3	Limpeza e Desinfecção USB e USA, Regras gerais de biossegurança	Convulsões e intoxicação exógena	Protocolo de PCR	Classificação de risco ao socorro a vítima	Gestante em trabalho de parto	Farmacologia básica e Medicamentos mais comumente administrados no atendimento pré-hospitalar
Semana 4	Vítima de afogamento/Vítima de atropelamento	Mal súbito/ desmaio	Atendimento SB e AS	Paciente com hemorragia/Sangramento aparente	Paciente portador de necessidades especiais	Sondagem vesical de demora e de alívio Sondagem nasogástrica Sondagem retal

NEP	jul/22	ago/22	set/22	out/22	nov/22	dez/22
Semana 1	Oxigênio terapia Cateter de O2 Máscara de alta concentração Cânula laríngea (Geddel)	Suporte básico e avançado de Vida em adultos - Avaliação da vítima (ABCDE)	Ventilador mecânico Cardioversor Bomba de infusão (BIC) Oxímetro de pulso Aspirador	Atendimento avançado ao trauma Suporte Avançado ao trauma de face	Atendimento a paciente que recusa atendimento e/ou transporte	Atendimento a paciente sem condição de decidir (idoso desacompanhado)
Semana 2	TOT Traqueostomia	Obstrução de vias aéreas e asfixia / Parada respiratória / Parada cardiorrespiratória	Prática de atendimento ao trauma Exame primário e secundário Rolamento de 90° e 180°	Trauma torácico / Trauma abdominal / Trauma de membros	Recebimento de ordens de autoridades policiais, outras autoridades na cena	Atendimento na presença de médicos e enfermeiros estranhos ao serviço
Semana 3	Pressão Arterial (PA) Frequência Cardíaca (FC) Frequência respiratória (FR)	Suporte básico e avançado de Vida infantil e neonatal Avaliação da vítima (ABCDE)	Imobilização com colar cervical e imobilizador de cabeça Utilização de prancha rígida	Traumatismo Cranioencefálico / Traumatismo raquimedular	Atendimento a paciente menor de 18 anos de idade (desacompanhado)	Atendimento a paciente sem condição de decidir e acompanhado de animais (cão-guia ou outros)



Semana 4	Temperatura Saturação de oxigênio / Glicemia capilar / Glasgow	Parada cardiorrespiratória Ritmos de parada Algoritmos e drogas de SAV Transporte neonatalObstrução de vias aéreas e asfixia / Parada respiratória /	Contenção de hemorragias / Imobilização de membros	Ética e Bioética	Paciente Homossexual e profissional do sexo(ética)	Identificação de óbito pela equipe SAMU 192 e constatação do óbito pelo médico do SAMU 192
-------------	---	--	---	------------------	---	---

## 2. GERENCIAMENTO TÉCNICO

Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas são o consenso sobre a condução da terapêutica para determinada patologia.

Estabelecem os critérios de diagnóstico, o tratamento preconizado com os medicamentos disponíveis nas respectivas doses corretas, os mecanismos de controle, o acompanhamento e a verificação de resultados, a racionalização da prescrição e do fornecimento dos medicamentos.

Se destinam a orientar o tratamento de determinada patologia e criar mecanismos para garantia da prescrição segura e eficaz.

São instrumentos desenvolvidos para auxiliar os profissionais da área de saúde na tomada de decisões — sejam elas simples ou complexas — que exijam paradigmas clínicos e subsídios teóricos realmente confiáveis para que possam ser aplicados pelos médicos de um hospital na assistência de seus pacientes. Estes protocolos resultam, entre outras coisas, na redução da necessidade de realizar exames desnecessários, que incorram em riscos de complicação para o paciente e custos para o sistema de saúde.

### 2.1. Constituição de Comissões

*Comissões que serão estabelecidas, descrevendo: atividades, objetivos, finalidade, obrigações, perfil dos membros, periodicidade de reuniões e demais ações.*

#### Comissão de Análise e Verificação de Prontuários

A comissão de análise e revisão de prontuário visa atender a resolução CFM No. 1638/2002, que define prontuário médico como o documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo. É um órgão de assessoria diretamente vinculado à autoridade máxima da Instituição.

#### Constituição da Comissão de Análise e Revisão de Prontuário

A composição mínima da comissão deverá ser de 4 membros médicos, um membro do Serviço de Arquivo Médico (SAME), um enfermeiro, podendo ser superior a isso. Para realização dos trabalhos da comissão os membros deverão ser disponibilizados de suas atividades assistenciais por tempo a ser definido pela Diretoria.



O tempo mínimo de dedicação por membro será definida pela Diretoria Técnica de Departamento, de acordo com as necessidades.

A critério da Diretoria e da própria comissão, a carga horária total do membro poderá ser de uso exclusivo da comissão, desde que respeitadas as necessidades dos serviços.

O mandato deverá ser de 24 meses, podendo ser renovável conforme definição da Diretoria Técnica. A relação dos membros de cada mandato deverá ser publicada no hospital a cada dois anos, bem como a substituição de qualquer membro, a qualquer momento.

Os presidentes da comissão, assim como todos os membros, serão nomeados e os cargos de vice-presidente e secretário poderão ser definidos pela comissão.

Deverão ocorrer reuniões periódicas, conforme necessidade de cada unidade, com data, local e horário, previamente definidos e informados, sendo no mínimo realizadas reuniões mensais.

A ausência de um membro em 3 reuniões consecutivas sem justificativa ou ainda 6 reuniões não consecutivas sem justificativa durante 12 meses gera sua exclusão automática.

Na ausência do presidente ou de seu vice, os membros da comissão, a seus critérios, poderão realizar a reunião. As decisões da comissão serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes.

Para apreciação e estudos preliminares de assuntos específicos, será designado um relator ou convidado um consultor, o qual apresentará parecer sobre o assunto, em prazo preestabelecido. Da mesma forma poderão ser convidados outros profissionais para participar das reuniões, desde que autorizado em plenária prévia.

As reuniões da comissão deverão ser registradas em ata resumida e arquivada uma cópia contendo: data e hora da mesma, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente, decisões tomadas.

Os assuntos tratados pela comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros. Além das reuniões ordinárias poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões emergentes ou urgentes, podendo ser convocadas pelo Diretor Técnico ou pelo Diretor Clínico.

O envio de informações e indicadores operacionais deverá ser mensal.

### **Regimento da Comissão de Análise e Revisão de Prontuário**

São atribuições da Comissão de Revisão de Prontuário:

- A avaliação dos itens que deverão constar obrigatoriamente:
- Identificação do paciente em todos os impressos, anamnese, exame físico, exames complementares, e seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo e tratamento efetuado e outros documentos pertinentes ao atendimento.
- Obrigatoriedade de letra legível do profissional que atendeu o paciente, bem como de assinatura e carimbo ou nome legível do profissional e respectiva inscrição no conselho de classe.
- Obrigatoriedade do registro diário da evolução clínica do paciente, bem como a prescrição médica consignando data e hora.



- Tipo de Alta.
- Recomendar inclusão e exclusão de formulários, impressos e sistemas, bem como a conservação dos prontuários visando a qualidade dos mesmos.
- Assessorar a Direção de Departamento Técnico ou Clínica da Instituição em assuntos de sua competência.
- Manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica e de Enfermagem da Unidade com a qual deverão ser discutidos os resultados das avaliações feitas.
- Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação de Educação Permanente.
- Desenvolver atividades de caráter técnico-científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes a Instituição.

São atribuições do Presidente da Comissão, além de outras instituídas neste regimento ou que decorram de suas funções ou prerrogativas:

- Convocar e presidir as reuniões.
- Indicar seu vice-presidente.
- Representar a comissão junto à Diretoria da instituição, ou indicar seu representante.
- Subscrever todos os documentos e resoluções da comissão previamente aprovados pelos membros desta.
- Fazer cumprir o regimento.

Nas decisões da comissão, além do seu voto, terá o voto de qualidade (voto de Minerva). Nas faltas e impedimentos legais do presidente, assumirá seu vice-presidente.

As atribuições do vice-presidente serão assumir as atividades do presidente na sua ausência.

São atribuições e competências da secretaria da Comissão:

- Organizar a ordem do dia.
- Receber e protocolar os processos e expedientes.
- Lavrar a ata das sessões/reuniões.
- Convocar os membros da comissão para as reuniões determinadas pelo presidente.
- Organizar e manter o arquivo da comissão.
- Realizar outras funções determinadas pelo presidente relacionadas ao serviço desta secretaria.
- Solicitar ao SAME (Serviço de Arquivo Médico) todos os prontuários que serão avaliados, assim como devolvê-los em 24 horas após o trabalho realizado.

#### **Indicadores Mínimos a Serem Constituídos**

Os indicadores estabelecidos serão relacionados as avaliações realizadas pela comissão e pelas divergências encontradas nos prontuários.



- Avaliação de presença nas reuniões;
- Avaliação de reuniões realizadas;
- Avaliação de prontuários;
- Avaliação de prontuários completos;

Os indicadores relacionados diretamente aos prontuários:

- Taxa de prontuários avaliados com identificação do paciente;
- Taxa de prontuários avaliados com anamnese;
- Taxa de prontuários avaliados com exame físico;
- Taxa de prontuários avaliados com tratamento (prescrição médica);
- Taxa de prontuários avaliados com evolução médica;
- Taxa de prontuários avaliados com evolução enfermagem;
- Taxa de prontuários avaliados com exames;
- Taxa de prontuários avaliados com letra legível;
- Taxa de prontuários avaliados com identificação dos profissionais;
- Taxa de prontuários avaliados com folha de anestesia – quando se aplicar;
- Taxa de prontuários avaliados com boletim cirúrgico – quando se aplicar;
- Taxa de prontuários avaliados com recuperação anestésica – quando se aplicar;
- Taxa de prontuários avaliados com descrição de procedimentos médicos;
- Taxa de prontuários avaliados com partograma – quando se aplicar;
- Taxa de prontuários avaliados com declaração de nascido vivo – quando se aplicar;
- Taxa de prontuários avaliados com mudança de procedimento;
- Taxa de prontuários avaliados com procedimentos especiais;
- Taxa de prontuários avaliados com resumo de alta;

### **Cronograma de Atividade**

PRAZO	AÇÃO
Primeiro trimestre	<ul style="list-style-type: none"><li>- Constituição formal da comissão</li><li>- Nomeação da equipe;</li><li>- Aprovar e fazer valer o regimento interno da comissão de análise e revisão de prontuários;</li></ul>



Segundo trimestre	<ul style="list-style-type: none"><li>- Fomentar a educação e o treinamento de todo o pessoal hospitalar;</li><li>- Definir diretrizes de ações para melhoria;</li><li>- Avaliar os indicadores obtidos e traçar planejamento de melhorias;</li></ul>
Terceiro trimestre	<ul style="list-style-type: none"><li>- Estabelecer o plano de melhorias para o prontuário do paciente;</li><li>- Acompanhamento dos indicadores;</li><li>- Divulgação dos resultados mensalmente para as chefias dos setores;</li></ul>
Quarto trimestre	<ul style="list-style-type: none"><li>- Acompanhamento dos indicadores;</li><li>- Divulgação dos resultados para as chefias dos setores;</li><li>- Planejamento de ações;</li></ul>

### Comissão de Verificação de Óbitos

A comissão de verificação de óbitos é um importante instrumento de controle de qualidade nas instituições hospitalares para o conhecimento das causas da morte e contribuir para o aprimoramento da assistência à saúde.

Visa atender a resolução CFM No. 1897/2009, analisar os óbitos, os procedimentos e condutas profissionais realizadas, bem como a qualidade de informações dos atestados de óbitos. É um órgão de assessoria diretamente vinculado à autoridade máxima da Instituição.

### Constituição da Comissão de Verificação de Óbitos

A composição mínima da comissão deverá ser de três membros médicos e um enfermeiro, podendo ser superior a isso. Poderá haver representantes dos serviços abaixo definidos:

- Anestesiologista;
- Unidade de Terapia Intensiva;
- Patologia;
- Pronto-Atendimento;
- Serviço de Clínica Médica / Pediatria;
- Serviço de Cirurgia
- Serviço de Enfermagem;

Para realização dos trabalhos da comissão os membros deverão ser disponibilizados de suas atividades assistenciais por tempo a ser definido pela Diretoria.





O mandato deverá ser de 24 meses, podendo ser renovável conforme definição da Diretoria Técnica. A relação dos membros de cada mandato deverá ser publicada hospital a cada dois anos, bem como a substituição de qualquer membro, a qualquer momento.

O presidente da comissão, assim como todos os membros, será nomeado e os cargos de vice-presidente e secretário poderão ser definidos pela comissão.

Deverão ocorrer reuniões periódicas, conforme necessidade de cada unidade, com data, local e horário, previamente definidos e informados, sendo no mínimo realizadas reuniões mensais. A ausência de um membro em três reuniões consecutivas sem justificativa ou ainda seis reuniões não consecutivas sem justificativa durante 12 meses gera sua exclusão automática. Na ausência do presidente ou de seu vice, os membros da comissão, a seus critérios, poderão realizar a reunião.

As decisões da comissão serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes. Para apreciação e estudos preliminares de assuntos específicos, bem como de normas de preenchimento e qualidade do atestado de óbito ou relatórios de biópsias, será designado um relator ou convidado um consultor, o qual apresentará parecer sobre o assunto, em prazo pré-estabelecido.

Da mesma forma poderão ser convidados outros profissionais para participar das reuniões, desde que autorizado em plenária prévia.

As reuniões da comissão deverão ser registradas em ata resumida e arquivada uma cópia contendo: data e hora da mesma, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente, decisões tomadas. Os assuntos tratados pela comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

Além das reuniões ordinárias poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões emergentes ou urgentes, podendo ser convocadas pelo Diretor Técnico ou pelo Diretor Clínico.

Após cada reunião, o grupo deverá elaborar um relatório e enviá-lo à Comissão de Ética Médica e Diretoria Clínica. O envio de informações e indicadores operacionais deverá ser mensal.

### **Regimento da Comissão de Verificação de Óbitos**

São atribuições da Comissão de Óbitos:

- Analisar e emitir parecer sobre os assuntos relativos à óbitos que lhe forem enviados;
- Elaborar normas para auditoria e revisão dos prontuários de pacientes que foram a óbito;
- Realizar a revisão dos prontuários relacionados aos óbitos;
- Normatizar e fiscalizar o adequado registro e preenchimento dos atestados de óbitos;
- Convocar o médico que atestou o óbito caso as informações sejam conflitantes;
- Criar instruções necessárias para melhorar a qualidade das informações dos prontuários de óbito;
- Correlacionar os diagnósticos prévios com os resultados de necrópsias, mesmo que realizadas pelo SVO (Serviço de Verificação de Óbitos);
- Zelar pelo sigilo ético das informações;



- Emitir parecer técnico ou relatório quando solicitado pela Comissão de Ética Médica ou outro serviço interessado;
- Assessorar a Direção Técnico ou Clínica da Instituição em assuntos de sua competência;
- Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação de Educação Permanente;
- Desenvolver atividades de caráter técnico-científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes.

São atribuições do Presidente da Comissão, além de outras instituídas neste regimento ou que decorram de suas funções ou prerrogativas:

- Convocar e presidir as reuniões;
- Indicar seu vice-presidente;
- Representar a comissão junto à Diretoria da instituição, ou indicar seu representante;
- Subscrever todos os documentos e resoluções da comissão previamente aprovados pelos membros desta;
- Fazer cumprir o regimento.

Nas decisões da comissão, além do seu voto, terá o voto de qualidade (voto de Minerva). Nas faltas e impedimentos legais do presidente, assumirá seu vice-presidente. As atribuições do vice-presidente serão assumir as atividades do presidente na sua ausência.

São atribuições e competências da secretaria da Comissão:

- Organizar a ordem do dia;
- Receber e protocolar os processos e expedientes;
- Lavrar a ata das sessões/reuniões;
- Convocar os membros da comissão para as reuniões determinadas pelo presidente;
- Organizar e manter o arquivo da comissão;
- Preparar a correspondência;
- Realizar outras funções determinadas pelo presidente relacionadas ao serviço desta secretaria;

#### **Indicadores Mínimos a Serem Constituídos**

Os indicadores serão avaliados com base nos prontuários de óbitos, onde será investigado a precisão das informações, clareza e preenchimento correto do atestado de óbito.

- Avaliação de presença nas reuniões;
- Avaliação de reuniões realizadas;
- Avaliação de óbitos;
- Avaliação de óbitos com documentação incompleta;



- Taxa de mortalidade institucional;
- Taxa de mortalidade cirúrgica;
- Taxa de mortalidade neonatal RN < 1500g;
- Taxa de mortalidade neonatal RN 1500g - a 2500g

### Cronograma de Atividade

PRAZO	AÇÃO
Primeiro trimestre	<ul style="list-style-type: none"><li>- Constituição formal da comissão</li><li>- Nomeação da equipe;</li><li>- Aprovar e fazer valer o regimento interno da comissão de verificação de óbitos;</li></ul>
Segundo trimestre	<ul style="list-style-type: none"><li>- Fomentar a educação e o treinamento de todo o pessoal hospitalar;</li><li>- Definir diretrizes de ações para melhoria;</li><li>- Avaliar os indicadores obtidos e traçar planejamento de melhorias;</li></ul>
Terceiro trimestre	<ul style="list-style-type: none"><li>- Estabelecer o plano de melhorias para o correto preenchimento dos atestados de óbito;</li><li>- Acompanhamento dos indicadores;</li><li>- Divulgação dos resultados mensalmente para as chefias dos setores;</li></ul>
Quarto trimestre	<ul style="list-style-type: none"><li>- Acompanhamento dos indicadores;</li><li>- Divulgação dos resultados para as chefias dos setores;</li><li>- Planejamento de ações;</li></ul>

### Comissão de Ética Médica

A Comissão de Ética Médica será realizada conforme a Resolução CFM Nº 2.152/2016 (publicada no DOU de 10 de novembro de 2016, Seção I, p. 566), que estabelece normas de organização, funcionamento, eleição e competências das Comissões de Ética Médica dos estabelecimentos de saúde.

### Das disposições gerais



Art. 1. A Comissão de Ética Médica doravante referida como CEM constitui-se numa extensão do Conselho Regional de Medicina, tendo funções investigatórias, educativas e fiscalizadoras do desempenho ético da medicina no âmbito da Unidade.

Art. 2. A Comissão de Ética Médica deve possuir autonomia em relação à atividade administrativa e diretiva da Unidade, cabendo ao diretor técnico prover as condições de seu funcionamento, tempo suficiente e materialidade necessárias ao desenvolvimento dos trabalhos.

Art. 3. Os atos da Comissão de Ética são restritos ao corpo clínico da instituição a qual está vinculado o seu registro.

#### **Da composição e organização estrutural da comissão de ética médica**

Art. 4. A Comissão de Ética Médica do hospital será composta por 03 (três) membros titulares e 03 (três) suplentes, eleitos dentre os integrantes do Corpo Clínico, obedecidas as normas dispostas neste regimento, podendo ser reeleitos.

Art. 5. A Comissão de Ética Médica será composta por 01 (um) Presidente, 01 (um) Secretário eleito dentre os membros efetivos.

#### **Da competência da comissão de ética**

Art. 6 - Compete à Comissão de Ética Médica, na Unidade:

- Fiscalizar o exercício da atividade médica, atentando para que as condições de trabalho do médico, bem como sua liberdade, iniciativa e qualidade de atendimento oferecido aos pacientes estejam de acordo com os preceitos éticos e legais que norteiam a profissão;
- Instaurar procedimentos preliminares internos mediante denúncia formal ou de ofício;
- Colaborar com o Conselho Regional de Medicina na tarefa de educar, discutir, divulgar e orientar os profissionais sobre temas relativos à ética médica;
- Atuar preventivamente, conscientizando o corpo clínico da instituição quanto às normas legais que disciplinam o seu comportamento ético;
- Orientar o paciente da instituição de saúde sobre questões referentes à Ética Médica;
- Atuar de forma efetiva no combate ao exercício ilegal da medicina;
- Promover debates sobre temas da ética médica, inserindo-os na atividade regular do corpo clínico da instituição de saúde;

#### **Da competência do presidente, secretário, membros efetivos e suplentes da comissão de ética médica.**

Art. 7º - Compete ao Presidente da Comissão de Ética Médica:

- Representar a Comissão de Ética Médica para todos os fins;



- Comunicar ao Conselho Regional de Medicina quaisquer indícios de infração aos dispositivos éticos vigentes, eventual exercício ilegal da medicina ou irregularidades que impliquem em cerceio à atividade médica no âmbito da instituição a qual se encontra vinculada;
- Convocar as reuniões ordinárias e extraordinárias da Comissão de Ética Médica;
- Convocar o secretário para substituí-lo em seus impedimentos ocasionais;
- Convocar os membros suplentes para auxiliar nos trabalhos da Comissão de Ética Médica, sempre que necessário;
- Nomear os membros encarregados para instruir as apurações internas instauradas;

Parágrafo Único. O presidente deverá ser membro efetivo da Comissão de Ética Médica.

Art. 8º - Compete ao Secretário da Comissão de Ética Médica da Unidade:

- Substituir o presidente em seus impedimentos ou ausências;
- Secretariar as reuniões da Comissão de Ética Médica;
- Lavrar atas, editais, cartas, ofícios e demais documentos relativos aos atos da Comissão de Ética Médica, mantendo arquivo próprio;
- Abrir e manter sob sua guarda o livro de registros da Comissão de Ética Médica, onde deverão constar os atos e os trabalhos realizados, de forma breve, para fins de fiscalização.

Art. 9º - Compete aos membros efetivos e suplentes da Comissão de Ética Médica:

- Eleger o presidente e o secretário;
- Participar das reuniões ordinárias e extraordinárias, propondo sugestões e assuntos a serem discutidos e, quando efetivos ou suplentes convocados, votar nas matérias em apreciação;
- Instruir as apurações internas, quando designados pelo presidente;
- Participar ativamente das atividades da Comissão de Ética Médica, descritas no artigo 6º deste regimento.

#### **Das eleições da comissão de ética médica**

Art. 10. A escolha dos membros da Comissão de Ética da Unidade será feita mediante processo eleitoral através de voto direto e secreto, não sendo permitido o uso de procuração, dela participando os médicos que compõe o corpo clínico da instituição, conforme previsto no regimento interno do Corpo Clínico.

Art. 11. Não poderão integrar a Comissão de Ética Médica os médicos que exercerem cargos na direção técnica, clínica ou administrativa da instituição e os que não estejam quites com o Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo Único. Quando investidos nas funções de direção durante o curso de seu mandato, o médico deverá se afastar dos trabalhos da Comissão de Ética Médica, enquanto perdurar o impedimento.



Art. 12. São inelegíveis para a Comissão de Ética Médica os médicos que não estiverem quites com o Conselho Regional de Medicina, bem como os que tiverem sido apenados eticamente nos últimos 8 (oito) anos, com decisão transitada em julgado no âmbito administrativo, ou que estejam afastados cautelarmente pelo CRM.

Parágrafo Único. Considerando a existência de penas privadas, o Conselho Regional de Medicina deverá apenas certificar a condição de elegível ou inelegível dos candidatos, de acordo com seus antecedentes ético-profissionais.

Art. 13. O mandato da Comissão de Ética Médica da Unidade tem duração de 02 (dois) anos, podendo ocorrer à reeleição de seus membros.

Parágrafo Único. As eleições deverão ser realizadas até 30 (trinta) dias antes do término do mandato.

Art. 14. O diretor clínico da Unidade designará uma comissão eleitoral com a competência de organizar, dirigir e supervisionar todo o processo eleitoral, de acordo com as normas do Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo Único. Os integrantes da comissão eleitoral e membros de cargos diretivos da instituição não podem ser candidatos à Comissão de Ética Médica da Unidade.

Art. 15. A comissão eleitoral convocará a eleição, por intermédio de edital a ser divulgado na instituição de saúde, 30 (trinta) dias antes da data fixada para a eleição e validará e publicará a lista dos votantes do corpo clínico.

Parágrafo Único. O edital deverá conter as informações necessárias ao desenvolvimento do processo eleitoral, com regras específicas a serem observadas durante o pleito.

Art. 16. A candidatura deverá ser formalizada perante a comissão eleitoral, com a antecedência mínima de 15 (quinze) dias da data da eleição, por intermédio de chapas, de acordo com a regra de proporcionalidade prevista no artigo 3º da Resolução CFM Nº 2.152/2016 e no artigo 4º deste regimento.

§ 1º. No momento da inscrição, a chapa designará um representante para acompanhar os trabalhos da comissão eleitoral e fiscalizar o processo de eleição.

§ 2º. O requerimento de inscrição deverá ser subscrito por todos os candidatos que compõe a chapa.

Art. 17. A comissão eleitoral divulgará, no âmbito da instituição de saúde, as chapas inscritas, de acordo com o número de registro, durante o período mínimo de uma semana.

Art. 18. A comissão eleitoral procederá à apuração dos votos imediatamente após o encerramento da votação, podendo ser acompanhada pelo representante das chapas e demais interessados, a critério da comissão eleitoral.

Parágrafo único. Será considerada eleita à chapa que obtiver maioria simples dos votos apurados.

Art. 19. O resultado da eleição será lavrado em ata pela comissão eleitoral, que deverá ser encaminhada ao Conselho Regional de Medicina para homologação e registro.

Art. 20. Os protestos, impugnações e recursos deverão ser formalizados, por escrito, dentro de, no máximo de 2 (dois) dias após a ocorrência do fato, encaminhados em primeira instância à comissão eleitoral e, em segunda instância, ao Conselho Regional de Medicina.



Art. 21. Homologado e registrado o resultado, os membros eleitos serão empossados pelo Conselho Regional.

Parágrafo único. O Conselho Regional de Medicina emitirá certificado de eleição, com a composição da Comissão de Ética Médica, que deverá ser afixado nos Postos de Urgência em local visível ao público.

Art. 22. Nos casos de afastamento definitivo ou temporário de um de seus membros efetivos, o presidente da Comissão de Ética Médica procederá à convocação do suplente, pelo tempo que perdurar o afastamento, devendo comunicar imediatamente ao CRM.

§ 1º. Se o membro da Comissão de Ética Médica deixar de fazer parte do corpo clínico do hospital, o seu mandato cessará automaticamente, cabendo ao presidente comunicar imediatamente ao CRM.

§ 2º. Sobrevindo condenação ético-profissional transitada em julgado no âmbito administrativo contra qualquer membro da Comissão de Ética Médica, este deverá imediatamente ser afastado pelo CRM.

Art. 23. Nos casos de ocorrer vacância do cargo de presidente ou de secretário, far-se-á nova escolha, dentre os membros efetivos, para o cumprimento do restante do mandato.

Parágrafo único. Quando ocorrer vacância em metade ou mais dos cargos da Comissão de Ética Médica, será convocada nova eleição para preenchimento dos cargos vagos até que nova eleição oficial seja realizada, que poderá ter candidatura individual.

#### **Do funcionamento da comissão de ética médica**

Art. 24. A Comissão de Ética Médica da Unidade se reunirá ordinariamente mensalmente, e, extraordinariamente, quantas vezes necessárias para o bom andamento dos trabalhos.

Art. 25. Os atos administrativos da Comissão de Ética Médica terão caráter sigiloso, exceto quando se tratar de atividade didático pedagógica no âmbito da Instituição de saúde.

Art. 26. As deliberações da Comissão de Ética Médica darseão por maioria simples, sendo prerrogativa do presidente o voto qualificado em caso de empate.

#### **Da apuração interna**

Art. 27. A apuração interna será instaurada mediante:

- Denúncia por escrito, devidamente identificada e, se possível, fundamentada;
- Ex officio, por intermédio de despacho do presidente da Comissão de Ética Médica;

Parágrafo único. Instaurada a apuração, o presidente da Comissão de Ética Médica deverá informar imediatamente ao CRM para protocolo e acompanhamento dos trabalhos.

Art. 28. As apurações internas deverão ser realizadas pelo membro da Comissão designado, sem excesso de formalismo, tendo por objetivo a apuração dos fatos no local em que ocorreram.



Art. 29. Instaurada a apuração interna, os envolvidos serão informados dos fatos e, se for o caso, convocados mediante ofício para prestar esclarecimentos em audiência ou por escrito, no prazo de 15 dias contados da juntada aos autos do comprovante de recebimento.

Parágrafo único. A apuração interna no âmbito da Comissão de Ética Médica, por se tratar de procedimento sumário de esclarecimento, não está sujeita às regras do contraditório e da ampla defesa.

Art. 30. A apuração interna deverá ter a forma de autos judiciais, com folhas devidamente numeradas e rubricadas, ordenadas cronologicamente.

Parágrafo único. O acesso aos autos é permitido apenas às partes, aos membros da Comissão de Ética Médica e ao CRM.

Art. 31. Encerrada a apuração dos fatos, será lavrado termo de encerramento dos trabalhos e serão encaminhados os autos ao presidente da Comissão de Ética Médica, que poderá sugerir o seu arquivamento ou encaminhá-los ao CRM.

Parágrafo único. O presidente da Comissão de Ética Médica poderá colocar os autos para apreciação dos demais membros que, em votação simples, poderão deliberar pela realização de novos atos instrutórios.

Art. 32. Todos os documentos obtidos e relacionados com os fatos, quais sejam, cópias dos prontuários, das fichas clínicas, das ordens de serviço e outros que possam ser úteis ao deslinde dos fatos, deverão ser encartados aos autos de apuração, quando do seu envio ao CRM.

Art. 33. Se houver denúncia envolvendo algum membro da Comissão de Ética Médica, este deverá abster-se de atuar na apuração dos fatos denunciados, devendo o presidente da comissão remeter os autos diretamente ao CRM para as providências cabíveis.

Art. 34. A Comissão de Ética Médica não poderá emitir nenhum juízo de valor a respeito dos fatos que apurar.

§ 1º. O CRM não está subordinado a nenhum ato da Comissão de Ética Médica, podendo refazê-los, reforma-los ou anulá-los se necessário à apuração dos fatos, nos termos da Lei.

§ 2º. A atuação da Comissão de Ética Médica é de extrema valia à apuração das infrações éticas, não significando, entretanto, qualquer derrogação, sub-rogação ou delegação das funções legais dos Conselhos Regionais de Medicina.

### **Das disposições finais**

Art. 35. Os médicos envolvidos nos fatos a serem apurados, convocados nas apurações internas que deliberadamente se recusarem a prestar esclarecimentos à Comissão de Ética Médica, ficarão sujeitos a procedimento administrativo no âmbito do CRM, conforme preconiza o art. 17 do Código de Ética Médica.

Art. 36. O CRM deverá fornecer todo o apoio necessário à Comissão de Ética Médica, tanto estimulando a participação do corpo clínico no processo eleitoral, quanto no respaldo à sua autonomia, conforme estabelecido na Resolução CFM Nº 2.152/2016, no seu artigo 36.

Art. 37. O presidente da Comissão de Ética Médica deverá fornecer ao CRM relatório sobre as atividades realizadas, a cada seis meses ou quando solicitado.





Art. 38. Os casos omissos serão decididos pelo Conselho Regional de Medicina.

### Cronograma de Atividade

PRAZO	AÇÃO
Primeiro trimestre	<ul style="list-style-type: none"><li>- Eleição dos profissionais para compor a Comissão de Ética Médica;</li><li>- Validação do regimento interno da CEM;</li><li>- Registro da CEM junto ao CRM;</li><li>- Estabelecer cronograma de reuniões;</li></ul>
Segundo trimestre	<ul style="list-style-type: none"><li>- Fomentar a educação e o treinamento relacionado a ética profissional de todo o pessoal médico;</li><li>- Definir diretrizes de ações frente aos problemas encontrados;</li><li>- Avaliar os indicadores;</li></ul>
Terceiro trimestre	<ul style="list-style-type: none"><li>- Acompanhamento dos casos éticos;</li><li>- Suporte em questões éticas a pedido das chefias dos setores;</li></ul>
Quarto trimestre	<ul style="list-style-type: none"><li>- Fechamento dos indicadores e avaliação dos resultados;</li><li>- Planejamento de ações;</li></ul>

### Comissão de Ética de Enfermagem

As Comissões de Ética de Enfermagem (C.E.E.) exercem, mediante delegação do Conselho Regional de Enfermagem, atividade destinada à prestação idônea de serviços de Enfermagem nas instituições de saúde e congêneres, assumindo funções educativas, consultivas e fiscalizadoras do exercício profissional e ético dos profissionais de enfermagem.

As C.E.E. deverão atuar de modo preventivo, com vistas à conscientização dos profissionais de enfermagem, quanto ao exercício de suas atribuições legais, bem como à necessidade de salvaguardar a segurança do paciente. Sua atuação deverá abranger a prevenção de condutas de risco à imagem profissional e institucional.

### Constituição da Comissão de Ética de Enfermagem

A Comissão de Ética de Enfermagem é vinculada ao COREN e deve manter a sua autonomia em relação à Instituição onde atua, não podendo ter qualquer vinculação ou subordinação à Enfermeira Responsável Técnica ou a Gerência/Diretoria de Enfermagem da instituição. Cabe ao Enfermeiro Responsável Técnico prover condições necessárias ao desenvolvimento dos trabalhos da CEE.



- Os membros da Comissão de Ética de Enfermagem serão eleitos por meio de voto facultativo secreto e direto preferencialmente;
- Os candidatos serão divididos em chapas, constituídas da seguinte forma:
  - 3 (três) integrantes, sendo 2 (dois) correspondentes ao quadro I, Enfermeiros, e 1 (um) correspondente aos quadros II e III, Auxiliares e Técnicos;
- A convocação da eleição será feita pelo Enfermeiro Responsável Técnico, por Edital a ser divulgado na Instituição no período de 60 (sessenta) dias antes da eleição.
- A Comissão de Ética de Enfermagem será composta por 1 (um enfermeiro) Presidente, 1 (um enfermeiro) Secretário e 1 vogal na categoria de Técnico e/ou Auxiliar de Enfermagem, com vínculo empregatício com a instituição;
- O cargo de Presidente e de Secretário somente poderá ser preenchido por Enfermeiros;
- O Enfermeiro que exerça cargo de Responsável Técnico de Enfermagem não poderá participar da CEE;
- O tempo de mandato da CEE será de 3 (três) anos sendo admitida uma reeleição;

#### **Regimento da Comissão de Ética de Enfermagem**

A Comissão de Ética de Enfermagem eleita deverá estabelecer cronograma de reunião mensal ordinariamente e reunir-se de forma extraordinária, quando necessário.

- Os atos da Comissão de Ética de Enfermagem relativos à sindicância ou fiscalização deverão ser sigilosos;
- As deliberações da CEE serão por maioria simples, sendo prerrogativa do Presidente o “voto minerva” em caso de empate;
- As sindicâncias instauradas pelas Comissões de Ética obedecerão aos preceitos contidos nesta Decisão;
- A sindicância deverá ser instaurada mediante:
  - a) Denúncia por escrito, devidamente identificada e, se possível, fundamentada;
  - b) Denúncia por escrito do Responsável Técnico de Enfermagem;
  - c) Deliberação da própria Comissão de Ética de Enfermagem;
  - d) Determinação do Conselho Regional de Enfermagem;
- Aberta a sindicância, a Comissão de Ética de Enfermagem informará o fato aos envolvidos, procedendo a convocação, se for o caso, para esclarecimentos ou solicitando-lhes no prazo de 7 (sete) dias úteis a partir do recebimento do aviso, manifestação por escrito;
- O profissional de enfermagem que não atender as convocações ou solicitações da CEE, deverá ser encaminhado para análise do Coren;



- Todos os documentos relacionados com os fatos, quais sejam, cópias dos prontuários, livros de registros administrativos, ou outros que possam auxiliar na elucidação dos fatos, deverão ser mantidos junto à sindicância;
- O acesso a estes documentos e aos autos é facultado somente às partes e à Comissão de Ética de Enfermagem, preservando assim o sigilo;
- O Presidente da Comissão de Ética de Enfermagem nomeará um membro sindicante para realizar audiências, analisar documentos e elaborar relatório à Comissão;
- Concluída a coleta de informações, a Comissão de Ética de Enfermagem deverá reunir-se para analisar e emitir relatório final, sem emitir juízo;
- Caso necessário, a Comissão de Ética de Enfermagem poderá solicitar novas diligências para melhor elucidar os fatos;
- Quando for evidenciada a existência de indícios de infração ética, a sindicância deverá ser encaminhada ao Conselho Regional de Enfermagem, para a tramitação competente;
- Quando o fato for de menor gravidade e que não tenham acarretado danos a terceiros, poderá procurar a conciliação entre as partes envolvidas, proceder orientações e emitir relatório para o Coren;
- Ocorrendo denúncia envolvendo um membro da Comissão de Ética de Enfermagem, o mesmo deverá ser afastado da Comissão, enquanto perdurar a sindicância;

#### **Indicadores Mínimos a Serem Constituídos**

Os indicadores relacionados a Comissão de Ética de Enfermagem serão elaborados com base nos preceitos do CEE e visando a autonomia profissional, a educação e a resolutividade das sindicâncias:

- Taxa de profissionais com conhecimento das funções do CEE;
- Indicador de resolutividade das sindicâncias;
- Taxa de sindicâncias encaminhadas para o COREN;

#### **Cronograma de Atividade**

PRAZO	AÇÃO
Primeiro trimestre	<ul style="list-style-type: none"><li>- Eleição dos profissionais para compor a Comissão de Ética de Enfermagem;</li><li>- Validação do regimento interno da CEE;</li><li>- Registro da CEE junto ao COREN;</li><li>- Estabelecer cronograma de reuniões;</li></ul>
Segundo trimestre	<ul style="list-style-type: none"><li>- Fomentar a educação e o treinamento relacionado a ética profissional de todo o pessoal de enfermagem;</li></ul>



	<ul style="list-style-type: none"><li>- Definir diretrizes de ações frente aos problemas encontrados;</li><li>- Avaliar os indicadores;</li></ul>
Terceiro trimestre	<ul style="list-style-type: none"><li>- Acompanhamento dos casos éticos;</li><li>- Suporte em questões éticas a pedido das chefias dos setores;</li></ul>
Quarto trimestre	<ul style="list-style-type: none"><li>- Fechamento dos indicadores e avaliação dos resultados;</li><li>- Planejamento de ações;</li></ul>

### Comissão Interna de Prevenção de Acidentes e SESMT

#### DA CONSTITUIÇÃO, OBJETIVOS E ORGANIZAÇÃO

Art. 1º - A Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA da Unidade, vinculada diretamente a Superintendência, tem como objetivo a prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho, de modo a tornar compatível permanentemente o trabalho com a preservação da vida e a promoção da saúde do trabalhador.

Art. 2º - A CIPA da Unidade será composta por representantes do empregador e dos empregados, de acordo com o dimensionamento previsto no Quadro I da Norma Regulamentadora nº 05 NR – 05, aprovada pela Portaria 3214 de 08 de junho de 1978.

§ 1º - Os representantes da Unidade, titulares e suplentes, serão indicados pela

§ 2º – Os representantes dos empregados, titulares e suplentes, serão eleitos em escrutínio secreto, do qual participem, independentemente de filiação sindical, exclusivamente os empregados interessados, com vínculos ao IESP – INSTITUTO ESPERANÇA e regidos pelo regime da Consolidação das Leis do Trabalho CLT.

Art. 3º - O mandato dos membros eleitos da CIPA terá a duração de um ano, permitida uma reeleição.

Art. 4º - É vedada a dispensa arbitrária ou sem justa causa do empregado eleito para cargo de direção da Comissão Internas de Prevenção de Acidentes, desde o registro de sua candidatura até um ano após o final de seu mandato

Parágrafo único: O suplente da CIPA goza da garantia de emprego prevista no art. 10, II, "a", do ADCT a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988.

Art. 5º - Serão garantidas aos membros da CIPA condições que não descaracterizem suas atividades normais na empresa, sendo vedada a transferência para outro estabelecimento sem a sua anuência, ressalvado o disposto nos parágrafos primeiro e segundo, do art. 469, da CLT.

Art. 6º - A Superintendência designará entre seus representantes o Presidente da CIPA, e os representantes dos empregados escolherão entre os titulares o vice-presidente.

Art. 7º - A CIPA não poderá ter seu número de representantes reduzido, bem como não poderá ser desativada pelo empregador, antes do término do mandato de seus membros, ainda que haja



redução do número de empregados da empresa, exceto no caso de encerramento das atividades do estabelecimento.

## **CAPITULO II**

### **DAS COMPETÊNCIAS**

ART. 8º – Compete a CIPA

- I) Identificar os riscos do processo de trabalho, e elaborar o mapa de riscos, com a participação do maior número de trabalhadores, com assessoria da Saúde e Segurança do Trabalho - SESMT;
- II) Elaborar plano de trabalho que possibilite a ação preventiva na solução de problemas de segurança e saúde no trabalho;
- III) Participar da implementação e do controle da qualidade das medidas de prevenção necessárias, bem como da avaliação das prioridades de ação nos locais de trabalho;
- IV) Realizar, periodicamente, verificações nos ambientes e condições de trabalho visando a identificação de situações que venham a trazer riscos para a segurança e saúde dos trabalhadores;
- V) Realizar, a cada reunião, avaliação do cumprimento das metas fixadas em seu plano de trabalho e discutir as situações de risco que foram identificadas;
- VI) Divulgar aos trabalhadores informações relativas à segurança e saúde no trabalho;
- VII) Participar com a Saúde e Segurança do Trabalho – SESMT das discussões promovidas pelo hospital, para avaliar os impactos de alterações no ambiente e processo de trabalho relacionados à segurança e saúde dos trabalhadores;
- VIII) Requerer à Saúde e Segurança do Trabalho - SESMT, ou ao empregador, a paralisação de máquina ou setor onde considere haver risco grave e iminente à segurança e saúde dos trabalhadores;
- IX) Colaborar junto ao SESMT no desenvolvimento e implementação do PCMSO e PPRA e de outros programas relacionados à segurança e saúde no trabalho;
- X) Divulgar e promover o cumprimento das Normas Regulamentadoras do Ministério do Trabalho e Emprego, bem como cláusulas de acordos e convenções coletivas de trabalho, relativas à segurança e saúde no trabalho;
- XI) Participar, em conjunto com o SESMT, ou com o empregador, da análise das causas das doenças e acidentes de trabalho e propor medidas de solução dos problemas identificados;
- XII) Requisitar ao empregador e analisar as informações sobre questões que tenham interferido na segurança e saúde dos trabalhadores;
- XIII) Requisitar ao hospital as cópias das CAT emitidas;
- XIV) Promover, anualmente, em conjunto com a Saúde e Segurança do Trabalho - SESMT, a Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho – SIPAT; XV) Participar, anualmente, em conjunto com o Hospital, de Campanhas de Prevenção da AIDS e outras campanhas relacionadas com a segurança e saúde do trabalhador.



ART. 9º - Cabe ao empregador proporcionar aos membros da CIPA os meios necessários ao desempenho de suas atribuições, garantindo tempo suficiente para a realização das tarefas constantes do plano de trabalho.

ART. 10 - Cabe aos empregados:

- I) Participar da eleição de seus representantes;
- II) Colaborar com a gestão da CIPA;
- III) Indicar à CIPA, ao SESMT e ao empregador situações de riscos e apresentar sugestões para melhoria das condições de trabalho
- IV) Observar e aplicar no ambiente de trabalho as recomendações quanto à prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho.

ART. 11 - Cabe ao Presidente da CIPA:

- I) Convocar os membros para as reuniões da CIPA;
- II) Coordenar as reuniões da CIPA, encaminhando ao empregador e ao SESMT as decisões da comissão;
- III) Manter o empregador informado sobre os trabalhos da CIPA;
- IV) Coordenar e supervisionar as atividades de secretaria;
- V) Delegar atribuições ao Vice-Presidente;

ART. 12 - Cabe ao Vice-Presidente:

- I) Executar atribuições que lhe forem delegadas;
- II) Substituir o Presidente nos seus impedimentos eventuais ou nos seus afastamentos temporários;

ART. 13 - O Presidente e o Vice-Presidente da CIPA, em conjunto, terão as seguintes atribuições:

- I) Cuidar para que a CIPA disponha de condições necessárias para o desenvolvimento de seus trabalhos;
- II) Coordenar e supervisionar as atividades da CIPA, zelando para que os objetivos propostos sejam alcançados;
- III) Delegar atribuições aos membros da CIPA;
- IV) Promover o relacionamento da CIPA com o SESMT;
- V) Divulgar as decisões da CIPA a todos os trabalhadores do estabelecimento;
- VI) Encaminhar os pedidos de reconsideração das decisões da CIPA;
- VII) Constituir a comissão eleitoral.

ART. 14 - O Secretário da CIPA terá por atribuição:

- I) Acompanhar as reuniões da CIPA e redigir as atas apresentando-as para aprovação e assinatura dos membros presentes;



- II) Preparar as correspondências; e
- III) Outras que lhe forem conferidas.

### **CAPITULO III**

#### **DO FUNCIONAMENTO**

ART. 15 - A CIPA terá reuniões ordinárias mensais, de acordo com o calendário preestabelecido.

ART. 16 - As reuniões ordinárias da CIPA serão realizadas durante o expediente normal da empresa e em local apropriado.

ART. 17 - A quantidade mínima de membros necessária para as deliberações da CIPA deverá ser de 50% mais um, do total de componentes.

ART. 18 – Em caso de empate no processo de votação das deliberações da CIPA, cabe ao presidente o voto de desempate.

ART. 19 - As reuniões da CIPA terão atas assinadas pelos presentes com encaminhamento de cópias para todos os membros.

ART. 20 - As atas devem ficar no estabelecimento à disposição da fiscalização do Ministério do Trabalho e Emprego.

ART. 21 - Reuniões extraordinárias deverão ser realizadas quando:

- I) Houver denúncia de situação de risco grave e iminente que determine aplicação de medidas corretivas de emergência;
- II) Ocorrer acidente do trabalho grave ou fatal;
- III) Houver solicitação expressa de uma das representações.

ART. 22 - As decisões da CIPA serão preferencialmente por consenso.

Parágrafo único. Não havendo consenso, e frustradas as tentativas de negociação direta ou com mediação, será instalado processo de votação, registrando-se a ocorrência na ata da reunião.

ART. 23 - Das decisões da CIPA caberá pedido de reconsideração, mediante requerimento justificado.

ART. 24 - O pedido de reconsideração será apresentado à CIPA até a próxima reunião ordinária, quando será analisado, devendo o Presidente e o Vice-Presidente efetivar os encaminhamentos necessários.

ART. 25 - O membro titular perderá o mandato, sendo substituído por suplente, quando faltar a mais de quatro reuniões ordinárias sem justificativa.

ART. 26 - A vacância definitiva de cargo, ocorrida durante o mandato, será suprida por suplente, obedecida a ordem de colocação decrescente que consta na ata de eleição, devendo os motivos ser registrados em ata de reunião.

ART. 27 - No caso de afastamento definitivo do presidente, o empregador indicará o substituto, em dois dias úteis, preferencialmente entre os membros da CIPA.



ART. 28 - No caso de afastamento definitivo do vice-presidente, os membros titulares da representação dos empregados, escolherão o substituto, entre seus titulares, em dois dias úteis.

ART. 29 - Caso não existam suplentes para ocupar o cargo vago, o empregador deve realizar eleição extraordinária, cumprindo todas as exigências estabelecidas para o processo eleitoral, exceto quanto aos prazos, que devem ser reduzidos pela metade.

ART. 30 - O mandato do membro eleito em processo eleitoral extraordinário deve ser compatibilizado com o mandato dos demais membros da Comissão.

ART. 31 - O treinamento de membro eleito em processo extraordinário deve ser realizado no prazo máximo de trinta dias, contados a partir da data da posse.

#### **CAPITULO IV**

##### **DO PROCESSO ELEITORAL**

ART. 32 – Compete ao empregador convocar eleições para escolha dos representantes dos empregados na CIPA, no prazo mínimo de 60 (sessenta) dias antes do término do mandato em curso.

ART. 33 - O Presidente e o Vice Presidente da CIPA constituirão dentre seus membros, no prazo mínimo de 55 (cinquenta e cinco) dias antes do término do mandato em curso, a Comissão Eleitoral - CE, que será a responsável pela organização e acompanhamento do processo eleitoral.

ART. 34 - O processo eleitoral observará as seguintes condições:

- I) Publicação e divulgação de edital, em locais de fácil acesso e visualização, no prazo mínimo de 55 (cinquenta e cinco) dias antes do término do mandato em curso;
- II) Inscrição e eleição individual, sendo que o período mínimo para inscrição será de quinze dias;
- III) Liberdade de inscrição para todos os empregados do estabelecimento, independentemente de setores ou locais de trabalho, com fornecimento de comprovante;
- IV) Garantia de emprego para todos os inscritos até a eleição;
- V) Realização da eleição no prazo mínimo de 30 (trinta) dias antes do término do mandato da CIPA, quando houver;
- VI) Realização de eleição em dia normal de trabalho, respeitando os horários de turnos e em horário que possibilite a participação da maioria dos empregados.
- VII) Voto secreto;
- VIII) Apuração dos votos, em horário normal de trabalho, com acompanhamento de representante do empregador e dos empregados, em número a ser definido pela comissão eleitoral;
- IX) Faculdade de eleição por meios eletrônicos;
- X) Guarda, pelo empregador, de todos os documentos relativos à eleição, por um período mínimo de cinco anos.





ART. 35 - Havendo participação inferior a cinquenta por cento dos empregados na votação, não haverá a apuração dos votos e a comissão eleitoral deverá organizar outra votação que ocorrerá no prazo máximo de dez dias.

ART. 36 - Assumirão a condição de membros titulares e suplentes, os candidatos mais votados.

ART. 37 - Em caso de empate, assumirá aquele que tiver maior tempo de serviço no estabelecimento.

ART. 38 - Os candidatos votados e não eleitos serão relacionados na ata de eleição e apuração, em ordem decrescente de votos, possibilitando nomeação posterior, em caso de vacância de suplentes.

## **CAPITULO V**

### **DO TREINAMENTO**

ART. 39 - A empresa deverá promover treinamento para os membros da CIPA, titulares e suplentes, antes da posse.

ART. 40 - O treinamento de CIPA em primeiro mandato será realizado no prazo máximo de trinta dias, contados a partir da data da posse.

ART. 41 - As empresas que não se enquadrem no Quadro I, promoverão anualmente treinamento para o designado responsável pelo cumprimento do objetivo desta NR.

ART. 42 - O treinamento para a CIPA deverá contemplar, no mínimo, os seguintes itens:

- I) Estudo do ambiente, das condições de trabalho, bem como dos riscos originados do processo produtivo;
- II) Metodologia de investigação e análise de acidentes e doenças do trabalho;
- III) Noções sobre acidentes e doenças do trabalho decorrentes de exposição aos riscos existentes na empresa;
- IV) Noções sobre a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – AIDS, e medidas de prevenção;
- V) Noções sobre as legislações trabalhistas e previdenciárias relativas à segurança e saúde no trabalho;
- VI) Princípios gerais de higiene do trabalho e de medidas de controle dos riscos;
- VII) Organização da CIPA e outros assuntos necessários ao exercício das atribuições da Comissão.

ART. 43 - O treinamento terá carga horária de vinte horas, distribuídas em no máximo oito horas diárias, sendo realizado durante o expediente normal da empresa e será ministrado pela SESMT.

ART. 44 - Quando comprovada a não observância ao disposto nos itens relacionados ao treinamento, será determinada a complementação ou a realização de outro, em conformidade com às exigências do Ministério do Trabalho e Emprego, que será efetuado no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da data de ciência da empresa sobre a decisão.

ART. 45 – As omissões neste Regimento Interno, serão orientadas pela Norma Regulamentadora 05 (NR – 05) aprovada pela Portaria 3.214 de 08 de junho de 1978.



## QUADRO I

### Dimensionamento de CIPA

O Quadro I - Dimensionamento de CIPA, é encontrado na Norma Regulamentadora do Ministério do Trabalho, Lei 6.514 de 22 de dezembro de 1977.

OBS.: Os membros efetivos e suplentes terão representantes dos Empregadores e Empregados. \* As atividades econômicas integrantes dos grupos estão especificadas por CNAE nos QUADROS II e III.

## QUADROS II

Agrupamento de setores econômicos pela Classificação Nacional de Atividades Econômicas – CNAE (versão 2.0), para dimensionamento da CIPA

(Dado pela Portaria SIT n.º 14, de 21 de junho de 2007)

INSITITUTO ESPERANÇA – 10.779.749/0001-32 - C-34 - SAÚDE

## QUADRO III

Relação da Classificação Nacional de Atividades Econômicas – CNAE (Versão 2.0), com correspondente agrupamento para dimensionamento da CIPA

(Dado pela Portaria SIT n.º 14, de 21 de junho de 2007)

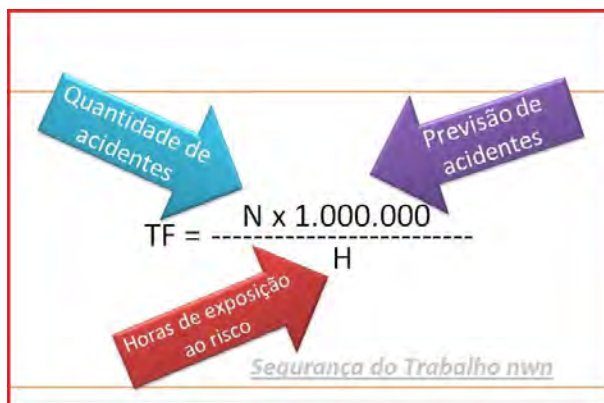
86.60-7 Atividades de apoio à gestão de saúde – Atividade Principal

### Indicadores Cipa

A CIPA como uma ferramenta importante de prevenção e o objetivo de melhorar continuamente o ambiente de trabalho, e proporcionar uma qualidade de vida para os colaboradores, é um dos objetivos da comissão.

Existem três indicadores macro que são: Taxa de Frequência e Gravidade e temos um indicador bem específico que é Índice de Melhorias Sugeridas e Implementadas.





Outros indicadores mais setoriais são os números de inspeções, Fator Acidentário Previdenciário – FAP e outros que buscam evidenciar as boas práticas e os bons resultados.

### Cronograma

PRAZO	AÇÃO
Primeiro trimestre	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Eleição dos profissionais para compor a Comissão;</li> <li>- Validação do regimento interno da Comissão;</li> <li>- Estabelecer cronograma de reuniões;</li> </ul>
Segundo trimestre	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fomentar a educação e o treinamento relacionado aos riscos hospitalares;</li> <li>- Definir diretrizes de ações frente aos problemas encontrados;</li> <li>- Avaliar os indicadores;</li> </ul>
Terceiro trimestre	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Acompanhamento dos casos de riscos à saúde;</li> <li>- Suporte em questões pedido das chefias dos setores;</li> </ul>
Quarto trimestre	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fechamento dos indicadores e avaliação dos resultados;</li> <li>- Planejamento de ações;</li> </ul>



2.2. Protocolos Aplicados para as Ambulâncias de Suporte Básico

*Protocolo que será utilizado nos atendimentos com empenho da Unidade de Suporte Básico.*





**SAMU**  
**192**

Protocolos de  
Suporte Básico  
de Vida



# Apresentação



**Protocolo Samu 192**

**SUPORTE BÁSICO DE VIDA**



## Créditos

### Ministério da Saúde

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

### PROADI-SUS

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

### Coordenação Executiva do Projeto

**Fausto Pereira dos Santos**

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

**María do Carmo**

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

**Maria Inez Pordeus Gadelha**

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

**Jefferson Gomes Fernandes**

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

**Cleusa Ramos Enck**

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

**Leticia Faria Serpa**

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

**Ricardo Mendes**

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

### Coordenação Geral - Protocolos

**Paulo de Tarso Monteiro Abrahão**

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

**Ricardo da Rocha Sales Oliveira**

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

**Marisa Amaro Malvestio**

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

**Angela Ribeiro Vargas**

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

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Fevereiro/2016

1/6



**Protocolo Samu 192**

**SUPOORTE BÁSICO DE VIDA**

## Créditos

### Grupo Condutor - Protocolos

**Antonio T. Onimaru**

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

**Carlos Alberto Guglielmi Eid**

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

**Flavio Guimarães Campos**

SAMU 192 Brasília, DF.

**Jader Gus**

SAMU 192 Porto Alegre, RS.

**Kayursula Dantas de Carvalho Ribeiro**

SAMU 192 Brasília, DF.

### Grupo Técnico - Protocolos

**Alexandre Teixeira Trino**

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

**Antonio Fernando Carneiro de Campos Costa**

SAMU Salvador, BA.

**Benedito Viana de Lira**

SAMU 192 Mossoró, RN.

**Brenda Karla de Paula**

SAMU 192 Brasília, DF.

**Camila Cardoso Selau**

SAMU 192 Aeromédico, RS.

**Carlos Alberto Rangeara Peres**

SAMU 192 Palmas, TO.

**Cibeli de Lima Souza Silveira**

SAMU 192 Recife, PE.

**Claudio Roberto F. Azevedo**

SAMU 192 Regional Fortaleza, CE.

**Claus Robert Zeefried**

SAMU 192 São Paulo, SP.

**Danilo Araujo Guimarães**

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

**Enio Teixeira Molina Filho**

SAMU 192 Maringá, PR.

**Enius Freire Versiani**

SAMU 192 Regional Montes Claros, MG.

**Kelle Regina A. Ribeiro**

SAMU 192 Brasília, DF.

**Lêda Lima Sobral**

SAMU 192 Manaus, AM.

**Lissandro Luis Pinto da Silva**

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

**Olga Messias Alves de Oliveira**

SAMU 192 Brasília, DF.

**Silas Lawley Santana**

SAMU 192 Sergipe, SE.

**Tauá Vieira Bahia**

SAMU 192 Salvador, BA.

**Francisco das Chagas Pontes Rodrigues**

SAMU 192 Brasília, DF.

**Francisco de Salles Collet e Silva**

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

**Giane Alves Stefani**

SAMU 192 Regional Três Colinas, SP.

**Gladis Mari Semensato**

SAMU 192 Porto Alegre, RS.

**Helena Lopes**

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

**Israel Silveira Paniago**

SAMU 192 Rondonópolis, MT.

**Ivan de Mattos Paiva Filho**

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

**João Ricardo Simczak**

SAMU 192 Brasília, DF.

**José Caruso**

SAMU 192 São Paulo, SP.

**José Eduardo Cury**

SAMU 192 Campo Grande, MS.

**Julia Maria de Oliveira Duarte**

SAMU 192 Brasília, DF.

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Fevereiro/2016

2/6





**Protocolo Samu 192**

**SUPOORTE BÁSICO DE VIDA**



## Créditos

**Grupo Técnico - Protocolos**

**Julio Espinel**

SAMU 192 Porto Alegre, RS.

**Karine Dutra**

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

**Kayursula Dantas de C. Ribeiro**

SAMU 192 Brasília, DF.

**Keila Kikushi**

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

**Kelle Regina A. Ribeiro**

SAMU 192 Brasília, DF.

**Larissa de Andrade Gonçalves**

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

**Lêda Lima Sobral**

SAMU 192 Manaus, AM.

**Luciana Machado Coelho**

SAMU 192 Baixada Fluminense, RJ.

**Maicon de Paula Vargas**

SAMU 192 Rio Grande da Sul, RS.

**Marcelo Alessandro Costa da Silva**

SAMU 192 Tucuruí, PA.

**Pallyanna Fausta Pimentel de Medeiros**

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

**Rafael Vinhal da Costa**

SAMU 192 Brasília, DF.

**Ramom Tartari**

SAMU 192 Santa Catarina, SC.

**Reinaldo Del Pozzo**

SAMU 192 São Paula, SP.

**Renata Calheiros Viana**

SAMU 192 Brasília, SP.

**Ricardo Furtado de Mendonça**

SAMU 192 Goiânia, GO.

**Roberto Tykanori Kinoshita**

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

**Robert Stephen Alexander**

SAMU Vitória, ES.

**Rodrigo Luiz da Silva Gasparelle**

SAMU 192 Tucuruí, PA.

**Rodrigo Wilson de Souza**

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

**Rogério Welbert Ribeiro**

SAMU 192 Regional Três Colinas, SP.

**Sandra de Nazaré Costa Monteiro**

SAMU 192 Brasília, DF.

**Thais Soboslai**

CGMAD/MS, DF.

**Tiago Silva Vaz**

SAMU 192 Brasília, DF.

**Ubirajara Picanço**

SAMU 192 Brasília, DF.

**Valéria Campos de Oliveira Murta**

SAMU 192 Belo Horizonte, MG.

**Zelinda Torri**

SAMU 192 Brasília, DF.

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Fevereiro/2016

3/6



**Protocolo Samu 192**

**SUPORE BÁSICO DE VIDA**

## Créditos

### Grupo Técnico – Fotografias e Imagens

Alberto Moreira Leão

SAMU 192 Guarulhos, SP.

Denise Guimarães Ferreira

SAMU 192 Guarulhos, SP.

Enza Maria Lucio Marcelino Yamamoto

SAMU 192 Guarulhos, SP.

Leonardo Eloi Felisberto

SAMU 192 Guarulhos, SP.

Lucimara Marques Romani

SAMU 192 Guarulhos, SP.

Rogério Sequetin

SAMU 192 Guarulhos, SP.

Silvana Maria Duarte Calixto

SAMU 192 Guarulhos, SP.

### Instituto de Educação e Ciências em Saúde

IECS do Hospital Alemão Oswaldo Cruz

#### Equipe Técnica

Aline Antonia da Silva Lira

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

Cauê Tarelho Zoppe

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

Débora Schuskel

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

Giovana de Souza Bonetti

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

Thiago Vilanova Tredicci

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

Wellington Leite

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

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Fevereiro/2016

4/6



Protocolo Samu 192

SUPORTE BÁSICO DE VIDA



## Sumário

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

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Fevereiro/2016

3/8



Protocolo Samu 192

**SUPORTE BÁSICO DE VIDA**

## Sumário

<b>PROTOSCOLOS ESPECIAIS EM SBV</b>		
PE1	Aspectos gerais de avaliação da segurança de cena	
PE2	Regras gerais de biossegurança	
PE3	Práticas para a segurança do paciente	
PE4	Atribuições e responsabilidades da equipe do SAMU	
PE5	Responsabilidades adicionais do condutor de ambulância do SAMU	
PE6	Regras gerais na condução de ambulância	
PE7	Regras gerais para estacionamento de ambulância e sinalização da via	
PE8	Procedimentos iniciais em caso de acidentes com a ambulância	
PE9	Consentimento para tratamento de paciente menor de idade	
PE10	Atendimento a paciente com necessidades especiais	
PE11	Atendimento a paciente menor de 18 anos de idade (desacompanhado)	
PE12	Atendimento a paciente sem condição de decidir estando desacompanhado ou acompanhado de menor de 18 anos de idade	
PE13	Atendimento a paciente sem condição de decidir e acompanhado de animais (cão-guia ou outros)	
PE14	Atendimento a paciente que recusa atendimento e/ou transporte	
PE15	Recebimento de ordens de autoridades policiais, outras autoridades na cena	
PE16	Atendimento na presença de médicos e enfermeiros estranhos ao serviço	
PE17	Regras gerais de abordagem em ocorrências com indícios de crime	
PE18	Cuidados com pertences de pacientes	
PE19	Dispensa de pacientes na cena	
PE20	Regras gerais para abordagem de eventos envolvendo imprensa e tumulto	
PE21		Atual AERO
PE22	Sistematização da passagem do caso para a regulação médica	Em finalização
PE23	Limpeza concorrente da ambulância: Hipoclorito e álcool	
PE24	Limpeza concorrente da ambulância	
PE25	Limpeza na presença de matéria orgânica	
PE26	Constatação do óbito pelo médico do SAMU 192	
PE27	Identificação do óbito por equipes do SAMU 192	

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Fevereiro/2016

4/8



Protocolo Samu 192

SUPORTE BÁSICO DE VIDA



## Sumário

PROTOSCOLOS ESPECIAIS		
PE28	Código Q e alfabeto fonético	Em finalização
PE29	Acidente de trabalho com material biológico	
PE30	Acidente de trabalho: outros acidentes (não biológicos)	
PE31	Solicitação de apoio do SAV, SBV e/ou Resgate	Em finalização
PE32		Atual BTox 1 ó
PE33	Suspeita de maus tratos/abuso/negligência	Em finalização
PE34		
PE35	Anotações na ficha de atendimento	Em finalização
PE36	Limpeza e desinfecção de equipamentos da ambulância de SBV	
PE37	Interceptação por SAV	Em finalização
PROTOSCOLOS SBV GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA		
BGO1	Assistência ao trabalho de parto não expulsivo	
BGO2	Assistência ao trabalho de parto iminente	
BGO3	Assistência ao parto consumado	
BGO4	Assistência ao trabalho de parto prematuro	
BGO5	Assistência ao parto iminente distócico	
BGO6	Hemorragia gestacional	
BGO7	Hemorragia puerperal	
BGO8	Síndromes hipertensivas: pré-eclâmpsia e eclâmpsia	
BGO9	Trauma na gestante	Em finalização
BGO10	PCR na gestante	Em finalização
BGO11	Hemorragias ginecológicas	Em finalização
BGO12		
BGO13		
BGO14		

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Fevereiro/2016

5/8



Protocolo Samu 192

**SUPORTE BÁSICO DE VIDA**

## Sumário

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

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Fevereiro/2016

6/8



Protocolo Samu 192

**SUPORTE BÁSICO DE VIDA**



## Sumário

### PROTOSCOLOS SBV PEDIATRIA

BPed 33	Colar cervical	
BPed 34	Imobilizações pediátricas	
BPed 35	Imobilização em cadeirinha	
BPed 36	Imobilização em prancha	
BPed 37	KED	
BPed 38		
BPed 39		
BPed 40		

### PROTOSCOLOS SBV - INTOXICAÇÕES E PRODUTOS PERIGOSOS

BTox 1	Intoxicações: medidas gerais	
BTox 2	Intoxicação por drogas de abuso	
BTox 3	Intoxicação e abstinência alcoólica	
BTox 4	Inalação de fumaça	
BTox 5	Intoxicação por monóxido de carbono	
BTox 6	Intoxicação por organofosforados e carbamatos	
BTox 7		
BTox 8	Intoxicação por plantas	Em finalização
BTox 9	Intoxicação por medicamentos depressores	
BTox 10	Exposição a solventes	
BTox 11	Exposição a corrosivos	
BTox 12	Descontaminação	
BTox 13	Acidentes com Animais Peçonhentos	
BTox 14	Primeiro na Cena com Produtos Perigosos	
BTox 15	Identificação do Produto Perigoso	
BTox 16	Produtos Perigosos - Princípios Gerais	
BTox 17		
BTox 18		
BTox 19		

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Fevereiro/2016

7/8



Protocolo Samu 192

**SUPORTE BÁSICO DE VIDA**

## Sumário

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

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Fevereiro/2016

8/8





Protocolo Samu 192

SUPORTE BÁSICO DE VIDA



## Lista de Siglas

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

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Fevereiro/2016

1/2



Protocolo Samu 192

**SUORTE BÁSICO DE VIDA**

## Lista de Siglas

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

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Fevereiro/2016

2/2





**BC1**

Protocolo Samu 192  
Emergências Clínicas  
**SUPOORTE BÁSICO DE VIDA**



## BC1 – Avaliação primária do paciente (agravo clínico)

Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

Em toda abordagem de pacientes com agravo clínico.

Conduta:

- 1. Avaliar a responsividade (chamar o paciente) e expansão torácica:**
  - se não responsivo e sem movimentos respiratórios, checar pulso central;
    - se pulso ausente, iniciar Protocolo BC5 (PCR); e
    - se pulso presente, abrir VA com manobras manuais (hiperextensão da cabeça e elevação do queixo) e iniciar suporte ventilatório Protocolo BC4 (Parada Respiratória).
  - se não responsivo com movimentos respiratórios: garantir a permeabilidade de via aérea e considerar suporte ventilatório; e
  - se responsivo, prosseguir avaliação.
- 2. Avaliar permeabilidade de via aérea (VA) e corrigir situações de risco com: hiperextensão da cabeça e elevação do queixo, cânula orofaríngea, aspiração e retirada de próteses, se necessário.**
- 3. Avaliar ventilação:**
  - padrão ventilatório;
  - simetria torácica;
  - frequência respiratória; e
  - considerar a administração de O<sub>2</sub>.
- 4. Avaliar estado circulatório:**
  - presença de hemorragias externas de natureza não traumática;
  - pulsos periféricos ou centrais; frequência, ritmo, amplitude, simetria;
  - tempo de enchimento capilar;
  - pele: coloração e temperatura; e
  - na presença de sangramento ativo, considerar compressão direta, se possível.
- 5. Avaliar estado neurológico:**
  - Escala de Coma de Glasgow; e
  - avaliação pupilar: foto-reatividade e simetria.

### Observações:

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

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Abril/2015

BC1 – Avaliação primária do paciente (agravo clínico)  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/1



**BC2**

Protocolo Samu 192  
Emergências Clínicas  
**SUPOORTE BÁSICO DE VIDA**



## BC2 – Avaliação secundária do paciente (agravo clínico)

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

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

### Conduta:

- 1. Realizar a entrevista SAMPLA (com o paciente, familiares ou terceiros):**
  - Nome e idade;
  - Queixa principal;
  - S: verificação dos sinais vitais:
    - respiração (frequência, ritmo e amplitude);
    - pulso (frequência, ritmo e amplitude);
    - pressão arterial; e
    - pele (temperatura, cor, turgor e umidade);
  - A: história de alergias;
  - M: medicamentos em uso e/ou tratamentos em curso;
  - P: passado médico – problemas de saúde ou doença prévia;
  - L: horário da última ingestão de líquidos ou alimentos; e
  - A: ambiente do evento.
- 2. Realizar a avaliação complementar:**
  - instalar oximetria de pulso, se disponível; e
  - mensurar a glicemia capilar, se disponível.
- 3. Realizar o exame da cabeça aos pés:**
  - **Cabeça e face:**
    - inspecionar e palpar o couro cabeludo, orelhas, ossos da face, olhos, pupilas (verificar diâmetro, reação à luz e simetria pupilar) nariz, boca; e
    - observar alterações na coloração e temperatura da pele.
  - **Pescoço:**
    - avaliar região anterior e posterior; e
    - avaliar, em especial, se há distensão das veias jugulares;
  - **Tórax:**
    - observar, em especial, se há uso de musculatura acessória, tiragem intercostal e de fúrcula, movimentos assimétricos.
  - **Abdome:**
    - observar abdome distendido;
  - **Membros superiores:**
    - observar, em especial, a palpação de pulsos distais e perfusão dos membros; e
    - avaliar a força motora, solicitando que o paciente aperte a mão do profissional e/ou eleve um braço de cada vez, se descartada qualquer potencial lesão.
  - **Membros inferiores:**
    - observar, em especial, a palpação de pulsos distais e perfusão dos membros (reenchimento capilar); e
    - avaliar a força motora, solicitando que o paciente movimente os pés e/ou eleve uma perna de cada vez, se descartada qualquer potencial lesão.

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Abril/2015

BC2 – Avaliação secundária do paciente (agravo clínico)  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/2



**BC2**

**Protocolo Samu 192  
Emergências Clínicas  
SUPORTE BÁSICO DE VIDA**

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

### **Observações:**

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

BC2 – Avaliação secundária do paciente (agravo clínico)

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Abril/2015

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

2/2



**BC3**

Protocolo Samu 192  
Emergências Clínicas  
**SUPOORTE BÁSICO DE VIDA**



## BC3 – OVACE – Obstrução de vias aéreas por corpos estranhos

Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

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

Conduta:

- 1. Avaliar a severidade**
  - obstrução leve: Paciente capaz de responder se está engasgado. Consegue tossir, falar e respirar
  - obstrução grave: Paciente consciente e que não consegue falar. Pode não respirar ou apresentar respiração ruidosa, tosse silenciosa e/ou inconsciência.
- 2. Considerar abordagem específica.**
  - obstrução leve em paciente responsivo:
    - não realizar manobras de desobstrução (não interferir);
    - acalmar o paciente;
    - incentivar tosse vigorosa;
    - monitorar e suporte de O<sub>2</sub>, se necessário;
    - observar atenia e constantemente; e
    - se evoluir para obstrução grave: ver item obstrução grave.
  - obstrução grave em paciente responsivo - executar a manobra de heimlich:
    - posicionar-se por trás do paciente, com seus braços à altura da crista ilíaca;
    - posicionar uma das mãos fechada, com a face do polegar encostada na parede abdominal, entre apêndice xifóide e a cicatriz umbilical;
    - com a outra mão espalmada sobre a primeira, comprimir o abdome em movimentos rápidos, direcionados para dentro e pra cima (em j); e
    - repetir a manobra até a desobstrução ou o paciente tornar-se não responsivo.
    - obs: em pacientes obesas e gestantes no último trimestre, realize as compressões sobre o esterno (linha intermamilar) e não sobre o abdome.
  - obstrução grave em paciente irresponsivo:
    - posicionar o paciente em decúbito dorsal em uma superfície rígida;
    - diante de irresponsividade e ausência de respiração com pulso, executar compressões torácicas com objetivo de remoção do corpo estranho;
    - abrir vias aéreas, visualizar a cavidade oral e remover o corpo estranho, se visível e alcançável (com dedos ou pinça);
    - se nada encontrado, realizar 1 insuflação e se o ar não passar ou o tórax não expandir, reposicionar a cabeça e insuflar novamente; e
    - considerar o transporte imediato mantendo as manobras básicas de desobstrução.
- 3. Estar atento à ocorrência de PR (Protocolo BC4) ou PCR (Protocolo BC5).**
- 4. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada.**
- 5. Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para a unidade de saúde.**

### Observações:

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

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Abril/2015

BC3 – OVACE – Obstrução de vias aéreas por corpos estranhos  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/1



**BC4**

Protocolo Samu 192  
Emergências Clínicas  
**SUPOORTE BÁSICO DE VIDA**



## BC4 – Parada respiratória no adulto

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

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

### Conduta:

1. Checar responsividade (tocar os ombros e chamar o paciente em voz alta) e checar a presença de respiração.
1. Se não responsivo e respiração ausente ou gasping, posicionar o paciente em decúbito dorsal em superfície plana, rígida e seca.
2. Solicitar ajuda (DEA).
3. Checar pulso central (carotídeo) em 10 segundos.
  - se pulso presente:
    - abrir via aérea e aplicar 1 insuflação com bolsa valva-máscara.
    - a insuflação de boa qualidade deve ser de 1 segundo e obter visível elevação do tórax. Considerar a escolha da manobra manual segundo a presença de trauma;
    - precocemente instalar suprimento de O<sub>2</sub>, alto fluxo (10 a 15l/min) na bolsa valva-máscara;
    - considerar a instalação da cânula orofaríngea (COF);
    - na persistência da PR, realizar 1 insuflação de boa qualidade a cada 5 a 6 segundos (10 a 12/min);
    - verificar a presença de pulso a cada 2 minutos. Na ausência de pulso, iniciar RCP com compressões torácicas eficientes e seguir Protocolo BC5; e
    - manter atenção para a ocorrência de PCR (Protocolo BC5).
  - se pulso ausente:
    - iniciar RCP com compressões torácicas eficientes e seguir Protocolo BC5.
4. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada.
5. Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para a unidade de saúde.

### Observações:

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

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Abril/2015

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

BC4 – Parada respiratória no adulto

1/1





**BC5**

Protocolo Samu 192  
Emergências Clínicas  
SUPORTE BÁSICO DE VIDA



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

Quando suspeitar ou critérios de inclusão

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

Conduta

1. Checar a responsividade (tocar os ombros e chamar o paciente em voz alta).
2. Se não responsivo:
  - Profissional 1: comunicar imediatamente a Regulação Médica, para apoio do suporte avançado de vida (SAV) e providenciar desfibrilador externo automático (DEA) e os equipamentos de emergência;
  - Profissional 2: verificar a respiração e o pulso simultaneamente. Atenção: Checar pulso central (carotídeo) em até 10 segundos.
3. Posicionar o paciente em decúbito dorsal em superfície plana, rígida e seca.
4. Se respiração ausente ou em *gasping* e:
  - Pulso PRESENTE: abrir via aérea e aplicar uma insuflação a cada 5 a 6 segundos (10 a 12/min) e verificar a presença de pulso a cada 2 minutos. Siga o Protocolo BC4 (Parada respiratória);
  - Pulso AUSENTE: informar imediatamente à Central de Regulação Médica, solicitando apoio (caso ainda não o tenha feito) e iniciar ressuscitação cardiopulmonar (RCP).
5. Iniciar RCP pelas compressões torácicas, mantendo ciclos de:
  - 30 compressões eficientes (na frequência de 100 a 120/min, deprimindo o tórax em 5 a 6 cm com completo retorno)
  - Duas insuflações eficientes (de 1 seg cada e com visível elevação do tórax) com bolsa valva-máscara com reservatório e oxigênio adicional.
6. Assim que o DEA estiver disponível:
  - Instalar os eletrodos de adulto do DEA no tórax desnudo e seco do paciente sem interromper as compressões torácicas;
  - Ligar o aparelho; e
  - Interromper as compressões torácicas apenas quando o equipamento solicitar análise. Seguir as orientações do aparelho quanto à indicação de choque.
7. Se choque for indicado:
  - Solicitar que todos se afastem do contato com o paciente;
  - Disparar o choque quando indicado pelo DEA; e
  - Reiniciar imediatamente a RCP após o choque, começando pelas compressões torácicas, por 2 minutos.
8. Após 2 minutos de compressões e insuflações eficientes, checar novamente o ritmo com o DEA:
  - Se choque for indicado, siga as orientações do equipamento. Em seguida, reinicie imediatamente a RCP com ciclos de 30 compressões para duas insuflações;
  - Se choque não for indicado, checar pulso carotídeo e, se pulso ausente, reiniciar imediatamente a RCP com ciclos de 30 compressões para duas insuflações.
9. Checar novamente o ritmo após 2 minutos (considerar possibilidades do item 8);

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Novembro/2015

BC5 – PCR RCP em adultos (*Guidelines AHA 2015*)  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/2



## BC5

### Protocolo Samu 192 Emergências Clínicas SUPORTE BÁSICO DE VIDA

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

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

#### Observações

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- **Compressões torácicas eficientes e de boa qualidade compreendem:**
  - Mãos entrelaçadas;
  - Deprimir o tórax em pelo menos 5 cm (sem exceder 6 cm) e permitir o completo retorno entre as compressões;
  - Manter frequência de compressões em 100 a 120 compressões/min;
  - Alternar os profissionais que aplicam as compressões a cada 2 min; e
  - Minimizar as interrupções das compressões.
- **Insuflações eficientes e de boa qualidade compreendem:**
  - Insuflação de 1 segundo cada
  - Visível elevação do tórax.
- Utilizar o DEA assim que disponível, mantendo as manobras de reanimação até a efetiva instalação e disponibilidade do equipamento.
- Não interromper manobras de RCP.

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Novembro/2015

BC5 – PCR RCP em adultos (*Guidelines AHA 2015*)  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

2/2



**BC6**

Protocolo Samu 192  
Emergências Clínicas  
**SUPOORTE BÁSICO DE VIDA**



## BC6 – Interrupção da RCP

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

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

### Conduta:

- 1. Na condição de exaustão da equipe:**
  - realizar contato com a Central de Regulação Médica antes de tomar a decisão de interromper a RCP, para informar os motivos e receber orientações e ou definição do encaminhamento e/ou unidade de saúde de destino.
- 2. Na condição de riscos para a equipe por cena ou ambientes inseguros:**
  - se possível e sem oferecer maiores riscos para a equipe: remover o paciente para local mais seguro, na maior brevidade possível e continuar com as manobras de RCP; e
  - se não for possível remover o paciente: realizar contato com a Central de Regulação Médica, o mais breve possível, para informar os motivos que levaram a interrupção da RCP e receber orientações/definição do encaminhamento e/ou unidade de destino.
- 3. Sempre que possível, orientar os familiares quanto aos procedimentos que serão adotados.**

### Observações:

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

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Abril/2015

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

BC6 – Interrupção da RCP

1/1



**BC7**

Protocolo Samu 192  
Emergências Clínicas  
**SUPOORTE BÁSICO DE VIDA**



## BC7 – Cuidados pós-RCP no adulto

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

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

### Conduta:

1. Manter os eletrodos do DEA instalados no tórax do paciente.
2. Otimizar a ventilação e oxigenação com ênfase para:
  - manter permeabilidade da via aérea;
  - manter a SatO<sub>2</sub> ≥ 94%;
  - se em Parada Respiratória, iniciar com 10 a 12 insuflações/min com bolsa valva-máscara; e
  - não hiperventilar.
3. Avaliar sinais vitais.
4. Realizar ECG de segunda opinião – Telecárdio.
5. Controlar glicemia.
6. Manter atenção para a recorrência de PCR e a necessidade de reiniciar RCP.
7. Preparar para o transporte.
8. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada.
9. Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para a unidade de saúde.

### Observações:

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

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Abril/2015

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

BC7 – Cuidados pós-RCP no adulto

1/1



**BC8**

Protocolo Samu 192  
Emergências Clínicas  
**SUPOORTE BÁSICO DE VIDA**



## BC8 – Decisão de não Ressuscitação

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

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

### Conduta:

1. Não iniciar manobras de RCP.
2. Comunicar o evento à Central de Regulação Médica.
3. Em situações de risco à equipe, observar considerações do protocolo PE1.
4. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada.
5. Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para a unidade de saúde.

### Observações:

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

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Abril/2015

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

BC8 – Decisão de não Ressuscitação

1/1

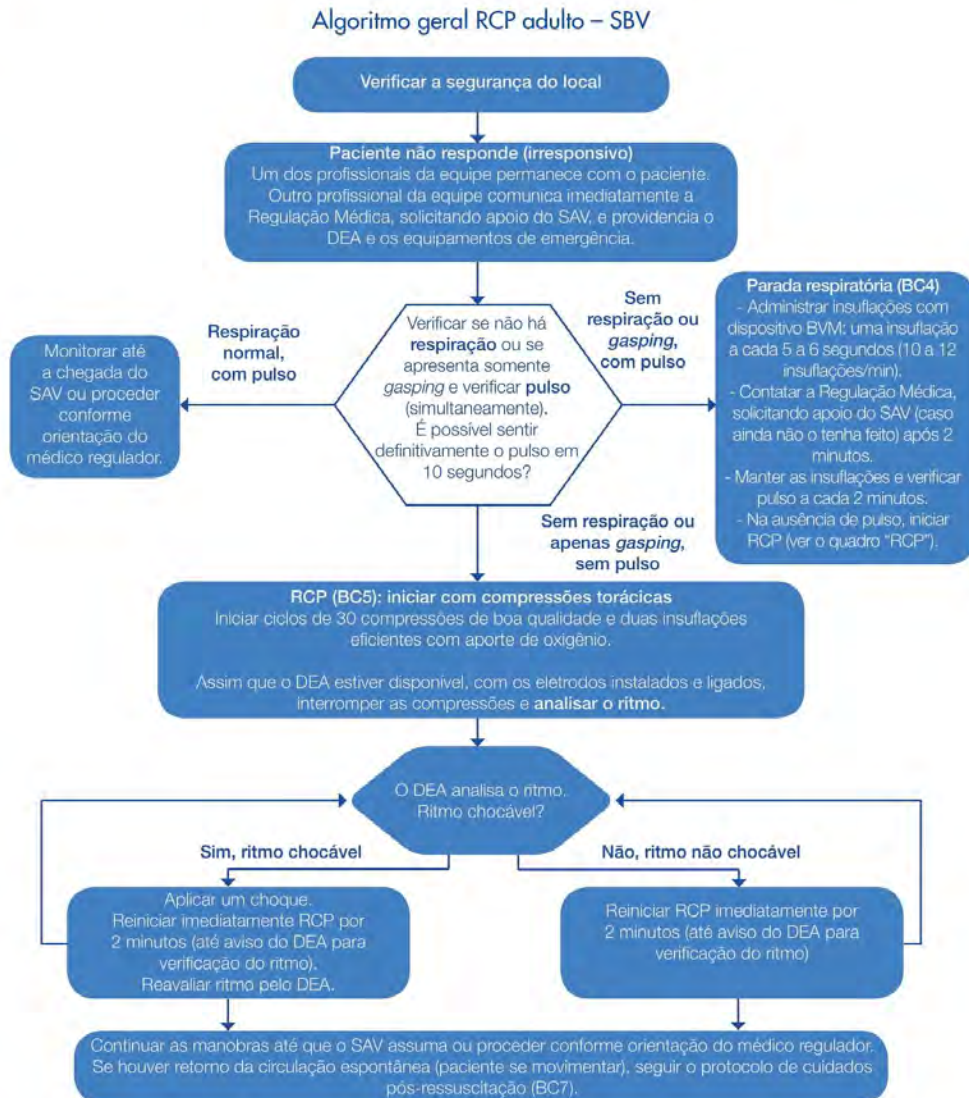


**BC9**

**Protocolo Samu 192**  
**Emergências Clínicas**  
**SUPORTE BÁSICO DE VIDA**



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



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

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Novembro/2015

BC9 – Algoritmo geral da RCP no adulto (Guidelines AHA 2015)  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/1



**BC10**

Protocolo Samu 192  
Emergências Clínicas  
**SUPOORTE BÁSICO DE VIDA**



## BC10 – Insuficiência respiratória aguda no adulto

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

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

### Conduta:

1. Realizar avaliação primária (Protocolo BC1) com ênfase para:
  - avaliar o nível de consciência;
  - manter o paciente em decúbito elevado, em graus variáveis, de acordo com a intensidade do desconforto respiratório; e
  - considerar possibilidade de OVACE (Protocolo BC3).
2. Realizar avaliação secundária (Protocolo BC2) com ênfase para:
  - avaliar o padrão respiratório (frequência, amplitude e assimetria) e ruídos respiratórios;
  - avaliar oximetria; e
  - realizar entrevista SAMPLA.
3. Oferecer O<sub>2</sub> suplementar por máscara não reinalante 10 a 15 l/min se SatO<sub>2</sub> < 94%.
4. Estar atento à possibilidade de parada respiratória (Protocolo BC4) ou PCR (Protocolo BC5).
5. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada.
6. Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para unidade de saúde.

### Observações:

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

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Abril/2015

BC10 – Insuficiência respiratória aguda no adulto  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/1



## BC11

Protocolo Samu 192  
Emergências Clínicas  
SUPORTE BÁSICO DE VIDA



### BC11 – Choque

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

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

#### Conduta:

1. Realizar avaliação primária (Protocolo BC1 ) com ênfase para:
  - avaliar responsividade;
  - manter via aérea pérvia;
  - estabilizar coluna cervical se suspeita de trauma;
  - oferecer O<sub>2</sub> sob máscara não reinalante 10 a 15 l/min se SatO<sub>2</sub> < 94%; e
  - identificar e controlar sangramentos, se pertinente (considerar compressão, torniquete, imobilização de pelve e membros, se necessário).
2. Realizar avaliação secundária (Protocolo BC2) com ênfase para:
  - coletar história SAMPLA;
  - monitorar oximetria de pulso e sinais vitais; e
  - realizar a prevenção de hipotermia: manter temperatura adequada da ambulância, remover roupas molhadas e usar manta térmica ou cobertor.
3. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada.
4. Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para a unidade de saúde.

#### Observações:

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- Na APH, a conduta mais segura diante de um paciente traumatizado em choque é considerar a causa do choque como hemorrágica, até prova em contrário.

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Abril/2015

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

BC11 – Choque

1/1





## BC12

Protocolo Samu 192  
Emergências Clínicas  
SUPORTE BÁSICO DE VIDA



### BC12 – Dor torácica não traumática

#### Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

- dor prolongada, localizada nas regiões retroesternal, epigástrica, abdominal alta ou precordial, com irradiação para dorso, pescoço, ombro, mandíbula e membros superiores, principalmente o esquerdo.
- características da dor: opressiva, “em aperto”, contínua, com duração de vários minutos, podendo ser acompanhada de náuseas e vômitos, sudorese fria, dispneia, sensação de morte iminente, ansiedade; desencadeada por estresse emocional ou esforço físico, podendo também surgir em repouso, durante o sono ou durante exercício leve.

#### Conduta:

1. Realizar avaliação primária (Protocolo BC1) com ênfase para:
  - manter o paciente com cabeceira elevada em torno de 45° e tranquilizá-lo.
2. Realizar avaliação secundária (Protocolo BC2) com ênfase para:
  - monitorar sinais vitais e oximetria de pulso; e
  - entrevista SAMPLA e caracterização da dor (qualidade, localização, irradiação).
3. Oferecer O<sub>2</sub> por máscara não reinalante 10 a 15 l/mim se SatO<sub>2</sub> < 94%.
4. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada.
5. Aguardar a orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para a unidade de saúde.

#### Observações:

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

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Abril/2015

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

BC12 – Dor torácica não traumática

1/1



**BC13**

Protocolo Samu 192  
Emergências Clínicas  
**SUPOORTE BÁSICO DE VIDA**



## BC13 – Crise hipertensiva

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

Crise hipertensiva: aumento da pressão arterial com risco de morte ou de lesão de órgãos-alvo.

Divide-se em urgência ou emergência hipertensiva.

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

### Conduta:

1. Realizar avaliação primária (Protocolo BC1) com ênfase para:
  - colocar o paciente em repouso e procurar tranquilizá-lo; e
  - repetir a mensuração dos níveis pressóricos.
2. Realizar avaliação secundária (Protocolo BC2) com ênfase para:
  - monitorizar oximetria de pulso e sinais vitais; e
  - coletar história SAMPLA, com atenção para:
    - existência de crises hipertensivas e sua frequência;
    - história familiar de doença cardíaca, hipertensão e diabetes; e
    - uso de medicamentos e/ou tratamentos específicos.
3. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada.
4. Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para unidade de saúde.

### Observações:

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

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Abril/2015

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

BC13 – Crise hipertensiva

1/1



**BC14**

Protocolo Samu 192  
Emergências Clínicas  
**SUPOORTE BÁSICO DE VIDA**



## BC14 – AVC – Acidente Vascular Cerebral

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

- início súbito de déficits neurológicos focais, especialmente de um lado do corpo:
  - paresia, paralisia ou perda de expressão facial e/ou desvio de rima labial; e
  - paresia, plegia e/ou parestesia.
- distúrbios da fala,
- alteração da consciência: de confusão a completa irresponsividade.
- ocorrência de crise convulsiva (primeiro episódio) sem história prévia de trauma ou episódio anterior.
- cefaleia súbita e intensa sem causa conhecida.
- alteração visual súbita (parcial ou completa).
- vertigem ou perda do equilíbrio ou da coordenação motora.
- dificuldade súbita para deambular.

### Conduta:

1. Realizar avaliação primária (Protocolo BC1) com ênfase para:
  - manter a permeabilidade das vias aéreas e a ventilação adequada;
  - avaliar estado neurológico: Escala de Cincinnati, Escala de Coma de Glasgow, reação pupilar;
  - manter decúbito elevado; e
  - manter decúbito lateral em caso de paciente inconsciente e aspirar orofaringe, se necessário.
2. Realizar avaliação secundária (Protocolo BC2) com ênfase para:
  - aferir a temperatura corporal;
  - monitorar PA e oximetria de pulso;
  - mensurar a glicemia capilar;
  - realizar entrevista SAMPLA; e
  - determinar a hora do início dos sintomas e sinais.
3. Oferecer O<sub>2</sub> sob máscara não reinalante 10 a 15 l/mim se SatO<sub>2</sub> < 94%.
4. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada.
5. Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para a unidade de saúde.

### Observações:

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

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Abril/2015

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

BC14 – AVC – Acidente Vascular Cerebral

1/1



## BC15

Protocolo Samu 192  
Emergências Clínicas  
SUPORTE BÁSICO DE VIDA



### BC15 – Inconsciência

#### Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

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

#### Conduta:

1. Realizar a avaliação primária com ênfase para:
  - avaliar responsividade/comprovar a inconsciência;
  - observar expansibilidade torácica e checar pulso carotídeo ou femoral. Caso não sejam observados movimentos respiratórios nem pulso, iniciar RCP (Protocolo BC5); e
  - na ausência de movimentos respiratórios e pulso presente, considerar obstrução de vias aéreas (Protocolo BC3).
2. Na presença de movimentos respiratórios e pulso, prosseguir a avaliação primária com ênfase para:
  - manter a permeabilidade da via aérea e ventilação adequada;
  - oferecer  $O_2$  sob máscara não reinalante 10 a 15 l/min se  $SatO_2 < 94\%$ ; e
  - realizar a Escala de Coma de Glasgow e a avaliação das pupilas.
3. Realizar avaliação secundária, com ênfase para:
  - realizar a entrevista SAMPLA;
  - monitorar sinais vitais e oximetria; e
  - mensurar a glicemia capilar.
4. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada.
5. Aguardar a orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para a unidade de saúde.

#### Observações:

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

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Abril/2015

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

BC15 – Inconsciência

1/1



## BC16

Protocolo Samu 192  
Emergências Clínicas  
SUPORTE BÁSICO DE VIDA



### BC16 – Crise convulsiva no adulto

#### Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

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

#### Conduta:

- 1. Realizar avaliação primária (Protocolo BC1) com ênfase para:**
  - avaliar responsividade;
  - aspirar secreções se necessário;
  - manter permeabilidade de vias aéreas; e
  - oferecer O<sub>2</sub> sob máscara não reinalante, 10 a 15 l/min se SatO<sub>2</sub> < 94%.
- 2. Realizar avaliação secundária (Protocolo BC2) com ênfase para:**
  - monitorar oximetria de pulso e sinais vitais;
  - mensurar glicemia capilar;
  - coletar história SAMPLA; e
  - proteger o paciente para evitar traumas adicionais, principalmente na cabeça.
- 3. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada.**
- 4. Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para a unidade de saúde.**

#### Observações:

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

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Abril/2015

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

BC16 – Crise convulsiva no adulto

1/1



**BC17**

Protocolo Samu 192  
Emergências Clínicas  
**SUPOORTE BÁSICO DE VIDA**



## BC17 – Hipotermia

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

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

#### HIPOTERMIA LEVE (32-35°C)

Taquicardia, hipertensão arterial, taquipneia, broncorreia, broncoespasmo, tremores musculares, rigidez muscular, pele fria e pálida, cianose de extremidades, confusão mental com desorientação ou apatia, ataxia e incoordenação de movimentos, hiperreflexia, diurese induzida pelo frio.

#### HIPOTERMIA MODERADA (30-32°C)

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

#### HIPOTERMIA GRAVE (<30° C)

Depressão profunda do SNC, arreflexia, rigidez, bradycardia grave e hipotensão, bradipneia ou apneia, pode ocorrer edema pulmonar e arritmias ventriculares.

### Conduta:

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

- avaliar responsividade, respiração e pulso;
- instituir medidas para correção da hipotermia: remover as roupas frias e molhadas para impedir queda adicional da temperatura e aquecer com mantas metálicas;
- manter o paciente na posição horizontal (a posição ortostática aumenta o risco de convulsões); e
- oferecer O<sub>2</sub> sob máscara não reinalante 10 a 15 l/min se SatO<sub>2</sub> < 94%.

#### 2. Realizar avaliação secundária, com ênfase para:

- entrevista SAMPLA para a identificação das possíveis causas; e
- mensurar a PA, oximetria de pulso e glicemia capilar.

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

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

### Observações:

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

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Abril/2015

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

BC17 – Hipotermia

1/1



**BC18**

Protocolo Samu 192  
Emergências Clínicas  
**SUPOORTE BÁSICO DE VIDA**



## BC18 – Hiperglicemia

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

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

### Conduta:

1. Realizar avaliação primária (Protocolo BC1) com ênfase para:
  - avaliar responsividade.
2. Realizar avaliação secundária (Protocolo BC2) com ênfase para:
  - coletar história SAMPLA;
  - mensurar glicemia capilar; e
  - monitorar oximetria de pulso e sinais vitais.
3. Oferecer O<sub>2</sub> suplementar por máscara não reinalante 10 a 15 l/min se SatO<sub>2</sub> < 94%.
4. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada.
5. Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para a unidade de saúde.

### Observações:

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

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Abril/2015

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

BC18 – Hiperglicemia

1/1



**BC19**

Protocolo Samu 192  
Emergências Clínicas  
**SUPOORTE BÁSICO DE VIDA**



## BC19 – Hipoglicemia

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

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

### Conduta:

1. Realizar avaliação primária (Protocolo BC1) com ênfase para:
  - verificar responsividade; e
  - permeabilizar as vias aéreas.
2. Realizar avaliação secundária (Protocolo BC2) com ênfase para:
  - coletar história SAMPLA; e
  - mensurar glicemia capilar e oximetria.
3. Oferecer O<sub>2</sub> por máscara não reinalante 10 a 15 l/min se SatO<sub>2</sub> < 94%.
4. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada.
5. Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para a unidade de saúde.

### Observações:

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

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Abril/2015

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

BC19 – Hipoglicemia

1/1





**BC20**

Protocolo Samu 192  
Emergências Clínicas  
**SUPOORTE BÁSICO DE VIDA**



## BC20 – Dor abdominal não traumática

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

Dor em região abdominal, não associada ao trauma.

Critérios de gravidade: abdome tenso a palpação, hipotensão associada.

### Conduta:

1. Realizar avaliação primária (Protocolo BC1);
2. Realizar avaliação secundária (Protocolo BC2) com ênfase para:
  - caracterizar a dor: localização, intensidade, duração, tipo (cólica, peso, choque, queimação, etc); presença de irradiação; instalação (explosiva, em segundos; rápida e progressiva, em 1 a 2 hs, gradual, em várias horas); fatores de melhora e piora; periodicidade (Protocolo BC26);
  - identificar critérios de gravidade; e
  - obter dados relativos a fatores associados (febre, vômitos, alteração do ritmo intestinal, alterações urinárias e ginecológicas).
3. Realizar contato com Regulação Médica e passar dados de forma sistematizada.
4. Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para unidade de saúde.

### Observações:

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

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Abril/2015

BC20 – Dor abdominal não traumática  
Este protocolo foi paulado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/1



**BC21**

Protocolo Samu 192  
Emergências Clínicas  
**SUPOORTE BÁSICO DE VIDA**



## BC21 – HDA – Hemorragia Digestiva Alta

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

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

### Conduta:

1. Realizar avaliação primária (Protocolo BC1) com ênfase para:
  - avaliar nível de consciência;
  - manter permeabilidade de vias aéreas; e
  - oferecer O<sub>2</sub> sob máscara não reinalante, 10 a 15 l/min se SatO<sub>2</sub> < 94%.
2. Avaliação secundária (Protocolo BC2) com ênfase para:
  - monitorar oximetria de pulso e sinais vitais.
3. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada.
4. Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para a unidade de saúde.

### Observações:

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

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Abril/2015

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

BC21 – HDA – Hemorragia Digestiva Alta

1/1



**BC22**

Protocolo Samu 192  
Emergências Clínicas  
**SUPOORTE BÁSICO DE VIDA**



## BC22 – HDB – Hemorragia Digestiva Baixa

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

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

### Conduta:

1. Realizar avaliação primária (Protocolo BC1) com ênfase para:
  - avaliar nível de consciência; e
  - oferecer O<sub>2</sub> sob máscara não reinalante, 10 a 15 l/min se SatO<sub>2</sub> < 94%.
2. Realizar avaliação secundária (Protocolo BC1) com ênfase para:
  - coletar história SAMPLA;
  - monitorar oximetria de pulso e sinais vitais; e
  - identificar sinais de choque.
3. Realizar contato com Regulação Médica e passar dados de forma sistematizada.
4. Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para unidade de saúde.

### Observações:

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

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Abril/2015

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

BC22 – HDB – Hemorragia Digestiva Baixa

1/1



**BC23**

Protocolo Samu 192  
Emergências Clínicas  
**SUPOORTE BÁSICO DE VIDA**



## BC23 – Reação alérgica – Anafilaxia

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

História de contato com um alérgeno reconhecido ou não, acompanhado de sinais.

Anafilaxia é altamente provável quando o quadro apresentado preencher qualquer um dos 3 critérios a seguir.

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

### Conduta:

1. Realizar avaliação primária (Protocolo BC1) com ênfase para:
  - suspender, se possível, a exposição ao provável agente desencadeante;
  - preservar a permeabilidade das vias aéreas;
  - oferecer O<sub>2</sub> sob máscara não reinalante 10 a 15 l/min se SatO<sub>2</sub> < 94%;
  - colocar o paciente em decúbito dorsal e elevar membros inferiores;
  - se apresentar dispneia ou vômitos, colocar em posição de conforto; e
  - não permitir que o paciente sente ou se levante bruscamente, nem colocá-lo em posição vertical, pelo risco de morte súbita.
2. Em caso de sinais de comprometimento ventilatório ou presença de sinais de choque, comunicar precocemente a Regulação Médica para obtenção de apoio ou orientações.
3. Realizar avaliação secundária (Protocolo BC2) com ênfase para:
  - avaliar oximetria de pulso, ritmo cardíaco e sinais vitais; e
  - entrevista SAMPLA.

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Abril/2015

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

BC23 – Reação alérgica – Anafilaxia

1/2



## BC23

Protocolo Samu 192  
Emergências Clínicas  
**SUORTE BÁSICO DE VIDA**

### BC23 – Reação alérgica – Anafilaxia

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

#### Observações:

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

BC23 – Reação alérgica – Anafilaxia

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Abril/2015

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

2/2



## BC24

Protocolo Samu 192  
Emergências Clínicas  
**SUPOORTE BÁSICO DE VIDA**



### BC24 – Epistaxe

#### Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

Sangramento nasal ativo, associado ou não as seguintes situações:

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

#### Conduta:

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

#### Observações:

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

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Abril/2015

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

BC24 – Epistaxe

1/1



**BC25**

Protocolo Samu 192  
Emergências Clínicas  
**SUPOORTE BÁSICO DE VIDA**



## BC25 – Hemoptise

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

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

### Conduta:

1. Realizar avaliação primária (Protocolo BC1) com ênfase para:
  - garantir a permeabilidade das vias aéreas;
  - realizar aspiração da cavidade oral se necessário; e
  - oferecer  $O_2$  sob máscara não reinalante 10 a 15 l/min se  $SatO_2 < 94\%$ .
2. Realizar avaliação secundária, com ênfase para:
  - monitorar padrão respiratório e PA; e
  - entrevista SAMPLA.
3. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada.
4. Aguardar a orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para a unidade de saúde.

### Observações:

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

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Abril/2015

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

BC25 – Hemoptise

1/1



**BC26**

Protocolo Samu 192  
Emergências Clínicas  
**SUPOORTE BÁSICO DE VIDA**



## BC26 – Manejo da dor no adulto

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

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

### Conduta:

1. Realizar avaliação primária (Protocolo específico BC1, BT1).
2. Realizar avaliação secundária (Protocolo específico AC2, AT2) com ênfase para:
  - caracterizar a dor;
  - obter dados sobre fatores associados a dor;
  - avaliar a intensidade da dor usando uma escala numérica e classificar em Leve (1-4); Moderada (5-7) e Intensa (8-10); e
  - remover o agente causal da dor, se possível.
3. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada.
4. Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para a unidade de saúde.

### Observações:

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

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Abril/2015

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

BC26 – Manejo da dor no adulto

1/1





**BC27**

Protocolo Samu 192  
Emergências Clínicas  
**SUPOORTE BÁSICO DE VIDA**



## BC27 – Cólica nefrética

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

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

### Conduta:

1. Realizar avaliação primária (Protocolo BC1) com ênfase para:
  - oferecer  $O_2$  sob máscara não reinalante 10 a 15 l/min se  $SatO_2 < 94\%$ .
2. Realizar avaliação secundária (Protocolo BC2) com ênfase para:
  - monitorar oximetria de pulso e sinais vitais;
  - posicionar o paciente de forma que se sinta confortável;
  - posicioná-lo em decúbito lateral, se vômitos;
  - entrevista SAMPLA com ênfase na caracterização da dor; e
  - avaliar a intensidade da dor, usando uma escala numérica.
3. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada.
4. Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para a unidade de saúde.

### Observações:

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

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Abril/2015

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

BC27 – Cólica nefrética

1/1



**BC28**

Protocolo Samu 192  
Emergências Clínicas  
**SUPORTE BÁSICO DE VIDA**



## BC28 – Manejo da crise em saúde mental

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

Trata-se, fundamentalmente, de situações de conflitos e/ou rupturas de vínculos sociais, que envolvem grave sofrimento psíquico para o usuário e/ou seu entorno e geralmente estão atreladas às dificuldades de comunicação, expressão e entendimento entre os envolvidos, que impedem o estabelecimento de consensos, gerando desorganizações na vida cotidiana.

Alvorço, confusão, agitação, medo, choro, tristeza, apatia, insegurança, alterações da percepção da realidade são algumas das expressões que igualmente denotam que algo não vai bem com o sujeito. Tanto aspectos biológicos como relacionais estão envolvidos na gênese desses desequilíbrios.

### Conduta:

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

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Abril/2015

BC28 – Manejo da crise em saúde mental  
Este protocolo foi revisado nos mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/2



**BC28**

**Protocolo Samu 192  
Emergências Clínicas  
SUPORTE BÁSICO DE VIDA**

**BC28 – Manejo da crise em saúde mental**

13. Oferecer e negociar opções de conciliação e formas de lidar com o evento desencadeante, estimulando a tranquilização e melhor resolução da situação.
14. Considerar a importância de acolher os familiares e/ou outras pessoas envolvidas na cena.
15. Considerar o limite da mediação, se presença de agravos da situação (estresse da equipe e/ou do ambiente, piora clínica do paciente e tempo excessivo).
16. Considerar a possibilidade de substituir o mediador.
17. Comunicar a situação clínica atualizada à Regulação Médica e proceder conforme as orientações do médico regulador.

**Observações:**

- Avaliação ACENA:

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

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Abril/2015

BC28 – Manejo da crise em saúde mental  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

2/2



**BC29**

Protocolo Samu 192  
Emergências Clínicas  
**SUPOORTE BÁSICO DE VIDA**



## BC29 – Agitação e situação de violência

Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

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

Conduta em paciente armado:

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

Conduta em paciente desarmado:

1. Avaliar ambiente, sujeitos e segurança (método ACENA).
2. Abordar a cena conforme protocolo de manejo da crise (Protocolo BC28).
3. Demonstrar interesse e consideração pela situação, tentando estabelecer uma relação de confiança e deixando claro que você está ali para ajudar, na tentativa de tranquilizá-lo.
4. Ouvir atentamente o que o paciente tem a dizer, incluindo sua linguagem corporal.
5. Utilizar frases curtas e simples e repetir propostas.
6. Identificar um parente, amigo, ou profissional preferencialmente indicado pelo paciente, que possa oferecer suporte e negociar as necessidades de apoio e as formas de lidar com a situação.
7. Perguntar o que está acontecendo que possa estar causando a agitação, tentando associar o estado de agitação a quatro situações:
  - raiva - hostilidade, fala exaltada, tensão muscular, etc.;
  - euforia - hiperatividade, verborreia, ideia de grandeza, insônia, etc.;
  - medo - atitude de desconfiança, sensação de ameaça, etc.; e
  - confusão mental - desorientação, discurso incoerente, etc.
8. Investir na conversa com alguém agitado é uma estratégia potente para a redução da agitação, mesmo não havendo resposta verbal do paciente.
9. Ofertar opções para que o paciente possa escolher, mantendo postura firme e segura para negociar limites, sem desafiá-lo nem confrontá-lo.

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Abril/2015

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

BC29 – Agitação e situação de violência

1/2



## BC29

### Protocolo Samu 192 Emergências Clínicas SUPORTE BÁSICO DE VIDA

#### BC29 – Agitação e situação de violência

10. Distensionar as situações de raiva, euforia e medo:
  - raiva – explicitar que reconhece a raiva, mas dialogar em busca de outras soluções;
  - euforia – manter o diálogo com atitudes claras, indicando limites e possibilidades, proporcionando um ambiente com poucos estímulos, que favoreça a tranquilização; e
  - medo – explicitar que reconhece o medo, ter atitude protetiva, escuta e fala acolhedoras.
11. Não fazer julgamentos e não prometer algo que não será realizado.
12. No caso de confusão mental (alteração do nível de consciência) considerar Protocolo BC15.
13. Quando possível, realizar a avaliação primária e secundária como estratégia para mudar o foco e tranquilizar.
14. Em situação de agressão iminente, buscar o apoio e aproximação de outras pessoas na mediação, de modo a transmitir a mensagem de superioridade de força.
15. Persistindo ou superado o estado de agitação e/ou situação de violência, entrar em contato com a Central de Regulação para orientações e encaminhamentos.

#### Observações:

- Avaliação ACENA:

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

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

**BC32**

Protocolo Samu 192  
Emergências Clínicas  
SUPORTE BÁSICO DE VIDA



## BC32 - Autoagressão e risco de suicídio

### 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 intensa de veículos e mar.

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

### Conduta:

#### ASPECTOS GERAIS

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

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Novembro/2015

BC32 - Autoagressão e risco de suicídio  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/5



**BC32**

**Protocolo Samu 192  
Emergências Clínicas  
SUPORTE BÁSICO DE VIDA**

**BC32 - Autoagressão e risco de suicídio**

- Incentivar a mudança de local da conversa para um local mais seguro somente quando avaliar que essa atitude não aumentará o estresse ou a desconfiança do paciente. Exemplos: proponha outro lugar para continuarem a conversa que possa trazer mais conforto; ofereça água ou papel e caneta para escrever.
    - Se a situação for de risco, pode ser preferível não deixar que o paciente se mova sem ajuda especializada; mantenha o diálogo, negociando para que a pessoa permaneça imóvel, enquanto se articulam estratégias de intervenção (colchão de ar, escada, etc.).
  - Identificar eventos atuais, pessoas e outros estressores que possam ter precipitado a crise suicida. Valorizar:
    - Histórico de ameaças e tentativas anteriores de autoagressão e/ou suicídio;
    - Histórico psiquiátrico e tratamentos de saúde mental (uso abusivo de substâncias psicoativas, depressão, ansiedade, sintomas psicóticos como delírios persecutórios e alucinações auditivas de comando);
    - Sinais de intoxicação por álcool, outras drogas, pesticidas e/ou medicamentos;
    - Condições biológicas, psicossociais, situacionais e culturais pertinentes (dolorosas, terminais, recusa do tratamento de doenças, insônia, sensação de isolamento ou solidão, desemprego ou dificuldade financeira, término de relação amorosa, falecimento de ente querido, ausência de perspectivas ou projetos futuros).
  - Abordar o tema relativo à autoagressão e/ou ao risco de suicídio demonstrando uma postura de cuidado e, principalmente, evitando adotar uma postura de julgamento ou pressionar o paciente a fornecer detalhes da situação vivenciada.
  - **Fraseologia:** *"Imagino que o tamanho do seu sofrimento (dor) seja tão grande (insuportável) a ponto de já ter desejado morrer?"; "Está considerando que acabar com a própria vida é a melhor solução?"; "Os pensamentos ou sonhos com morte têm sido frequentes?"; "Ouve vozes ou vê coisas que trazem sensações ruins ou negativas?"; "Tem abusado de álcool e drogas?"; "Tem alimentado ideias de como morrer?"; "Tem alguém com quem você consegue conversar sobre isso?"*.
  - Oferecer e negociar formas alternativas de lidar com o evento desencadeante, estimulando a tranquilização e a reflexão sobre outras possibilidades de resolução da situação;
  - Não desafiar a pessoa e não prometer algo que não será realizado.
    - Respeite as regras propostas pelo paciente que forem seguras e razoáveis, como não se aproximar em demasia, chamar familiares ou outras pessoas, mudar o negociador, etc.;
    - Explique o motivo da impossibilidade e/ou informe que você precisará consultar outras pessoas antes de efetivar promessas que não pode cumprir;
    - No caso da presença de familiares ou conhecidos, avaliar e negociar com o paciente as condições de afastamento ou permanência de tais pessoas na cena.
  - Manter a concentração na conversa e evitar conversas paralelas com outros membros da equipe;
  - Jamais deixar o paciente sozinho.
- 6. Durante o manejo verbal e a negociação, são ações importantes que podem ser realizadas pelo mediador ou por outros membros da equipe de atendimento:**
- Identificar um familiar, um amigo, uma referência comunitária ou um profissional preferencialmente indicado pelo paciente que possa oferecer suporte e negociar necessidades de apoio e formas de lidar com a situação, bem como fornecer informações que possam ajudar na compreensão dos acontecimentos;
  - Comunicar em voz baixa e com discrição ou por meio de bilhetes entregues ao mediador as informações obtidas junto à família e à comunidade.
- 7. Avaliar, a partir da mediação, a presença de fatores de risco e fatores de proteção:**
- Intenção suicida e/ou de autoagressão (até que ponto o paciente intenciona agir a respeito de seus pensamentos autodestrutivos; sinais de automutilação);
  - Ideação suicida e/ou pensamento de autoagressão (ideia, desejo e pensamento voltados para o ato de cometer suicídio);
  - Planos suicidas (grau de estruturação/detalhamento, letalidade do método e acesso aos meios para o ato planejado);
  - Nível de impulsividade e autocontrole do paciente, com atenção para a velocidade com que passa da ideia (pensamento) ao ato, a capacidade de reflexão (ponderação) sobre os desejos e pensamentos, e o padrão de respostas (atitudes);

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Novembro/2015

BC32 - Autoagressão e risco de suicídio  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

2/5



**BC32**

Protocolo Samu 192  
Emergências Clínicas  
SUPORTE BÁSICO DE VIDA



## BC32 - Autoagressão e risco de suicídio

- Estado mental (lucidez, juízo crítico, orientação e noção da realidade);
  - Fatores protetivos (relação familiar, religiosidade, suporte social, projetos de vida, esperança e percepção de que a situação pode melhorar, "há saída").
8. Diante do aceite de ajuda por parte do paciente, realizar, assim que possível, a avaliação primária (protocolo BC1) e a avaliação secundária (protocolo BC2), atentando a sinais de intoxicação exógena e automutilação.
    - A fim de preservar a confiança e manter o paciente colaborativo na continuidade da abordagem pré-hospitalar, não utilizar a contenção física antes de esgotar todos os recursos de manejo da crise ou na tentativa de disciplinar, retalar ou coagir o paciente;
  9. Monitore o tempo todo a segurança da cena e mantenha atenção redobrada sobre mudanças de comportamento do paciente, mesmo que ele aparente calma durante a abordagem. Uma comunicação clara sobre a intenção, os objetivos, a ordem dos procedimentos, entre outros esclarecimentos, pode reduzir riscos.
  10. Cuidados durante o transporte do paciente na ambulância do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU):
    - Negociar com o paciente ao menos a fixação dos cintos de segurança da maca;
    - Retirar do alcance do paciente quaisquer objetos soltos que fiquem dentro da ambulância;
    - Manter à mão uma linha de comunicação com a regulação para solicitar ajuda, se for o caso;
    - Manter atenção à linguagem não verbal (gestos, expressões faciais, atitude corporal) do paciente;
    - Evitar o uso de sirene e manobras muito bruscas durante o trajeto;
    - Evitar novos assuntos dentro da ambulância, pois eles podem incitar reações inesperadas; busque apenas responder solicitações do paciente e reitere a postura de ajuda/apoio. Jamais o deixe sem resposta;
    - Se a pessoa estiver contida, atente para o monitoramento contínuo do nível de consciência, dos sinais vitais, da perfusão sanguínea e das membros contidos (avaliar a ocorrência de dor, calor, edema, ferimento e garroteamento).
  11. Caso o suicídio seja consumado, seguir protocolo específico de trauma;
  12. Realizar contato com a Central de Regulação das Urgências (CRU) para comunicar a situação a partir da avaliação realizada e para orientações e definições quanto aos encaminhamentos;
  13. Registrar ações e intercorrências na ficha de atendimento. Recomenda-se o registro das orientações passadas à família, se houver.

### CONSIDERAÇÕES ESPECIAIS PARA O CASO DE PACIENTE ARMADO

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

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Novembro/2015

BC32 - Autoagressão e risco de suicídio  
Este protocolo foi padronizado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

3/5





**BC32**
**Protocolo Samu 192  
Emergências Clínicas  
SUPORTE BÁSICO DE VIDA**
**BC32 - Autoagressão e risco de suicídio**
**Observações:**

- Avaliação ACENA:

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

- Se na chegada da SAMU já existirem outras equipes na cena (p. ex.: polícia militar), reportar-se ao comando para se apresentar como recurso e obter detalhes sobre a segurança do evento;
- Uma vez iniciada a mediação com um profissional do SAMU, o paciente pode não aceitar a substituição por um outro profissional mais treinado, mas que chegou mais tarde. Nesses casos, o profissional do SAMU deve manter a negociação, podendo seguir instruções do negociador mais preparado;
- Orientar os familiares e a rede de apoio social para procurarem a rede de atenção básica, psicossocial e/ou de assistência social para avaliação e acompanhamento;
- Perguntar sobre autoagressão NÃO provoca atos de autoagressão nem induz a pessoa ao suicídio. Em geral, reduz a ansiedade associada aos pensamentos ou atos de autoagressão e/ou suicídio, e ajuda a pessoa a se sentir compreendida;
- Ter cuidado com o toque, pois o paciente pode sentir-se desconfortável e considerar a contato físico uma atitude invasiva, a que pode precipitar o ato suicida (estender a mão é melhor que "pegar");
- levar a sério todas as ameaças de suicídio, mesmo quando pareçam manipuladoras. Não realizar julgamentos nem minimizar o sofrimento baseado na crença de que o paciente quer "chamar atenção" ou de que a situação vivida é banal;
- Para realizar a avaliação, o profissional deve estar consciente de seus próprios sentimentos (ansiedade, medo, raiva) e não deixar que eles interfiram no manejo da situação;
- Não acelerar a resolução da situação. Quanto mais paciente e calma for a conversação/negociação, maior o tempo para refletir, o que pode ajudar o paciente a mudar de pensamento;
- Considerar, na avaliação, contextos socioculturais específicos, como os de populações tradicionais (indígenas, quilombolas e ribeirinhas), buscando apoio de referências das comunidades locais, de equipes de saúde específicas [Estratégia Saúde da Família (ESF) quilombolas e ribeirinhas e equipes de saúde indígena] e de intérpretes, caso necessário e possível;

 Elaboração: Agosto/2014  
 Revisão: Novembro/2015

 BC32 - Autoagressão e risco de suicídio  
 Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
 Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

4/5



**BC32**

Protocolo Samu 192  
Emergências Clínicas  
SUPORTE BÁSICO DE VIDA



## BC32 - Autoagressão e risco de suicídio

- Definidos os encaminhamentos, cabe ao SAMU o transporte do paciente do local de atendimento para a unidade de saúde de referência;
- Considerar que a situação de suspeição ou confirmação de tentativa de suicídio constitui agravo de notificação compulsória obrigatória, conforme legislação vigente, sob responsabilidade dos profissionais de saúde da rede, a ser realizada oportunamente sem prejuízo do acolhimento do paciente, que deve ser a prioridade do atendimento. É fundamental que o SAMU, na impossibilidade de iniciar o registro da notificação, repasse de forma sistemática e organizada as informações coletadas à unidade de saúde referenciada para garantir a continuidade da cuidada e evitar revitimizações;
- O Código Penal não considera crime a tentativa ou o ato de suicídio;
- O artigo 122 do Código Penal considera crime o induzimento, a instigação ou o auxílio a suicídio. Se o suicídio se consuma, a pena é a reclusão de 2 a 6 anos; se da tentativa de suicídio resulta lesão corporal de natureza grave, a pena é a reclusão de 1 a 3 anos;
- As ações de salvamento são indicadas se o indivíduo está em um ambiente de risco, como uma rua de grande movimento, uma ponte, uma janela, etc. A decisão de efetivação dessas ações deve ser tomada em conjunto com a equipe de resgate, a regulação médica, o negociador e a família. Cabe aos bombeiros a definição da melhor método diante das circunstâncias;
- Os serviços devem considerar a realização de acordos interinstitucionais para a realização de ações de salvamento e resgate, quando necessário.

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Novembro/2015

BC32 - Autoagressão e risco de suicídio  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

5/5



# SBV Trauma

# BT



**BT1**

Protocolo Samu 192  
Emergências Traumáticas  
SUPORTE BÁSICO DE VIDA



## BT1 – Avaliação primária do paciente com suspeita de trauma ou em situação ignorada

Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

Em toda abordagem de pacientes com suspeita de trauma ou em situação ignorada (onde não é possível excluir a possibilidade de trauma),

Conduta:

1. Garantir a segurança do local (Protocolo PE1);
2. Avaliar a responsividade (chamar o paciente) e executar simultaneamente a estabilização manual da coluna cervical e iniciar verificação da respiração;
3. Avaliar as vias aéreas:
  - manter as vias aéreas pérvias através de manobras de abertura das vias aéreas para o trauma, retirar secreções e corpo(s) estranho(s) da cavidade oral;
  - considerar o uso de cânula orofaríngea;
  - oximetria e O<sub>2</sub> por máscara facial, 10 a 15 l/min se SatO<sub>2</sub> < 94%;
  - estabilizar manualmente a cabeça com alinhamento neutro da coluna cervical;
  - colocar o colar cervical assim que possível;
  -
4. Avaliar a presença de boa respiração e oxigenação:
  - avaliar o posicionamento da traqueia e presença ou não de turgência jugular;
  - expor o tórax e avaliar a ventilação;
  - avaliar a simetria na expansão torácica;
  - observar presença de sinais de esforço respiratório ou uso de musculatura acessória;
  - avaliar a presença de lesões abertas e/ou fechadas no tórax;
  - no paciente com ventilação anormal, realizar a palpação de todo o tórax;
  - considerar a necessidade de ventilação assistida através de BVM com reservatório, caso a frequência respiratória seja inferior a 8 mrm, ou não mantenha ventilação ou oxigenação adequadas.
5. Avaliar a circulação (presença de hemorragia e avaliação da perfusão):
  - controlar sangramentos externos com compressão direta da lesão e/ou torniquete (conforme indicado);
  - avaliar reenchimento capilar (normal até 2 segundos);
  - avaliar características da pele (temperatura, umidade e coloração);
  - avaliar pulso central e radial;
  - Pulso radial ausente e pulso central presente, seguir Protocolo de Choque (Protocolo BT4);
  - Pulso radial ausente e pulso central ausente, seguir com Protocolo de PCR (Protocolo BCS), se possível, aferir a pressão arterial precocemente.
6. Avaliar o estado neurológico:
  - aplicar AVDI ou a Escala de Coma de Glasgow;
  - avaliar pupilas;
7. Expor com prevenção e controle da hipotermia:
  - cortar as vestes do paciente sem movimentação excessiva e somente das partes necessárias;
  - proteger o paciente da hipotermia com auxílio de manta aluminizada;
  - utilizar outras medidas para prevenir a hipotermia (ex: desligar o ar condicionado da ambulância);
8. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada;

BT1 – Avaliação primária do paciente com suspeita de trauma ou em situação ignorada

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Abril/2015

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

1/2



**BT1**

Protocolo Samu 192  
Emergências Traumáticas  
**SUORTE BÁSICO DE VIDA**

**BT1 – Avaliação primária do paciente com suspeita de trauma ou em situação ignorada**

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

**Observações:**

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

BT1 – Avaliação primária do paciente com suspeita de trauma ou em situação ignorada

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Abril/2015

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

2/2



**BT2**

Protocolo Samu 192  
Emergências Traumáticas  
**SUPOORTE BÁSICO DE VIDA**



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

**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**

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

**Conduta:**

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

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

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

### **2. AVALIAÇÃO COMPLEMENTAR**

- oximetria de pulso se disponível
- glicemia capilar se disponível

### **3. EXAME DA CABEÇA AOS PÉS, FRENTE E DORSO**

**Objetivo específico:** localizar ferimentos, sangramentos, afundamentos, desvios, hematomas, alterações na cor da pele ou mucosas, assimetrias, instabilidades, alterações de motricidade e sensibilidade.

**Propedêuticas a serem utilizadas:** Inspeção seguida de palpação.

**Cabeça e face:**

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

**Pescoço:**

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

**Tórax:**

- observar em especial se há uso de musculatura acessória, tiragem intercostal, movimentos assimétricos, afundamentos, ferimentos incluindo o sinal do cinto de segurança etc.

**Abdome:**

- observar contusões ou lesões abertas, distensão abdominal, dor à palpação e ao rechaço, abdome em tábua e sinal do cinto de segurança.

**Pelve:**

- observar sangramentos, contusões ou lesões abertas, realizar palpação das cristas ilíacas na busca de dor e/ou instabilidade realizando compressão látero-medial e ântero-posterior.

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

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Abril/2015

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

1/2



**BT2**

**Protocolo Samu 192  
Emergências Traumáticas  
SUPORTE BÁSICO DE VIDA**

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

**Membros:**

- observar em especial a palpação de pulsos distais e perfusão dos membros (reenchimento capilar)
- avaliar a força motora, solicitando que o paciente movimente os pés e/ou eleve uma perna de cada vez, aperte a mão do profissional e/ou eleve um braço de cada vez, se não houver suspeita de lesão;
- avaliar a sensibilidade;
- sempre realizar a avaliação comparando um membro com o outro.

**Dorso (se possível):**

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

**Observações:**

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

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

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Abril/2015

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

2/2



**BT3**

Protocolo Samu 192  
Emergências Traumáticas  
**SUPOORTE BÁSICO DE VIDA**



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

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

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

### Conduta:

1. Avaliar aspectos de cada tipo de trauma.

### Observações:

#### 1. COLISÕES AUTOMOBILÍSTICAS: Avaliar aspectos gerais:

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

#### Impacto Frontal

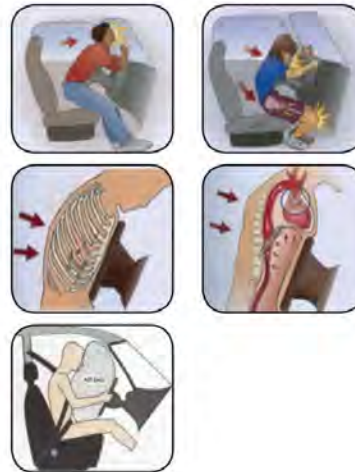
##### Lesões esperadas:

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

Obs: Considerar a trajetória possível: por cima do volante (cabeça em direção ao parabrisa) ou por baixo do volante (cabeça em direção ao painel).

##### Achados no veículo:

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



Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Abril/2015

BT3 – Avaliação da cinemática do trauma (padrão básico de lesões)  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/5





**BT3**

Protocolo Samu 192  
Emergências Traumáticas  
**SUPOORTE BÁSICO DE VIDA**

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



**Impacto Lateral**

Lesões esperadas:

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

Achados no veículo:

- intrusão da porta
- intrusão de painel lateral

**Impacto Traseiro**

Lesões esperadas:

- lesão de coluna por hiperextensão (chicote).

Achados no veículo:

- intrusão da parte posterior do veículo alvo.

Obs: Avaliar posição do encosto de cabeça.



**Capotamento**

Lesões esperadas:

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

Achados no veículo:

- impactos de ângulos diferentes

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

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Abril/2015

BT3 – Avaliação da cinemática do trauma (padrão básico de lesões)  
Este protocolo foi paulado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

2/5



**BT3**

Protocolo Samu 192  
Emergências Traumáticas  
SUPORTE BÁSICO DE VIDA



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

#### Atropelamento

##### Avaliar:

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

##### Lesões esperadas:

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

##### Achados no veículo:

- intrusão da parte anterior.
- parabrisa quebrado.



#### Colisões de motocicleta

##### Lesões esperadas:

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

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

##### Achados:

- sinais de impacto no capacete e no guidão

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Abril/2015

BT3 – Avaliação da cinemática do trauma (padrão básico de lesões)  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

3/5



**BT3**

**Protocolo Samu 192**  
**Emergências Traumáticas**  
**SUORTE BÁSICO DE VIDA**

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

**Observações:**

**2. QUEDA:**

Avaliar aspectos gerais:

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

Lesões esperadas:

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

**3. FERIMENTOS PENETRANTES:**

Avaliar aspectos gerais:

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

**4. LESÕES POR EXPLOSÃO:**

Avaliar aspectos gerais:

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

Elaboração Agosto/2014  
Revisão: Abril/2015

BT3 – Avaliação da cinemática do trauma (padrão básico de lesões)  
Este protocolo foi paulado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

4/5



**BT3**

Protocolo Samu 192  
Emergências Traumáticas  
**SUPORTE BÁSICO DE VIDA**



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

#### Observações:

**5. SUSPEITAR DE TRAUMATISMO GRAVE:**

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

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Abril/2015

BT3 – Avaliação da cinemática do trauma (padrão básico de lesões)  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

5/5



**BT4**

Protocolo Samu 192  
Emergências Traumáticas  
SUPORTE BÁSICO DE VIDA



## BT4 – Choque

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

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

### Conduta:

1. Realizar avaliação primária (Protocolo BT1) com ênfase para:
  - avaliar responsividade;
  - manter via aérea pérvia;
  - estabilizar coluna cervical se suspeita de trauma;
  - oferecer O<sub>2</sub> sob máscara não reinalante 10 a 15 l/min se SaO<sub>2</sub> < 94%; e
  - identificar e controlar sangramentos, se pertinente (considerar compressão, torniquete, imobilização de pelve e membros, se necessário).
2. Realizar avaliação secundária (Protocolo BT2) com ênfase para:
  - coletar história SAMPLA;
  - monitorar aximetria de pulso e sinais vitais; e
  - realizar a prevenção de hipotermia: manter temperatura adequada da ambulância, remover roupas molhadas e usar manta térmica ou cobertor.
3. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada.
4. Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para a unidade de saúde.

### Observações:

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

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Abril/2015

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

BT4 – Choque

1/1



**BT5**

Protocolo Samu 192  
Emergências Traumáticas  
SUPORTE BÁSICO DE VIDA



## BT5 – Trauma cranioencefálico

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

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

### Conduta:

1. Realizar avaliação primária (Protocolo BT1) com ênfase para:
  - garantir a estabilização manual da coluna cervical;
  - garantir permeabilidade de via aérea;
  - oferecer O<sub>2</sub> sob máscara não reinhalante 10 a 15 l/min se SatO<sub>2</sub> < 94%;
  - monitorizar a oximetria de pulso; e
  - avaliar precocemente a Escala de Coma de Glasgow.
2. Considerar ventilação sob pressão positiva com BVM com reservatório, caso não mantenha ventilação ou oxigenação adequadas.
3. Controlar sangramentos externos.
4. Realizar avaliação secundária (Protocolo BT2) com ênfase para:
  - avaliação da reação pupilar;
  - repetição seriada da Escala de Coma de Glasgow;
  - aferição dos sinais vitais;
  - exame da cabeça e coluna; e
5. história SAMPLA. Realizar a mobilização cuidadosa e a imobilização adequada da coluna cervical, tronco e membros, em prancha longa com alinhamento anatômico, sem atraso para o transporte.
6. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada.
7. Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para a unidade de saúde.

### Observações:

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3)
- Considerar a cinemática do trauma e sempre buscar possíveis lesões associadas em outros segmentos.
- No exame da cabeça e pescoço, manter atenção para a ocorrência de sinais de gravidade do TCE:
  - sinais de perda líquórica;
  - presença de fraturas abertas;
  - exposição de tecido cerebral;
  - ferimentos de extensos de couro cabeludo; e
  - sinais de fratura de base de crânio.
- Se SatO<sub>2</sub> < 94%, se Escala de Coma de Glasgow < a 10, se sinais vitais alterados, informar precocemente a Regulação Médica.

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Abril/2015

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

BT5 – Trauma cranioencefálico

1/1



**BT6**

Protocolo Samu 192  
Emergências Traumáticas  
**SUPOORTE BÁSICO DE VIDA**



## BT6 – Trauma de face

Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

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

Conduta:

1. Realizar avaliação primária (Protocolo BC1) com ênfase para:
  - manter a permeabilidade das vias aéreas e a ventilação adequada.
2. Oferecer O<sub>2</sub> sob máscara não reinalante 10 a 15 l/min se SatO<sub>2</sub> < 94%;
3. Considerar ventilação sob pressão positiva com BVM com reservatório, caso não mantenha ventilação ou oxigenação adequadas.
4. Controlar hemorragias, cobrindo as feridas com gazes ou compressas estéreis.
5. Realizar avaliação secundária (Protocolo BT2).
6. Imobilizar com bandagens ou faixas, envolvendo a mandíbula e o crânio.
7. Manter atenção para a ocorrência de sinais e sintomas de choque e/ou rebaixamento da consciência.
8. Realizar a mobilização cuidadosa e a imobilização adequada da coluna cervical, tronco e membros em prancha longa com alinhamento anatômico, sem atraso para o transporte.
9. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada.
10. Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para a unidade de saúde.

### Observações:

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

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Abril/2015

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

BT6 – Trauma de face

1/1



**BT7**

Protocolo Samu 192  
Emergências Traumáticas  
**SUPOORTE BÁSICO DE VIDA**



## BT7 – Trauma ocular

Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

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

Conduta:

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

### Observações:

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

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Abril/2015

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

BT7 – Trauma ocular

1/1





**BT8**

Protocolo Samu 192  
Emergências Traumáticas  
**SUPOORTE BÁSICO DE VIDA**



## BT8 – Pneumotórax aberto – Ferimento aberto no tórax

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

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

### Conduta:

1. Realizar avaliação primária (Protocolo BT1) com ênfase para:
  - avaliação da ventilação: presença de dispnéia ou desconforto respiratório, taquipnéia, presença de sinais de hipoxia (ansiedade e agitação ou apatia) e presença de cianose;
  - avaliação da parede torácica anterior e posterior (se possível) para detecção do ferimento; e
  - cobrir imediatamente o ferimento com curativo oclusivo com plástico ou papel melílico, com 3 pontos/lados de fixação.
2. Administrar O<sub>2</sub> em alto fluxo para manter SatO<sub>2</sub> ≥ 94%.
3. Monitorizar a oximetria de pulso.
4. Realizar avaliação secundária (Protocolo BT2).
5. Manter atenção para a ocorrência de novo esforço respiratório após essa abordagem inicial.
6. Em caso de piora do esforço respiratório, remover o curativo de 3 pontos para permitir a decompressão da tensão acumulada, fixando-o novamente em seguida.
7. Considerar a possibilidade de ocorrência de parada respiratória. Nesse caso, iniciar ventilação sob pressão positiva com BVM com reservatório após aplicação do curativo plástico (Protocolo BC4).
8. Realizar a mobilização cuidadosa e a imobilização adequada da coluna cervical, tronco e membros em prancha longa com alinhamento anatômico, sem atraso para o transporte.
9. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada.
10. Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para a unidade de saúde.

### Observações:

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

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Abril/2015

BT8 – Pneumotórax aberto – Ferimento aberto no tórax  
Este protocolo foi paulado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/1



**BT9**

Protocolo Samu 192  
Emergências Traumáticas  
**SUPOORTE BÁSICO DE VIDA**



## BT9 – TAA – Trauma Abdominal Aberto

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

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

### Conduta:

1. Realizar avaliação primária (Protocolo BT1) e secundária (Protocolo BT2).
2. Oferecer O<sub>2</sub> sob máscara não reinalante 10 a 15 l/min se SatO<sub>2</sub> < 94%.
3. Monitorizar a oximetria de pulso.
4. Controlar sangramentos externos.
5. Providenciar cuidados com os ferimentos e objetos encravados ou empalados:
  - não devem ser movidos ou removidos na APH;
  - devem ser fixados e imobilizados para evitar movimentação durante o transporte;
  - se ocorrer sangramento ao redor do objeto, fazer pressão direta sobre o ferimento ao redor do objeto (com a própria mão e/ou compressas); e
  - não palpar o abdome para evitar maior laceração de vísceras.
6. Providenciar cuidados com a evisceração:
  - não tentar recolocar os órgãos de volta na cavidade abdominal, manter como encontrado; e
  - cobri-los com compressas estéreis umedecidas com SF e plástico especial para evisceração, quando disponível.
7. Realizar a mobilização cuidadosa e a imobilização adequada da coluna cervical, tronco e membros em prancha longa com alinhamento anatômico, sem atraso para o transporte.
8. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada.
9. Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para a unidade de saúde.

### Observações:

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

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Abril/2015

BT9 – TAA – Trauma Abdominal Aberto  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/1



**BT10**

Protocolo Samu 192  
Emergências Traumáticas  
**SUPOORTE BÁSICO DE VIDA**



## BT10 – TAF – Trauma Abdominal Fechado

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

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

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

### Conduta:

1. Realizar avaliação primária (Protocolo BT1) e secundária (Protocolo BT2).
2. Oferecer O<sub>2</sub> sob máscara não reinalante 10 a 15 l/min se SatO<sub>2</sub> < 94%.
3. Monitorizar a oximetria de pulso.
4. Realizar a mobilização cuidadosa e considerar imobilização adequada da coluna cervical, tronco e membros em prancha longa com alinhamento anatômico, sem atraso para o transporte.
5. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada.
6. Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para a unidade de saúde.

### Observações:

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

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Abril/2015

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

BT10 – TAF – Trauma Abdominal Fechado

1/1



**BT11**

Protocolo Samu 192  
Emergências Traumáticas  
SUPORTE BÁSICO DE VIDA



## BT11 – TRM – Trauma Raquimedular

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

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

### Conduta:

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

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Abril/2015

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

BT11 – TRM – Trauma Raquimedular

1/2



## BT11

Protocolo Samu 192  
Emergências Traumáticas  
**SUPOORTE BÁSICO DE VIDA**

### BT11 – TRM – Trauma Raquimedular

6. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada.
7. Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para a unidade de saúde.

#### Observações:

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- Considerar a cinemática do trauma e sempre buscar possíveis lesões associadas (Protocolo BT3).
- Lembrar: o alinhamento cervical poderá não ser possível em casos de torçãõ congênita ou outra malformação ou em deformidades degenerativas pré-existentes.
- Se necessário, utilizar coxim para manter o alinhamento neutro da cabeça ou do tronco (nas crianças) e garantir a permeabilidade das vias aéreas.
- Paciente que se encontra em pé na cena também deve ser imobilizado, com instalação de prancha longa com técnica "em pé".

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Abril/2015

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

BT11 – TRM – Trauma Raquimedular

2/2



**BT12**

Protocolo Samu 192  
Emergências Traumáticas  
**SUPOORTE BÁSICO DE VIDA**



## BT12 – Trauma de membros superiores e inferiores

Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

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

Conduta:

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

### Observações:

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

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Abril/2015

BT12 – Trauma de membros superiores e inferiores  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/1



**BT13**

Protocolo Samu 192  
Emergências Traumáticas  
**SUPOORTE BÁSICO DE VIDA**



## BT13 - Fratura exposta de extremidades

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

Paciente de trauma de extremidade apresentando:

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

### Conduta:

1. Realizar avaliação primária (Protocolo BT1).
2. Realizar avaliação secundária (Protocolo BT2).
3. Controlar sangramento externo com curativo compressivo estéril.
4. Considerar breve limpeza/enxágue dos ferimentos abertos com solução salina em caso de sujidade grosseira.
5. Cobrir ferimentos abertos e/ou extremidades ósseas com curativo estéril.
6. Avaliar pulso periférico e perfusão, sensibilidade e mobilidade.
7. Realizar a imobilização do segmento afetado com ênfase para:
  - retorno à posição anatômica, exceto se presença de dor significativa e/ou resistência ao reposicionamento; e
  - escolha da técnica mais apropriada.
8. Reavaliar pulso periférico e perfusão, sensibilidade e mobilidade após a imobilização.
9. Realizar a mobilização cuidadosa e a imobilização adequada da coluna cervical, tronco e membros, em prancha longa com alinhamento anatômico, sem atraso para o transporte;
10. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada.
11. Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para a unidade de saúde.

### Observações:

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- Considerar a cinemática do trauma e sempre buscar lesões associadas.
- O retorno à posição anatômica pode aliviar a compressão de artérias ou nervos e melhorar a perfusão e a função neurológica.
- Não recolocar o osso exposto para o interior do ferimento.
- Se as extremidades ósseas se retraírem para dentro da ferida durante a imobilização, anotar essa informação na Ficha de Atendimento que deverá ser passada para a equipe do hospital.

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Abril/2015

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

BT13 - Fratura exposta de extremidades

1/1



**BT14**

Protocolo Samu 192  
Emergências Traumáticas  
**SUPOORTE BÁSICO DE VIDA**



## BT14 – Amputação traumática

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

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

### Conduta:

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

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Abril/2015

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

BT14 – Amputação traumática

1/2





## BT14

Protocolo Samu 192  
Emergências Traumáticas  
**SUPORE BÁSICO DE VIDA**

### BT14 – Amputação traumática

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

#### Observações:

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

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Abril/2015

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

BT14 – Amputação traumática

2/2



**BT15**

Protocolo Samu 192  
Emergências Traumáticas  
**SUPOORTE BÁSICO DE VIDA**



## BT15 – Trauma de pelve

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

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

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

### Conduta:

1. Realizar avaliação primária (Protocolo BT1).
2. Realizar avaliação secundária (Protocolo BT2).
3. Oferecer O<sub>2</sub> suplementar por máscara não reinalante 10 a 15 l/min se SatO<sub>2</sub> < 94%.
4. Verificar pulsos distais.
5. Colocar o paciente sobre prancha longa utilizando, de preferência, a técnica de elevação à cavaleiro.
6. Imobilizar conforme técnica apropriada e complementar com a imobilização adequada da coluna cervical, tronco e membros, em prancha longa com alinhamento anatômico, sem atraso para o transporte.
7. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada.
8. Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para a unidade de saúde.

### Observações:

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- Considerar a cinemática do trauma e sempre buscar lesões associadas em outros segmentos.
- Diante da deformidade visível da pelve, não realizar o exame da estabilidade do anel pélvico ou qualquer outra manipulação desnecessária, apenas realizar a imobilização.
- Mobilizar cuidadosamente.

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Abril/2015

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

BT15 – Trauma de pelve

1/1



**BT16**

Protocolo Samu 192  
Emergências Traumáticas  
**SUPOORTE BÁSICO DE VIDA**



## BT16 - Síndrome do esmagamento

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

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

### Conduta:

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

### Observações:

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

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Abril/2015

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

BT16 - Síndrome do esmagamento

1/1



**BT17**

Protocolo Samu 192  
Emergências Traumáticas  
**SUPOORTE BÁSICO DE VIDA**



## BT17 – Síndrome compartimental

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

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

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

### Conduta:

1. Realizar avaliação primária (Protocolo BT1).
2. Realizar avaliação secundária (Protocolo BT2).
3. Avaliar e remover imobilizações ou enfaixamentos circulares apertados.
4. Reavaliar a perfusão distal constantemente.
5. Realizar a mobilização cuidadosa e a imobilização adequada da coluna cervical, tronco e membros, em prancha longa com alinhamento anatômico, sem atraso para o transporte.
6. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada.
7. Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para a unidade de saúde.

### Observações:

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

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Abril/2015

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

BT17 – Síndrome compartimental

1/1



**BT18**

Protocolo Samu 192  
Emergências Traumáticas  
**SUPOORTE BÁSICO DE VIDA**



## BT18 – Queimadura térmica (calor)

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

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

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

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

### Conduta:

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

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Abril/2015

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

BT18 – Queimadura térmica (calor)

1/2



**BT18**
**Protocolo Samu 192  
Emergências Traumáticas  
SUPORTE BÁSICO DE VIDA**
**BT18 – Queimadura térmica (calor)**

13. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada;
14. Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para a unidade de saúde.

**Observações:**

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

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

BT18 – Queimadura térmica (calor)

 Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Abril/2015

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

2/2



**BT22**

Protocolo Samu 192  
Emergências Traumáticas  
**SUPOORTE BÁSICO DE VIDA**



## BT22 – Afogamento

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

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

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

### Conduta:

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

### Observações:

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

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Abril/2015

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

BT22 – Afogamento

1/1



# SBV Procedimentos

# B P





**BP1**

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Procedimentos em SBV  
**SUPOORTE BÁSICO DE VIDA**



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

### Indicação

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

### Material

- EPI obrigatório.

### Procedimentos

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

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

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

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



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

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



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

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

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Abril/2015

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

1/3



**BP1**

**Protocolo Samu 192  
Protocolos de Procedimentos em SBV  
SUPORTE BÁSICO DE VIDA**

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

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



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

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



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

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

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Abril/2015

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

2/3



**BP1**

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Procedimentos em SBV  
**SUPOORTE BÁSICO DE VIDA**



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

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

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



- Com os dedos posicionados, o profissional traciona o queixo anteriormente e levemente para baixo, elevando a mandíbula enquanto abre a boca do paciente.

- São necessários 2 profissionais (ideal).
- O primeiro profissional se posiciona à cabeceira do paciente e executa o alinhamento manual da cabeça em posição neutra, estabilizando a coluna.
- O segundo profissional se posiciona ao lado do paciente e com a mão pinça a arcada dentária inferior usando como base o queixo do paciente.



### Observações:

- Retirar manualmente, com espátulas ou pinças de Maguill, quaisquer corpos estranhos que possam ser observados na cavidade bucal.
- Aspirar secreções preferencialmente com sonda de aspiração de ponta rígida.

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

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Abril/2015

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

3/3



**BP2**

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Procedimentos em SBV  
**SUPOORTE BÁSICO DE VIDA**



## BP2 – Técnicas básicas de manejo de vias aéreas: aspiração

### Indicação

- Paciente incapaz de eliminar de maneira eficiente o acúmulo de secreções, sangue ou corpos estranhos das vias aéreas superiores.

### Material e equipamentos

- EPIs obrigatórios.
- 2 pacotes de gazes estéreis.
- Luva estéril.
- Soro fisiológico 0,9% - ampola de 10 ml.
- Fonte de vácuo ou aspirador portátil.
- Cateter de aspiração de tamanho apropriado ou cânula de ponta rígida para uso no caso de suspeita de trauma.
- Oxímetro de pulso.

### Procedimento

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

### Aspiração oral e nasotraqueal

#### Agravaos clínicos:

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

#### Agravaos traumáticos:

- introduzir sonda de ponta rígida (se disponível), posicionando-a lateralmente na cavidade oral e, com a látex pinçado, liberar o fluxo para aspiração, retirando-a lentamente em movimento único; e
- não realizar movimentos circulares na retirada.

### Aspiração do tubo traqueal

- Pré-oxigenar o paciente com 100% de O<sub>2</sub>.
- Calçar luva estéril.
- Desacoplar o ventilador mecânico ou BVM com reservatório do tubo traqueal.
- Inserir a sonda flexível estéril no tubo traqueal com o látex pinçado e, quando posicionada, liberar o fluxo para aspiração, retirando-a lentamente em movimentos circulares.
- Manter aspiração por 15 segundos no máximo.
- Ventilar o paciente com BVM, com reservatório acoplado à fonte de oxigênio.

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Abril/2015

BP2 – Técnicas básicas de manejo de vias aéreas: aspiração  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/2



**BP2**

**Protocolo Samu 192  
Protocolos de Procedimentos em SBV  
SUPORTE BÁSICO DE VIDA**

**BP2 – Técnicas básicas de manejo de vias aéreas: aspiração**

- 11.** Desprezar a sonda de aspiração descartável (ou encaminhar para o reprocessamento, se ponta rígida metálica).
- 12.** Retirar as luvas.
- 13.** Registrar o procedimento na ficha/boletim de atendimento, incluindo aspecto e quantidade de secreções e resposta do paciente.

**Observações:**

- Para determinar a profundidade de inserção da sonda nasotraqueal, mensurar o cateter do lóbulo da orelha até a comissura labial do paciente.
- Em casos de aspiração nasotraqueal, manter monitorização cardíaca e de saturação.
- Analisar durante todo o procedimento o risco de comprometimento da função cardiopulmonar, náusea e vômito.
- Realizar o procedimento quantas vezes for necessário.
- Interromper e oxigenar imediatamente, caso haja queda brusca da saturação.
- Observar possível resposta vagal como: espasmo laríngeo, apnéia e bradicardia.
- Considerar a posição semi-fowler ou fowler para a aspiração, (contraindicada nos casos de trauma).

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Abril/2015

BP2 – Técnicas básicas de manejo de vias aéreas: aspiração  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

2/2



**BP3**

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Procedimentos em SBV  
**SUPOORTE BÁSICO DE VIDA**



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

### Indicação

- Paciente inconsciente sem reflexo de vômito ou tosse, incapaz de manter a via aérea permeável.
- Para prevenir a mordedura do tubo traqueal em pacientes intubados.

### Materiais e Equipamentos

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

### Procedimento

1. Utilizar EPIs.



Posicionar a COF próxima à face do paciente e realizar a medida da distância entre a comissura labial e o lóbulo inferior da orelha do mesmo lado. É ideal o tamanho que alcançar tais extremidades.

2. Selecionar o tamanho adequado da COF, conforme técnica.
3. Remover secreções ou sangue da boca e faringe por meio da aspiração.
4. Inserir a COF conforme técnica.



No adulto, inserir a COF com a concavidade voltada para o palato duro, até atingir a parede posterior da faringe, quando deve sofrer uma rotação de 180° e ser acomodada.

5. Registrar o procedimento na ficha/boletim de atendimento.

### Observações:

- Equívocos na indicação, medição e posicionamento podem ativar o reflexo de tosse, causar obstrução das vias aéreas ou gerar laringoespasma e vômitos.
- Se ocorrer reflexo de tosse ou vômito, suspenda o procedimento.
- Observar possível resposta vagal como: espasmo laríngeo, apneia e bradicardia.
- Avaliar a resposta do paciente ao procedimento, dentre outras formas, por meio da oximetria.

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Abril/2015

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

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

1/1



**BP4**

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Procedimentos em SBV  
**SUPOORTE BÁSICO DE VIDA**



## BP4 – Dispositivos para oxigenoterapia: Cateter de oxigênio

### Indicação

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

### Material e equipamentos

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

### Procedimento

1. Utilizar EPIs.
2. Comunicar o paciente sobre o procedimento prescrito.
3. Adaptar o extensor ao fluxômetro.
4. Introduzir cada uma das extremidades do cateter em cada narina.
5. Passar cada um dos ramos dos óculos por trás dos pavilhões auriculares à D e à E e ajustá-los na região submaxilar, sem apertar.
6. Conectar o cateter nasal ao extensor/látex, abrir e regular o fluxômetro, conforme prescrição médica com limite de 6 l/min.
7. Registrar o procedimento e seus resultados na ficha/boletim de atendimento.

### Observações:

- Só utilizar umidificação com água destilada quando o transporte do paciente for superior a duas horas. Nesses casos, deve ser considerado o nível mínimo de água para evitar a presença de água no látex.
- Considerar a velocidade do fluxo de acordo com a concentração de  $O_2$  desejada ( $FiO_2$ ).

TABELA DE CONCENTRAÇÃO DE OXIGÊNIO DO CATETER NASAL TIPO ÓCULOS		
DISPOSITIVO	VELOCIDADE DE FLUXO	$FiO_2$
Cateter Nasal	1 l/min	21 % a 24 %
	2 l/min	25 % a 28 %
	3 l/min	29 % a 32 %
	4 l/min	33 % a 36 %
	5 l/min	37 % a 40 %
	6 l/min	41 % a 44 %

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Outubro/2014

BP4 – Dispositivos para oxigenoterapia: Cateter de oxigênio  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/1



**BP5**
**Protocolo Samu 192  
Protocolos de Procedimentos em SBV  
SUPORTE BÁSICO DE VIDA**

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

 Pacientes com importante desconforto respiratório, que necessitam de altas concentrações de O<sub>2</sub>, mas que se mantêm responsivos e com ventilação espontânea. Inclui a presença de:

- sinais de hipoxemia/hipóxia tissular;
- sinais de desconforto respiratório; e
- $St\text{aO}_2 \leq 94\%$ .

**Material e equipamentos**

- EPIs.
- Máscara facial não-reinalante, com reservatório de oxigênio tamanho adulto.
- Fluxômetro.
- Fonte de oxigênio.
- Extensor/ látex.
- Opção para: umidificador e água destilada 50 ml.

**Procedimento**

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

**Observações:**

- Só utilizar umidificação com água destilada quando o transporte do paciente for superior a duas horas. Nesses casos, deve ser considerado o nível mínimo de água para evitar a presença de água no látex.
- Considerar a velocidade do fluxo de acordo com a concentração de O<sub>2</sub> desejada (FiO<sub>2</sub>).
- No transporte prolongado, proteger pavilhão auricular, posicionando uma compressa de gaze sob o elástico de fixação.

**TABELA DE CONCENTRAÇÃO DE OXIGÊNIO DA MÁSCARA FACIAL COM RESERVATÓRIO**

DISPOSITIVO	FREQUÊNCIA DE FLUXO	FiO <sub>2</sub>
Máscara facial não-reinalante com reservatório de O <sub>2</sub>	6 l/min	60%
	7 l/min	70%
	8 l/min	80%
	9 l/min	90%
	10 a 15 l/min	95 a 100%

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

 Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Abril/2015

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

1/1





**BP6**

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Procedimentos em SBV  
**SUPOORTE BÁSICO DE VIDA**



## BP6 – Dispositivos para oxigenoterapia: Máscara de Venturi

### Indicação

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

- sinais de desconforto respiratório; e
- SatO<sub>2</sub> ≤ 94%.

### Material e equipamentos

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

### Procedimento

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

### Observações:

- Só utilizar umidificação com água destilada quando o transporte do paciente for superior a duas horas. Nesses casos, deve ser considerado o nível mínimo de água para evitar a presença de água no látex.
- No transporte prolongado proteger pavilhão auricular, posicionando uma compressa de gaze sob o elástico de fixação.
- Considerar a tabela abaixo para relacionar os diluidores codificados, sua concentração permitida e o fluxo necessário para promovê-la.

TABELA DE DILUIDOR CODIFICADO DE CONCENTRAÇÃO DE OXIGÊNIO		
DILUIDOR CODIFICADO	CONCENTRAÇÃO DE OXIGÊNIO	FLUXO DE OXIGÊNIO
AZUL	24%	4 l/min
AMARELO	28%	4 l/min
BRANCO	31%	6 l/min
VERDE	35%	8 l/min
VERMELHO	40%	8 l/min
LARANJA	50%	12 l/min

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Abril/2015

BP6 – Dispositivos para oxigenoterapia: Máscara de Venturi  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/1



**BP7**

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Procedimentos em SBV  
**SUPOORTE BÁSICO DE VIDA**



## BP7 – Oximetria

### Indicação

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

### Material e equipamentos

- EPI.
- Oxímetro portátil com sensor adequado.

### Procedimento

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

### Observações:

- É importante que a fonte de luz e o detector estejam alinhadas, secos e limpos.
- Se a leitura dos resultados for suspeita por incompatibilidade com o quadro, verifique a condição clínica e os sinais vitais do paciente e, em seguida, inspecione o oxímetro para verificar seu funcionamento.
- Fatores de interferência na medida da saturação:
  - baixa saturação de oxigênio - inferior a 70%;
  - movimentação excessiva do paciente;
  - luminosidade excessiva;
  - baixa perfusão periférica (hipotensão, hipotermia, etc.);
  - hipóxia local;
  - suspeita de anemia;
  - hiperpigmentação da pele;
  - edema local;
  - convulsão;
  - interferência (esmalte de unhas);
  - utilização incorreta do sensor;
  - oclusão arterial próxima ao sensor (oclusão patológica, mecânica e/ou traumática);
  - pacientes em PCR ou choque; e
- Nos casos em que há dificuldade de detecção nas extremidades (má perfusão), optar pelo lóbulo da orelha.
- Informar ao médico regulador a evolução/comportamento dos valores da oximetria.
- Nos casos em que não há detecção de leitura, checar o cabo de energia elétrica e o cabo intermediário. Sendo o oxímetro portátil, checar as pilhas/baterias.

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Abril/2015

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

BP7 – Oximetria

1/1



**BP8**

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Procedimentos  
SUPORTE BÁSICO DE VIDA



## BP8 – Controle de hemorragias: compressão direta da lesão

### Indicação

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

### Material

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

### Procedimentos

1. Utilizar EPI;
2. Identificar o local do sangramento;
3. Comunicar o paciente sobre o procedimento necessário;
4. Expor a ferida (cortar as roupas, se necessário);
5. Verificar rapidamente a presença do pulso e a perfusão distal;
6. Aplicar gazes ou compressa estéril diretamente sobre o ferimento;
7. Aplicar compressão manual direta sobre o ferimento (a pressão deve ser mantida até que o sangramento pare);
8. Realizar curativo compressivo utilizando bandagem triangular, atadura de crepe ou outro material disponível para fixação:
  - Ferimentos nas extremidades podem receber enfaixamento circular;
  - Sangramentos no pescoço podem receber enfaixamento circular sob a axila contralateral;
9. Após a aplicação do curativo compressivo, verificar a presença do pulso e a perfusão distal;
10. Na persistência do sangramento externo em membros superiores ou inferiores, considerar o uso do torniquete (Protocolo BP9);
11. Registrar o procedimento realizado na ficha/boletim de atendimento.

### Observações

- A compressão direta deve ser a primeira opção técnica no controle das hemorragias externas.
- Caso haja indícios de sangramento sob o curativo, não remover a atadura ou bandagem encharcada, aplicar um novo curativo sobre o primeiro exercendo maior pressão manual. Caso não haja controle da hemorragia com essa técnica, considerar o uso do torniquete.
- Não remover objetos encravados. Nesse caso, a pressão deve ser aplicada em um dos lados do objeto.
- Lesões no couro cabeludo requerem compressão ao longo das bordas do ferimento. Na presença de fraturas abertas ou afundamento craniano, a compressão deve ser realizada com cuidado, seguida de enfaixamento apropriado.

Elaboração: Janeiro/2016

BP8 – Controle de hemorragias: compressão direta da lesão

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

1/1



**BP9**

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Procedimentos  
SUPORTE BÁSICO DE VIDA



## BP9 – Controle de hemorragias: torniquete

### Indicação

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

### Material

- Equipamento de proteção individual (EPI) obrigatório
- Compressa e/ou gazes
- Dispositivo específico comercial ou esfigmomanômetro ou outro recurso com pelo menos 10cm de largura que possa ser adaptada para garroteamento.

### Procedimentos

1. Utilizar EPI;
2. Expor o ferimento (cortar as vestes se necessário);
3. Verificar a presença do pulso e a perfusão distal;
4. Instalar o dispositivo escolhido imediatamente acima do ferimento (sentido proximal);
5. Aplicar força de compressão suficiente até produzir uma pressão que cesse completamente o sangramento e o fluxo arterial distal:
  - Com esfigmomanômetro: insuflar o manguito;
  - Com recurso adaptado com pelo menos 10 cm de largura: promover compressão por garroteamento;
  - Com dispositivo específico comercial: seguir as orientações do fabricante para o correio manuseio e alcance dos objetivos;
6. Registrar a realização do procedimento e a hora do início da aplicação do torniquete na ficha/boletim de atendimento;
7. Manter o ferimento coberto, com atenção especial à reavaliação do local, monitorando a presença de novos sangramentos.

### Observações

- Não remover objetos encravados.
- A identificação do horário da aplicação do procedimento pode ser realizada com um pedaço de esparadrapo sobre o dispositivo. Seu objetivo é favorecer o monitoramento do tempo de aplicação.
- O profissional deverá manter observação contínua sobre o membro durante todo o atendimento. Idealmente o torniquete não deve ficar por mais de duas horas.
- Torniquetes frouxos podem aumentar o sangramento pela inibição do retorno venoso e manutenção do fluxo sanguíneo arterial.

Elaboração: Janeiro/2016

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

BP9 – Controle de hemorragias: torniquete

1/1



**BP10**

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Procedimentos  
SUPORTE BÁSICO DE VIDA



## BP10 – Aferição de sinais vitais: pressão arterial

### Indicação

Todos os pacientes em atendimento por equipes do SAMU, logo após a avaliação primária e sempre que necessário para a avaliação e monitoramento do resultado das intervenções realizadas e da evolução do quadro clínico.

### Material

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

### Procedimentos

1. Utilizar EPI;
2. Para o preparo do paciente:
  - Explicar o procedimento ao paciente;
  - Sempre que possível, colocar o paciente em posição confortável;
  - Posicionar o braço apoiado com a palma das mãos para cima, os cotovelos levemente fletidos e à altura do coração (nível do ponto médio do esterno ou quarto espaço intercostal);
3. Para a instalação do esfigmomanômetro:
  - Expor o membro a ser utilizado para a aferição, evitando compressão pelas vestes, que preferencialmente devem ser retiradas;
  - Selecionar o manguito de tamanho adequado ao braço (adulto, pediátrico, obeso);
  - Localizar a artéria braquial por palpação para determinar o local correto do manguito;
  - Instalar o manguito 2 a 3 cm acima da fossa cubital, sem deixar folga, centralizando-o sobre a artéria braquial;
4. Para determinar o nível máximo de insuflação (estimativa da pressão sistólica):
  - Método palpatório:
    - Palpar o pulso radial;
    - Insuflar o manguito até o desaparecimento do pulso radial;
    - Registrar mentalmente o valor;
    - Desinflar rapidamente o manguito, aguardando 10 a 15 segundos para iniciar nova insuflação.
  - Método auscultatório:
    - Posicionar a campânula do estetoscópio suavemente sobre a artéria braquial (sem compressão excessiva);
    - Insuflar o manguito até o momento em que há o desaparecimento do pulso;
    - Registrar mentalmente o valor;
    - Desinflar rapidamente o manguito, aguardando 10 a 15 segundos para iniciar nova insuflação.
5. Palpar a artéria braquial na fossa cubital e colocar a campânula ou o diafragma do estetoscópio sem compressão excessiva.
6. Inflar rapidamente até ultrapassar em 20 a 30 mmHg o nível estimado da pressão sistólica.
7. Proceder à deflação lentamente (velocidade de 2 mmHg por segundo).

Elaboração: Janeiro/2016

BP10 – Aferição de sinais vitais: pressão arterial  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/2



**BP10**

**Protocolo Samu 192  
Protocolos de Procedimentos  
SUPORTE BÁSICO DE VIDA**

**BP10 – Aferição de sinais vitais: pressão arterial**

8. Determinar a pressão sistólica pela ausculta do primeiro som (fase I de Korotkoff), que é em geral fraco, seguido de batidas regulares, e em seguida aumentar ligeiramente a velocidade de deflação.
9. Determinar a pressão diastólica no desaparecimento dos sons (fase V de Korotkoff).
10. Auscultar cerca de 20 a 30 mmHg abaixo do último som para confirmar seu desaparecimento e depois proceder à deflação rápida e completa.
11. Se os batimentos persistirem até o nível zero, determinar a pressão diastólica no abafamento dos sons (fase IV de Korotkoff) e anotar valores da sistólica/diastólica/zero.
12. Registrar na ficha /boletim de atendimento os valores exatos sem "arredondamentos" e o braço no qual a pressão arterial foi medida.
13. Limpar o estetoscópio e as olivas com algodão embebido em álcool a 70%.

**Observações**

- Durante a checagem dos materiais é importante certificar-se que o esfigmomanômetro registra corretamente o zero da escala;
- Os serviços devem desenvolver estratégias para a calibragem frequente do esfigmomanômetro;
- Evitar conversar com o paciente durante a realização do procedimento;
- Não aplicar o manguito sobre braço que estiver com cateter endovenoso;
- Tabela de referência para escolha do manguito adequado:

**TABELA I - DIMENSÕES DA BOLSA DE BORRACHA PARA DIFERENTES CIRCUNFERÊNCIAS DE BRAÇO EM CRIANÇAS E ADULTOS**

Denominação de manguito	Circunferência do braço (cm)	Bolsa de borracha (cm)	
		Largura	Comprimento
Recém-nascido	≤ 10	4	8
Criança	11-15	6	12
Infantil	16-22	9	18
Adulto pequeno	20-26	10	17
Adulto	27-34	12	23
Adulto grande	35-45	16	32

Fonte: Sociedade Brasileira de Hipertensão. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Revista Brasileira de Hipertensão;17(1):11-17, 2010.

Elaboração: Janeiro/2016

BP10 – Aferição de sinais vitais: pressão arterial

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

2/2



**BP11**

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Procedimentos  
**SUPORTE BÁSICO DE VIDA**



## BP11 – Aferição de sinais vitais: frequência cardíaca

### Indicação

Todos os pacientes em atendimento por equipes do SAMU, como parte da avaliação secundária e sempre que necessário para a avaliação e monitoramento do resultado das intervenções realizadas e da evolução do quadro clínico.

### Materiais

- Equipamento de proteção individual (EPI) obrigatório
- Relógio

### Procedimento

1. Utilizar EPI;
2. Explicar o procedimento ao paciente;
3. Colocar o paciente em posição confortável, se possível, e com o braço apoiado;
4. Posicionar a polpa digital dos dedos indicador e médio sobre a artéria radial, fazendo leve pressão, o suficiente para sentir a pulsação.

Obs.: Considerando a idade, o agravo e a condição na cena, são opções para essa avaliação: artéria carótida, braquial, femoral, poplítea ou pediosa;

5. Realizar a contagem dos batimentos durante 1 minuto;
6. Observar também ritmo (regularidade dos intervalos - regular ou irregular) e volume (forte e cheio ou fraco e fino);
7. Registrar na ficha/boletim de atendimento os valores da frequência cardíaca (FC) obtida e as características de ritmo e volume.

Elaboração: Janeiro/2016

BP11 – Aferição de sinais vitais: frequência cardíaca

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

1/2



## BP11

**Protocolo Samu 192**  
**Protocolos de Procedimentos**  
**SUORTE BÁSICO DE VIDA**

### BP11 – Aferição de sinais vitais: frequência cardíaca

#### Observações

- Se oximetria estiver disponível, considerar a medida da frequência cardíaca realizada pelo dispositivo.
- Alterações de ritmo podem dificultar a aferição de pulso em área periférica.
- A avaliação de pulsos rítmicos pode ser realizada por 30 segundos e multiplicada por 2.
- Na suspeita de parada cardíaca ou parada cardiorrespiratória, ou na presença de instabilidade do quadro do paciente, optar pela avaliação em pulsos centrais: carotídeo ou femoral nos adultos e braquial ou femoral nos menores de 1 ano e crianças.
- Valores normais de FC para simples referência:

IDADE	FREQUÊNCIA CARDÍACA	MÉDIA APROXIMADA
Neonato	120 a 160 bpm	140 bpm
1 a 12 meses	80 a 140 bpm	120 bpm
1 a 2 anos	80 a 130 bpm	110 bpm
3 a 6 anos	75 a 120 bpm	100 bpm
7 a 12 anos	75 a 110 bpm	95 bpm
Adolescentes e adultos	60 a 100 bpm	80 bpm

Elaboração: Janeiro/2016

BP11 – Aferição de sinais vitais: frequência cardíaca

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

2/2





## BP12

**Protocolo Samu 192**  
**Protocolos de Procedimentos**  
**SUPORTE BÁSICO DE VIDA**



### BP12 – Aferição de sinais vitais: frequência respiratória

#### Indicação

Todos os pacientes em atendimento por equipes do SAMU, como parte da avaliação secundária e sempre que necessário para a avaliação e monitoramento do resultado das intervenções realizadas e da evolução do quadro clínico.

#### Material

- Equipamento de proteção individual (EPI) obrigatório
- Relógio

#### Procedimento

1. Utilizar EPI;
2. Explicar o procedimento ao paciente;
3. Colocar o paciente em posição confortável, se possível;
4. Observar os movimentos torácicos de expansão e retração (incursões respiratórias);
5. Realizar a contagem dos movimentos torácicos de expansão por 1 minuto (incursões respiratórias por minuto – irm);
6. Registrar na ficha/boletim de atendimento os valores da frequência respiratória (FR) obtida.

#### Observações

- Complementar com a avaliação da regularidade, ritmo e profundidade da ventilação, e com a avaliação da utilização de musculatura acessória.
- É importante que o paciente não perceba que está sendo avaliado, para não ocorrer a indução da ventilação e a medida incorreta dos valores.
- Valores normais de FR para simples referência:

IDADE	FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA
Neonato	30 a 60 irm
Lactente	30 a 50 irm
Pré-escolar (2 anos)	25 a 32 irm
Criança	20 a 30 irm
Adolescente	16 a 19 irm
Adulto	12 a 20 irm

Elaboração: Janeiro/2016

BP12 – Aferição de sinais vitais: frequência respiratória

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

1/1



**BP13**

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Procedimentos  
**SUPORTE BÁSICO DE VIDA**



## BP13 – Aferição de sinais vitais: temperatura

Quando suspeitar ou critérios de inclusão

### Indicação

Todos os pacientes em atendimento por equipes do SAMU, como parte da avaliação secundária e sempre que necessário para a avaliação e monitoramento do resultado das intervenções realizadas e da evolução do quadro clínico.

### Material

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

### Procedimento

1. Utilizar EPI;
2. Explicar o procedimento ao paciente;
3. Colocar o paciente em posição confortável, preferencialmente;
4. Realizar desinfecção do termômetro;
5. Considerar a necessidade de enxugar a axila do paciente antes da aferição;
6. Certificar-se que o termômetro esteja pronto para a aferição;
7. Colocar o termômetro na axila, mantendo-o com o braço bem encostado ao tórax.

Obs.: O paciente pode ser orientado a comprimir o braço contra o tórax;

8. Retirar o termômetro após 5 minutos;
9. Ler a temperatura apontada;
10. Realizar a desinfecção do termômetro antes de guardá-lo;
11. Registrar na ficha/boletim de atendimento o valor obtido.

Elaboração: Janeiro/2016

BP13 – Aferição de sinais vitais: temperatura

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

1/2



**BP13**

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Procedimentos  
**SUORTE BÁSICO DE VIDA**

**BP13 – Aferição de sinais vitais: temperatura**

Observação

- Após a desinfecção, o termômetro de coluna de mercúrio está pronto para uso se a temperatura apontada for menor que 35°C.
- Não se afere a temperatura em vítimas de queimaduras no tórax, processos inflamatórios na axila ou fratura de membros superiores.
- Valores normais de temperatura corporal para simples referência:

VARIACÃO DE TEMPERATURA DO CORPO	
Estado térmico	Temperatura (°C)
Subnormal	34-36
Normal	36-37
Estado febril	37-38
Febre	38-39
Febre alta (pirexia)	39-40
Febre muito alta (hiperpirexia)	40-42

- Na suspeita de hipotermia, considerar os valores de temperatura corporal de referência apontados no Protocolo BC17.

Elaboração: Janeiro/2016

BP13 – Aferição de sinais vitais: temperatura  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

2/2



**BP14**

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Procedimentos  
SUPORTE BÁSICO DE VIDA



## BP14 – Escala de coma de Glasgow

### Indicação:

Instrumento utilizado na avaliação neurológica para determinar o nível de consciência e detectar precocemente alterações. Permite avaliação objetiva da função cerebral principalmente em avaliações neurológicas seriadas.

### Materiais

- Equipamento de proteção individual obrigatório

### Procedimento:

1. Iniciar a avaliação pela abertura ocular e pontuar de acordo com a melhor resposta obtida:
  - Se a abertura ocular é espontânea: 4 pontos.
  - Na ausência de abertura ocular espontânea, utilizar um estímulo verbal solicitando a abertura dos olhos ou simplesmente chamando o paciente. Se o paciente atender ao estímulo verbal: 3 pontos.
  - Na ausência de abertura ocular ao estímulo verbal, utilizar um estímulo doloroso, preferencialmente compressão do leito ungueal, pinçamento digital do músculo trapézio ou pinçamento digital do músculo esternocleidooccipitomastoideo. Se o paciente abrir os olhos após o estímulo doloroso: 2 pontos.
  - Na ausência de abertura ocular mesmo após estímulo doloroso: 1 ponto.

Obs.: Se houver algum impedimento para essa avaliação, deve-se pontuar 1 e apresentar justificativa.  
Exemplo: AO: 1 (edema periorbitário bilateral).

2. Avaliar a resposta verbal e pontuar segundo a melhor resposta obtida possível: Utilizar perguntas simples para avaliação da orientação em tempo, espaço e pessoa: *"Como é seu nome?"* ou *"O que aconteceu com você?"*
  - Considerar "orientado" o paciente que responde coerentemente às perguntas: 5 pontos;
  - Considerar "confuso" o paciente que embora responda às perguntas, demonstra desorientação no tempo e no espaço e/ou incompreensão da situação atual e/ou incoerência com a realidade: 4 pontos;
  - Considerar o uso de palavras inapropriadas: 3 pontos;
  - Considerar o uso de sons incompreensíveis: 2 pontos;
  - Na ausência de resposta verbal: 1 ponto.

Obs.: Se houver algum impedimento para essa avaliação, deve-se pontuar 1 e apresentar justificativa.  
Exemplo: MRV: 1 (intubação) ou MRV:1 (T).

3. Avaliar a resposta motora e pontuar segundo a melhor resposta obtida possível: Dar um comando claro e simples para uma ação motora: *"Mostre o dedo"*, *"Abra as mãos"*, etc.
  - Se o paciente obedece ao comando: 6 pontos.
  - Na ausência de resposta ao comando, utilizar um estímulo doloroso para avaliação da resposta. Preferir os seguintes estímulos: compressão do leito ungueal, pinçamento digital do músculo trapézio ou pinçamento digital do músculo esternocleidooccipitomastoideo.
  - Considerar resposta de "localização" se o paciente localiza e tenta afastar o estímulo doloroso: 5 pontos.
  - Considerar resposta de "retirada" se o paciente tentar afastar o estímulo doloroso mediante flexão do membro estimulado; 4 pontos.

Elaboração: Janeiro/2016

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

BP14 – Escala de coma de Glasgow

1/2



**BP14**
**Protocolo Samu 192**  
**Protocolos de Procedimentos**  
**SUORTE BÁSICO DE VIDA**
**BP14 – Escala de coma de Glasgow**

- Considerar resposta de "flexão anormal (postura de decorticação)" se o paciente responder com adução do ombro e flexão do cotovelo, acompanhadas de flexão de punho e dedos associada a hiperextensão, flexão plantar e rotação interna do membro inferior (uni ou bilateral); 3 pontos.
- Considerar resposta de "extensão anormal (postura de descerebração)" se o paciente responder com hiperextensão dos membros, rotação de membro superior e flexão de punhos; 2 pontos.
- Considerar "resposta ausente" se o paciente não apresenta nenhuma resposta, mesmo mediante estímulo doloroso: 1 ponto.

**ESCALA DE COMA DE GLASGOW EM ADULTOS E CRIANÇAS ACIMA DE 4 ANOS**

Parâmetro	Resposta observada	Pontuação
Abertura ocular	Abertura ocular espontânea	4
	Abertura ocular sob comando verbal	3
	Abertura ocular sob estímulo doloroso	2
	Sem abertura ocular	1
Melhor resposta verbal	Resposta adequada (orientada)	5
	Resposta confusa	4
	Respostas inapropriadas	3
	Sons incompreensíveis	2
	Sem resposta verbal	1
Melhor resposta motora	Obedece a comandos	6
	Localiza estímulos dolorosos	5
	Retira ao estímulo doloroso	4
	Flexão anormal (decorticação)	3
	Extensão anormal (descerebração)	2
	Sem resposta motora	1

**Observações:**

- Cada indicador deve ser avaliado de forma independente dos demais.
- A pontuação varia de 3 (ausência de reatividade) a 15 (responsivo e alerta), somando-se os três itens avaliados (abertura ocular, melhor resposta verbal e melhor resposta motora).
- É importante afastar causas clínicas e estados mórbidos prévios que alterem a função neurológica e possam afetar a sua avaliação.
- De acordo com a pontuação obtida na escala de Coma de Glasgow, os traumas cranioencefálicos (TCE) podem ser classificados em TCE leve: 13 a 15 pontos; TCE moderado: 9 a 12 pontos; TCE grave: 3 a 8 pontos.

Elaboração: Janeiro/2016

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

BP14 – Escala de coma de Glasgow

2/2



**BP15**
**Protocolo Samu 192  
Protocolos de Procedimentos  
SUPORTE BÁSICO DE VIDA**

**BP15 – Escala pré-hospitalar para AVC de Cincinnati**
**Indicação:**

Em todas as situações de suspeita clínica de acidente vascular cerebral (AVC):

**1. Sinais de alerta de AVC isquêmico:**

- Início súbito de déficits neurológicos focais: plegia ou paresia facial súbita (desvio da rima labial e alteração da expressão facial); plegia ou paresia em membros superiores (MMSS), membros inferiores (MMII) ou em dimídio; parestesia ou hipoestesia em face, MMSS ou MMII
- Disfasia ou afasia súbita
- Distúrbio visual súbito, uni ou bilateral
- Alteração da marcha, coordenação e equilíbrio
- Perda súbita de memória
- Vertigem, síncope ou convulsão
- Cefaleia de causa desconhecida

**2. AVC hemorrágico: Geralmente sem sinais de alerta, suspeitar quando presentes:**

- Cefaleia súbita e intensa, sem causa conhecida
- Náuseas e vômitos
- Diplopia
- Alteração do nível de consciência (de confusão mental a irresponsividade)

**Materiais**

- Equipamento de proteção individual obrigatório

**Procedimentos**

1. Aplicar a Escala de Cincinnati – avaliação rápida de três parâmetros:

PARÂMETROS	COMO TESTAR	COMO AVALIAR	
		NORMAL	ALTERADO
Presença de plegia, paresia ou assimetria facial súbita	Pedir ao paciente para sorrir ou mostrar os dentes.	Movimentação simétrica da face	Movimentação assimétrica da face
Presença de debilidade dos MMSS	Pede-se ao paciente para fechar os olhos e elevar os MMSS, mantendo-os na posição por 10 segundos.	Ambos os membros são sustentados igualmente	Ausência de movimento ou extensão parcial de um membro
Presença de alteração da fala	Pede-se ao paciente para dizer uma frase. Sugestão: "O rato roeu a roupa do rei de Roma"	Fala correta, com pronúncia clara	Fala incompreensível ou inadequada, ou o paciente é incapaz de falar

**Observações:**

- Diante da suspeita de AVC, realizar avaliação primária (Protocolo BC1) e avaliação secundária (Protocolo BC2) e implementar medidas básicas de suporte conforme Protocolo BC14.
- Existem muitas sugestões de frase para avaliação da presença de alterações da fala. O Manual de Rotinas para Atenção ao AVC do Ministério da Saúde sugere a frase "O Brasil é o país do futebol".

Elaboração: Janeiro/2016

 BP15 – Escala pré-hospitalar para AVC de Cincinnati  
 Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
 Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/1



**BP16**

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Procedimentos  
SUPORTE BÁSICO DE VIDA



## BP16 – Avaliação da glicemia capilar

### Indicação

Avaliação do nível glicêmico do paciente com:

- Alteração do nível de consciência (Protocolos BC14, BC15, BTox3)
- Convulsão (Protocolo BC16)
- Outros sinais de hipo ou hiperglicemia (Protocolos BC18 e BC19)
- História progressiva de patologia metabólica (diabete, hipoglicemia, hiperglicemia) com ou sem uso de insulina
- Quaisquer outras situações conforme indicação do protocolo e/ou sob ordem do médico regulador ou médico na cena

### Materiais e equipamento

- Equipamento de proteção individual (EPI) obrigatório
- Material para antisepsia: algodão/gaze e álcool 70%
- Glicosímetro (conforme modelo padronizado no serviço)
- Lancetas estéreis e/ou lancetador apropriado
- Fitas reagentes compatíveis com o modelo de glicosímetro disponível
- Coletor de resíduos perfurocortantes

### Procedimento

1. Utilizar EPI;
2. Separar o material adequado;
3. Orientar o paciente quanto à realização do procedimento se possível;
4. Escolher o sítio para punção; dar preferência à lateral da extremidade das polpas digitais;
5. Limpar a área com algodão umedecido com álcool 70% e aguardar secagem;
6. Ligar o aparelho e posicionar a fita reagente no aparelho;
7. Realizar leve pressão na ponta do dedo para favorecer o enchimento capilar;
8. Realizar punção com a lanceta e/ou lancetador no bordo lateral da polpa digital;
9. Obter volume de sangue suficiente para preencher o campo reagente da fita (superfície absorvente da fita reagente);
10. Após absorção da gota, pressionar o local da punção com algodão embebido em álcool 70%;
11. Aguardar a leitura digital do valor da glicose sanguínea;
12. Comunicar o resultado ao paciente e à equipe;

Elaboração Janeiro/2016

BP16 – Avaliação da glicemia capilar  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/2



## BP16

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Procedimentos  
**SUORTE BÁSICO DE VIDA**

### BP16 – Avaliação da glicemia capilar

13. Desprezar a lanceta no coletor de resíduos perfurocortantes e demais materiais no lixo contaminado;
14. Realizar a desinfecção do glicosímetro de acordo com as orientações do fabricante s/n;
15. Retirar as luvas e higienizar as mãos;
16. Registrar os valores mensurados na ficha de atendimento;
17. Comunicar o resultado e seguir orientação da Regulação Médica ou do médico na cena.

#### Observações:

- Considerar os 3S (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem podem realizar este procedimento, desde que capacitados. Os serviços devem garantir que seus profissionais sejam capacitados para o uso do glicosímetro disponível.
- Considerar:
  - a realização de teste ou calibração do glicosímetro conforme recomendação do fabricante
  - a verificação da compatibilidade do código do glicosímetro e da fita reagente.
- A secagem pós-antisepsia (antes da punção) é fundamental para evitar alteração no resultado.
- Alguns modelos de glicosímetro ligam automaticamente ao se inserir a tira.
- Devido ao posicionamento anatômico das terminações nervosas, a punção na lateral da extremidade das palmas digitais pode reduzir a percepção da dor.
- A quantidade de material sanguíneo deve ser suficiente para o preenchimento da área capilar, caso não seja adequado, realizar nova punção.
- Pacientes com baixa perfusão podem requerer aquecimento da extremidade ou seu posicionamento abaixo da linha do coração.
- Na necessidade de repetir o procedimento, atentar para a importância do radizão do local.
- Recomenda-se repetir a avaliação em caso de valores alterados: glicemia elevada (ou HI-high) e abaixo de 60 mg/dL e após a abordagem medicamentosa (se indicada).
- Mantenha a caixa de fitas reagentes em local seco e fresco (<40 °C).



**BP17**

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Procedimentos em SBV  
**SUPOORTE BÁSICO DE VIDA**



## BP17 – Colocação do colar cervical

### Indicação

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

### Material e equipamentos

- EPI obrigatório
- Colar cervical de tamanho apropriado

### Procedimento

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

- O profissional 1 realiza a estabilização manual da cabeça com as duas mãos e com a ajuda de uma leve tensão no sentido axial, realiza o alinhamento em posição neutra.
- Atenção: O alinhamento deve ser evitado ou interrompido se houver resistência ou dor ao movimento, piora da condição ventilatória ou ocorrência de espasmos musculares do pescoço e parestesia.
- O profissional 2 realiza a avaliação do pescoço e região mentoniana para rápida detecção de lesões que necessitem de abordagem antes da instalação do colar ou que impeçam sua instalação. Devem ser avaliados rapidamente: face, pescoço, traquéia, condições de jugulares, clavículas, coluna cervical e pulso carotídeo.
- Em seguida, o profissional 2 utiliza seus dedos para medir o pescoço do paciente, (distância entre a mandíbula e o ombro).



- Usando esta medida aproximada, o profissional 2 seleciona o tamanho adequado do colar. No caso de colares ajustáveis, deve-se realizar o ajuste o tamanho indicado, certificando-se que este está travado no tamanho selecionado;

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Abril/2015

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

BP17 – Colocação do colar cervical

1/3



## BP17

### Protocolo Samu 192 Protocolos de Procedimentos em SBV SUPORTE BÁSICO DE VIDA

#### BP17 – Colocação do colar cervical

- Enquanto a estabilização e alinhamento da cabeça são mantidos, o profissional 2 instala o colar.
- Pode haver variação da técnica de instalação a depender da posição do paciente:
  - paciente em DDH (imagem ao lado), a colocação se inicia com a passagem do colar por trás, entre o pescoço e a superfície, complementando-se pelo ajuste do apoio mentoniano à frente, sob o mento;
  - paciente sentado ou em pé, a instalação do colar se inicia pela adequação do apoio mentoniano do colar sob o mento complementando-se com a passagem por trás do pescoço.



- O ajuste do colar é complementado pela checagem do correto posicionamento:
  - do apoio mentoniano do colar sob a mandíbula de um ângulo ao outro;
  - do apoio esternal do colar sobre a região do esterno no tórax do paciente; E
  - dos apoios laterais do colar sobre as clavículas e trapézio.
- Após a colocação do colar cervical, a estabilização manual da cabeça e do pescoço deve ser mantida até que o paciente seja colocado na prancha e seja instalado o imobilizador lateral de cabeça.

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Abril/2015

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

BP17 – Colocação do colar cervical

2/3



**BP17**

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Procedimentos em SBV  
**SUPOORTE BÁSICO DE VIDA**



## BP17 – Colocação do colar cervical

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

### Observações:

- Considerar as 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- A instalação do colar não é prioridade máxima no atendimento ao politraumatizado enquanto a estabilização manual da cabeça puder ser realizada de forma eficiente por um profissional. No entanto, esse dispositivo é importante para a imobilização, pois limita os movimentos da coluna cervical e ajuda a sustentar o pescoço, protegendo a coluna de compressão.
- O paciente que apresenta comprometimento das vias aéreas, respiração ou circulação deve receber as intervenções de correção desses problemas antes da instalação do colar cervical, enquanto um profissional executa a estabilização manual da cabeça. Assim que for possível, o colar deverá ser instalado.
- No paciente consciente, com boa ventilação e circulação e no paciente inconsciente sem comprometimento das vias aéreas, o colar cervical pode ser aplicado concomitantemente ao controle manual da coluna.
- É contra indicado o uso do colar cervical:
  - em situações onde o alinhamento não possa ser obtido. Nesses casos, o posicionamento da cabeça deve ser mantido com controle manual e outras estratégias de fixação para evitar movimentação.
  - na presença de objeto encaixado no pescoço ou região. Nesses casos o objeto deve ser fixado e o controle manual mantido em associação a outras estratégias de fixação para evitar a movimentação da cabeça.

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Abril/2015

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

BP17 – Colocação do colar cervical

3/3



## BP18

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Procedimentos em SBV  
SUPORTE BÁSICO DE VIDA



### BP18 – Imobilização sentada – dispositivo tipo colete (KED)

#### Indicação

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

#### Material e equipamentos

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

#### Procedimento

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

- O profissional 1 deve se posicionar por trás do paciente e realizar a estabilização manual da cabeça, posicionando os dedos médios de ambas as mãos na região do zigomático, polegares na nuca e os dedos mínimos e anulares na mandíbula da paciente.
- O profissional 2 deve abordar o paciente pela lateral mais adequada e avaliar as vias aéreas, respiração e circulação (pulso, hemorragias e perfusão distal) para certificar-se que o paciente não corre risco à vida imediato.
- Em seguida, o profissional 2 mensura e aplica o colar cervical no paciente com o auxílio do profissional 3 que se posiciona preferencialmente pela lateral oposta.



- Para posicionar o colete imobilizador no paciente enquanto a estabilização da cabeça é mantida, o profissional 3 deve apoiar uma das mãos sobre o tronco anterior e a outra na região dorsal (tronco posterior).
- Sob comando verbal, o paciente é movimentado em bloco para frente pelos profissionais 1 e 3, apenas o suficiente para que o colete imobilizador seja posicionado entre o paciente e o encosto, pelo profissional 2.
- Obs: Os tirantes longos da virilha devem ser abertos e posicionados atrás do colete antes de sua instalação.

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Abril/2015

BP18 – Imobilização sentada – dispositivo tipo colete (KED)  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/6



**BP18**

**Protocolo Samu 192**  
**Protocolos de Procedimentos em SBV**  
**SUPOORTE BÁSICO DE VIDA**

**BP18 – Imobilização sentada – dispositivo tipo colete (KED)**

- Após posicionar o colete imobilizador entre o encosto e o paciente, as abas laterais do equipamento são ajustadas à altura do paciente de forma que sua parte superior toque as axilas para, em seguida, serem ajustadas em torno do tronco.



- Os profissionais 2 e 3, realizam o afivelamento dos tirantes iniciando pelo central (amarelo), seguido do tirante inferior (vermelho) e, finalmente, o tirante superior (verde).
- Os profissionais devem garantir que o tirante superior (verde) posicionado no tórax não esteja apertado e comprometendo a ventilação. Esse tirante deve ser mantido frouxo até que o paciente esteja pronto para ser retirado, quando então será ajustado como os demais.
- O profissional 1 deve manter a estabilização manual da cabeça durante todo o procedimento.

- Os tirantes longos da virilha que já estavam soltos, devem ser posicionados e ajustados sob cada membro inferior e conectados ao colete do mesmo lado. A passagem do tirante é realizada debaixo da coxa e da nádega no sentido de frente para trás.
- Atenção especial deve ser dada a genitália que não deve ficar sob os tirantes.
- Quando corretamente posicionados, os tirantes da virilha devem ser ajustados (apertados).
- Nesse momento é necessário revisar e ajustar os tirantes do tronco, exceto o superior (verde).



Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Abril/2015

BP18 – Imobilização sentada – dispositivo tipo colete (KED)  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

2/6



**BP18**

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Procedimentos em SBV  
**SUPOORTE BÁSICO DE VIDA**



**BP18 – Imobilização sentada – dispositivo tipo colete (KED)**

- Com os tirantes do tronco e dos membros inferiores afivelados e revisados, deve ser finalizada a colocação do colete com a imobilização da cabeça.
- Para isso é preciso analisar se é necessário preencher espaço entre a cabeça e o colete para manter o alinhamento neutro. Se necessário, pode ser utilizado acolchoamento.



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

- Antes de movimentar o paciente, todos os tirantes devem ser reavaliados. O tirante superior do tórax deve ser ajustado adequadamente neste momento.



Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Abril/2015

BP18 – Imobilização sentada – dispositivo tipo colete (KED)  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

3/6



**BP18**

**Protocolo Samu 192  
Protocolos de Procedimentos em SBV  
SUPORTE BÁSICO DE VIDA**

**BP18 – Imobilização sentada – dispositivo tipo colete (KED)**

- Os dois antebraços do paciente devem ser posicionados um sobre o outro e imobilizados com a ajuda de bandagens triangulares ou utilizando as sobras dos tirantes longos.
- O paciente está pronto para ser removido.
- Se possível, a prancha longa deve ser posicionada sobre a maca ou esta deve estar próxima à saída do paciente para evitar deslocamentos longos.
- A prancha longa é posicionada sob as nádegas do paciente, apoiada no assento, enquanto do outro lado é apoiada pelo profissional ou pela maca.
- Para a sustentação da prancha poderá ser solicitado o apoio dos demais profissionais (bombeiros, policiais, etc.,) presentes na cena.
- Os profissionais 2 e 3 deverão proceder a remoção sustentando o paciente pelas alças do colete enquanto giram, levantam e movem o paciente para fora em movimentos curtos e sincronizados.
- Enquanto o paciente é girado em direção do lado da saída, seus membros inferiores são elevados em direção ao assento, se necessário passado sobre o console, uma por vez.



Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Abril/2015

BP18 – Imobilização sentada – dispositivo tipo colete (KED)  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

4/6



**BP18**

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Procedimentos em SBV  
**SUPOORTE BÁSICO DE VIDA**



**BP18 – Imobilização sentada – dispositivo tipo colete (KED)**

- Os giros devem ser realizados até que o paciente esteja com as costas voltadas para a prancha.



- Assim que o paciente for girado em direção à prancha longa, ele deve ser deitado sobre prancha mantendo os membros inferiores elevados.
- Nesse momento, o cinto superior (verde) do tórax deve ser afrouxado para favorecer a ventilação e os cintos da virilha devem ser soltos para permitir que os membros inferiores sejam abaixados sobre a prancha.
- O paciente deve ser adequadamente posicionado na prancha longa com o colete para receber, em seguida, o afivelamento dos cintos de segurança da prancha e da maca.



Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Abril/2015

BP18 – Imobilização sentada – dispositivo tipo colete (KED)  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

5/6





## BP18

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Procedimentos em SBV  
**SUPORTE BÁSICO DE VIDA**

### BP18 – Imobilização sentada – dispositivo tipo colete (KED)

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

#### Observações:

- Durante todo o procedimento, utilizar estratégias de comunicação em alça fechada.
- O comando para as ações de mobilização deve partir do profissional T que efetua a estabilização manual da cabeça.
- Para paciente com lesões que coloquem a vida em risco, a técnica a ser utilizada é a de retirada rápida.
- Esta técnica permite variações diversas a depender do tipo de veículo, suas características e as circunstâncias do evento. No entanto, suas premissas básicas devem ser sempre consideradas, principalmente as que envolvem a estabilização da coluna cervical.

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Abril/2015

BP18 – Imobilização sentada – dispositivo tipo colete (KED)  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

6/6



## BP19

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Procedimentos  
SUPORTE BÁSICO DE VIDA



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

#### Indicação

Paciente vítima de trauma que se encontra sentado no veículo ou em circunstância similar, nas seguintes situações:

- Condições de risco à vida detectadas durante a avaliação primária;
- Paciente dificultando o acesso a outro em situação aparentemente mais grave.

#### Materiais e equipamentos

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

#### Procedimento

TÉCNICA COM 2 PROFISSIONAIS

1. Utilizar EPI;
2. Identificar-se e explicar o procedimento ao paciente à medida do possível;
3. O profissional 1 deverá posicionar o paciente estabilizando a cabeça e a coluna cervical com ambas as mãos;
4. O profissional 2 deverá fazer a colocação do colar cervical mais adequado;
5. O profissional 1 deverá estabilizar cabeça, tronco e a coluna cervical da vítima usando o braço e o ombro de forma que seu braço fique entre o banco e a vítima enquanto a mão fixará o quadril e a outra mão ajudará a estabilização da cabeça;
6. O profissional 2 deverá posicionar a prancha longa de forma que a extremidade inferior da prancha esteja seguramente apoiada e encostada no estribo do veículo e a outra extremidade no chão;
7. O profissional 1 deverá iniciar o giro do paciente com movimentos curtos e controlados em direção à prancha longa, enquanto o profissional 2 irá livrar os membros inferiores colaborando com o giro executado pelo profissional 1 de forma sincronizada;
8. O profissional 1 deverá manter a estabilização da cabeça e coluna cervical de forma manual até que a vítima fique com suas costas voltadas para o centro da prancha;



Elaboração: Janeiro/2016

BP19 – Retirada de pacientes: retirada rápida (1 e 2 profissionais)  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/4



**BP19**

**Protocolo Samu 192  
Protocolos de Procedimentos  
SUPORTE BÁSICO DE VIDA**

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

9. O profissional 2 deverá deslizar a vítima sobre a prancha longa até atingir a melhor posição para a retirada da prancha;
10. O profissional 1 deverá instalar os fixadores laterais de cabeça e assumir a cabeceira da prancha longa, enquanto o profissional 2 deverá assumir a parte inferior da prancha e retirar a vítima do veículo;
11. Após retirar a vítima do veículo, executar a fixação definitiva na prancha longa;
12. Registrar o procedimento realizado na ficha/boletim de atendimento.



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

**Observações**

- Durante todo o procedimento, utilizar estratégias de comunicação em alça fechada.
- O comando para as ações de mobilização deve partir do profissional 1, que efetua a estabilização manual da cabeça.
- O paciente deve ser transportado na maca e com cintos de segurança afivelados.
- Para paciente com lesões que não coloquem a vida em risco iminente, a técnica a ser utilizada é a de colete imobilizador (*Kendrick Extrication Device*, KED).
- Esta técnica permite variações diversas a depender do tipo de veículo, suas características e as circunstâncias do evento. No entanto, suas premissas básicas devem ser sempre consideradas, principalmente as que envolvem a estabilização da coluna cervical, os giros com pequenas movimentações e a redução nas trocas de posição entre os profissionais.
- Recomenda-se o aquecimento do paciente com manta térmica. A manta térmica pode ser colocada sob os cintos de segurança, essencialmente nos casos de transporte aeromédico.

Elaboração: Janeiro/2016

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

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

2/4



**BP19**

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Procedimentos  
SUPORTE BÁSICO DE VIDA



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

Procedimento  
TÉCNICA COM 1 PROFISSIONAL

1. Utilizar EPI;
2. Identificar-se e explicar o procedimento ao paciente à medida do possível;
3. Verificar se o paciente não está preso nos pedais, ferragens ou outro obstáculo;
4. Considerar a abordagem de acordo com o posicionamento do paciente no veículo:

ABORDAGEM DO PACIENTE SENTADO À ESQUERDA DO VEÍCULO:

- Abordar o paciente lateralmente passando o braço esquerdo (E) do profissional por baixo do braço E do paciente e segurar o mento;
- Passar o braço direito (D) do profissional por trás e por baixo da axila D do paciente e segurar o punho D do paciente;
- Apoiar a face lateral E do paciente contra a face lateral D do profissional;
- Girar a vítima 90° para E e removê-la vigorosamente retirando-a do veículo;
- Deitar paciente no chão cautelosamente.



ABORDAGEM DO PACIENTE SENTADO À DIREITA DO VEÍCULO:

- Abordar o paciente lateralmente passando o braço D do profissional por baixo do braço D do paciente e segurar o mento;
- Passar o braço E do profissional por trás e por baixo da axila E do paciente e segurar o punho E do paciente;
- Apoiar a face lateral D do paciente contra a face lateral E do profissional;
- Girar a vítima 90° para D e removê-la vigorosamente, retirando-a do veículo;
- Deitar paciente no chão cautelosamente.

Elaboração: Janeiro/2016

BP19 – Retirada de pacientes: retirada rápida (1 e 2 profissionais)  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

3/4



## BP19

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Procedimentos  
**SUORTE BÁSICO DE VIDA**

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

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

#### Observações

- Quanto mais pesada a vítima, mais difícil será a aplicação da técnica.
- Sempre quando houver mais de um socorrista, optar pelo trabalho de dois socorristas para evitar sobrecarga.
- Esta técnica permite variações diversas a depender do tipo de veículo, suas características e as circunstâncias do evento. No entanto, suas premissas básicas devem ser sempre consideradas, principalmente as que envolvem a estabilização da coluna cervical.

Elaboração: Janeiro/2016

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

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

4/4



**BP20**

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Procedimentos em SBV  
**SUPOORTE BÁSICO DE VIDA**



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

### Indicação

Paciente de trauma que se encontra sentado (no carro ou em circunstância similar) nas seguintes situações:

- condições de risco à vida detectadas durante a avaliação primária;
- cena insegura com risco para o paciente e os profissionais;
- paciente dificultando o acesso a outro com lesão mais grave.

### Material

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

### Procedimento

1. Utilizar EPI;
2. Identificar-se e explicar o procedimento ao paciente à medida do possível.
3. Realizar manobra conforme indicado:
  - O profissional 1 deve realizar o procedimento de estabilização e alinhamento manual da coluna cervical, de preferência, por trás do paciente.
  - Nesse momento, uma avaliação rápida deve ser realizada e o colar cervical é posicionado.



- Ainda com a estabilização manual, o profissional 2 executa a estabilização do tronco, enquanto o profissional 3 controla a região inferior das pernas.
- Inicia-se uma série de giros curtos e controlados em direção a rota de saída.
- As pernas do paciente devem ser movidas uma a uma, sobre o console, se necessário.

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Abril/2015

BP20 – Retirada de paciente: Retirada rápida (3 profissionais)  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/3



**BP20**

**Protocolo Samu 192**  
**Protocolos de Procedimentos em SBV**  
**SUORTE BÁSICO DE VIDA**

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

- Os profissionais 2 e 3 continuam a girar o paciente até que a estabilização manual da cabeça não possa mais ser efetuada por trás (dentro do veículo).
- Nesse momento o profissional 2 assume a estabilização de fora do veículo, enquanto o profissional 1 se desloca para fora do carro podendo reassumir a estabilização.



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



Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Abril/2015

BP20 – Retirada de paciente: Retirada rápida (3 profissionais)  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

2/3



**BP20**

**Protocolo Samu 192**  
**Protocolos de Procedimentos em SBV**  
**SUPOORTE BÁSICO DE VIDA**



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

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



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

**Observações:**

- Durante todo o procedimento, utilizar estratégias de comunicação em alça fechada.
- O comando para as ações de mobilização deve partir do profissional 1 que efetua a estabilização manual da cabeça.
- Para paciente com lesões que não coloquem a vida em risco iminente, a técnica a ser utilizada é a de colete imobilizador (KED).
- Esta técnica permite variações diversas a depender do tipo de veículo, suas características e as circunstâncias do evento. No entanto, suas premissas básicas devem ser sempre consideradas, principalmente as que envolvem a estabilização da coluna cervical, os giros com pequenas movimentações e a redução nas trocas de posição entre os profissionais.

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Abril/2015

BP20 – Retirada de paciente: Retirada rápida (3 profissionais)  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

3/3





## BP21

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Procedimentos em SBV  
SUPORTE BÁSICO DE VIDA



### BP21 – Remoção de capacete

#### Indicação

Paciente em uso de capacete fechado com suspeita de trauma.

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

#### Material

- EPI obrigatório
- Colar cervical de tamanho apropriado.

#### Procedimento

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

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



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

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Abril/2015

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

BP21 – Remoção de capacete

1/2



## BP21

### Protocolo Samu 192 Protocolos de Procedimentos em SBV SUPORTE BÁSICO DE VIDA

#### BP21 – Remoção de capacete

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



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

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

#### Observações:

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

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Abril/2015

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

BP21 – Remoção de capacete

2/2



## BP22

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Procedimentos em SBV  
SUPORTE BÁSICO DE VIDA



### BP22 – Rolamento em bloco 90°

#### Indicação

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

#### Material

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

#### Procedimento

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

- O profissional 1 deve posicionar-se atrás da cabeça do paciente, com os joelhos e cotovelos apoiados para melhor estabilidade e realizar o alinhamento e estabilização manual da cabeça;
- Em seguida, o profissional 2 mensura e aplica o colar cervical no paciente.



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

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Abril/2015

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

BP22 – Rolamento em bloco 90°

1/3



**BP22**

**Protocolo Samu 192**  
**Protocolos de Procedimentos em SBV**  
**SUPOORTE BÁSICO DE VIDA**

**BP22 – Rolamento em bloco 90°**

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



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

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Abril/2015

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

BP22 – Rolamento em bloco 90°

2/3



## BP22

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Procedimentos em SBV  
SUPORTE BÁSICO DE VIDA



### BP22 – Rolamento em bloco 90°

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



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

#### Observações:

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

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Abril/2015

BP22 – Rolamento em bloco 90°  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

3/3



## BP23

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Procedimentos em SBV  
SUPORTE BÁSICO DE VIDA



### BP23 - Rolamento em bloco 180°

#### Indicação

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

#### Material

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

#### Procedimento

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

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



Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Abril/2015

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

BP23 - Rolamento em bloco 180°

1/3



**BP23**

**Protocolo Samu 192**  
**Protocolos de Procedimentos em SBV**  
**SUORTE BÁSICO DE VIDA**

**BP23 - Rolamento em bloco 180°**

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



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

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Abril/2015

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

BP23 - Rolamento em bloco 180°

2/3



**BP23**

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Procedimentos em SBV  
**SUPOORTE BÁSICO DE VIDA**



## BP23 - Rolamento em bloco 180°

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

### Observações:

- Durante todo o procedimento, utilizar estratégias de comunicação em alça fechada.
- O comando para as ações de mobilização deve partir do profissional T que efetua a estabilização manual da cabeça.
- O paciente deve ser transportado na maca e com cintos de segurança afivelados.
- Variações na técnica podem ser consideradas desde que o princípio da rolagem em bloco com estabilização e alinhamento da coluna sejam mantidos.
- Recomenda-se o aquecimento do paciente com manta térmica. A manta térmica pode ser colocada sob os cintos de segurança essencialmente nos casos de transporte aeromédico.

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Abril/2015

BP23 - Rolamento em bloco 180°  
Este protocolo foi paulado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

3/3





## BP24

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Procedimentos em SBV  
**SUPOORTE BÁSICO DE VIDA**



### BP24 - Pranchamento em pé (3 profissionais)

#### Indicação

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

#### Material

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

#### Procedimento

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

#### TÉCNICA COM 3 PROFISSIONAIS

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



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

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Outubro/2014

BP24 - Pranchamento em pé (3 profissionais)  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/5



## BP24

### Protocolo Samu 192 Protocolos de Procedimentos em SBV SUPORTE BÁSICO DE VIDA

#### BP24 - Pranchamento em pé (3 profissionais)

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



Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Outubro/2014

BP24 - Pranchamento em pé (3 profissionais)  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

2/5



**BP24**

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Procedimentos em SBV  
SUPORTE BÁSICO DE VIDA



**BP24 - Pranchamento em pé (3 profissionais)**

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



Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Outubro/2014

BP24 - Pranchamento em pé (3 profissionais)  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

3/5



## BP24

### Protocolo Samu 192 Protocolos de Procedimentos em SBV SUPORTE BÁSICO DE VIDA

#### BP24 - Pranchamento em pé (3 profissionais)

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



Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Outubro/2014

BP24 - Pranchamento em pé (3 profissionais)  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

4/5



**BP24**

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Procedimentos em SBV  
**SUPOORTE BÁSICO DE VIDA**



## BP24 - Pranchamento em pé (3 profissionais)

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

### Observações:

- Durante todo o procedimento, utilizar estratégias de comunicação em alça fechada;
- O comando para as ações de mobilização deve partir do profissional 1 que efetua a estabilização manual da cabeça;
- O paciente deve ser transportado na maca e com cintos de segurança afivelados;
- Variações na técnica podem ser consideradas desde que o princípio da movimentação em bloco sobre a prancha com estabilização e alinhamento da coluna sejam mantidos;
- Recomenda-se o aquecimento do paciente com manta térmica. A manta térmica pode ser colocada sob os cintos de segurança essencialmente nos casos de transporte aeromédico.

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Outubro/2014

BP24 - Pranchamento em pé (3 profissionais)  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

5/5



## BP25

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Procedimentos em SBV  
**SUPOORTE BÁSICO DE VIDA**



### BP25 - Pranchamento em pé (2 profissionais)

#### Indicação

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

#### Material

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

#### Procedimento

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

#### TÉCNICA COM 2 PROFISSIONAIS

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



Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Abril/2015

BP25 - Pranchamento em pé (2 profissionais)  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/4



**BP25**

**Protocolo Samu 192**  
**Protocolos de Procedimentos em SBV**  
**SUPOORTE BÁSICO DE VIDA**

**BP25 - Pranchamento em pé (2 profissionais)**

- Profissional 1 mantém o alinhamento e estabilização da cabeça;
- O profissional 2 em pé, voltado para o paciente, posiciona o braço mais próximo sob a axila do paciente segurando com a mão na alça mais próxima da prancha.
- A outra mão é posicionada com a palma e os dedos estendidos na face do paciente, aplicando uma leve pressão para auxiliar na estabilização manual da cabeça.
- O profissional 2 pode liberar uma das mãos e se repositionar ao lado do paciente, ajustando o posicionamento da mão na face em movimento similar ao do socorrista 2 (braço sob a axila e mão sobre a face).



Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Abril/2015

BP25 - Pranchamento em pé (2 profissionais)  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

2/4



## BP25

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Procedimentos em SBV  
SUPORTE BÁSICO DE VIDA



### BP25 - Pranchamento em pé (2 profissionais)

- Enquanto o alinhamento e estabilização são mantidos com leve pressão sobre a face executados pelos 2 profissionais, o paciente e a prancha são lentamente baixados no chão, após comando de voz.
- O movimento de descida deve garantir máxima estabilização manual e não deve ser intempestivo.



- Ao final da descida, o paciente é ajustado na prancha e a estabilização manual da cabeça poderá ser mantida por um dos profissionais. Nesse momento, o paciente deve receber fixadores para a cabeça e imobilização na prancha longa com pelo menos 3 cintos de segurança.

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Abril/2015

BP25 - Pranchamento em pé (2 profissionais)  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

3/4





## BP25

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Procedimentos em SBV  
**SUPORE BÁSICO DE VIDA**

### BP25 - Pranchamento em pé (2 profissionais)

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

#### Observações:

- Durante todo o procedimento, utilizar estratégias de comunicação em alça fechada.
- O comando para as ações de mobilização deve partir do profissional 1 que efetua a estabilização manual da cabeça.
- O paciente deve ser transportado na maca e com cintos de segurança afivelados.
- Variações na técnica podem ser consideradas desde que o princípio da movimentação em bloco sobre a prancha com estabilização e alinhamento da coluna sejam mantidas.
- Recomenda-se o aquecimento do paciente com manta térmica. A manta térmica pode ser colocada sob os cintos de segurança essencialmente nos casos de transporte aeromédico.

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Abril/2015

BP25 - Pranchamento em pé (2 profissionais)  
Este protocolo foi paulado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

4/4



**BP26**

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Procedimentos  
**SUPORTE BÁSICO DE VIDA**



## BP26 – Técnica de acesso venoso periférico

### Indicação

Necessidade de via de acesso para infusão de soluções e/ou medicamentos sob ordem do médico regulador ou médico na cena.

### Material - Técnica de acesso com cateter sobre agulha de metal

- Equipamento de proteção individual (EPI) obrigatório
- Material para antissepsia: algodão e almofada com álcool 70% (opções para clorexidina e PVPI)
- Garrote (látex)
- Esparradrapo ou similar para fixação
- Cateter intravenoso (cateter sobre agulha de metal) diversos calibres
- Solução salina preparada em equipo (já preenchido com solução)
- Caixa de perfurocortante.

### Procedimento - Técnica de acesso com cateter sobre agulha de metal

1. Utilizar EPI obrigatório;
2. Orientar o paciente quanto à realização do procedimento, se possível;
3. Selecionar o local de acesso mais adequado com vistas à indicação e condição do paciente;
4. Selecionar o tipo de dispositivo e calibre, levando em consideração idade e condição da rede venosa;
5. Para melhor visualizar a veia, garrotear 10 a 15 cm acima do local de inserção proposto (no membro superior, preferencialmente acima da fossa antecubital);
6. Realizar a antissepsia do local com algodão embebido em álcool 70%, no sentido do proximal para o distal (sentido do retorno venoso), três vezes;
7. Preparar o dispositivo:
  - Remover a embalagem;
  - Retirar o protetor do cateter em movimento firme e único;
  - Inspeccionar integridade;
  - Realizar um giro de 360° da agulha (girando o conector);
8. Tracionar a pele com o polegar abaixo do local a ser puncionado para minimizar a mobilidade da veia;
9. Introduzir o cateter venoso na pele, com o bisel voltado para cima, a um ângulo de 15° a 30°, até a cateterização do vaso;
10. Ao visualizar o refluxo sanguíneo na câmara, reduzir o ângulo e introduzir por 0,5cm e estabilizar o cateter com uma mão paralelamente à pele;
11. Soltar o garrote;
12. Introduzir o cateter enquanto retira gradualmente a agulha-guia/mandril;

Elaboração: Janeiro/2016

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

BP26 – Técnica de acesso venoso periférico

1/2



## BP26

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Procedimentos  
**SUPOORTE BÁSICO DE VIDA**

### BP26 – Técnica de acesso venoso periférico

13. Após a retirada total da agulha-guia, conectar o equipo. Atenção para os dispositivos com recolhimento automático da agulha-guia;
14. Fixar de forma que não interfira na visualização e avaliação do local;
15. Desprezar agulha-guia no coletor de resíduos perfurocortantes;
16. Recomenda-se identificar o acesso, assim que possível, com hora e data, tipo e calibre do dispositivo e nome do profissional;
17. Registrar data e horário do procedimento na ficha/boletim de atendimento, bem como o calibre do dispositivo utilizado.

#### Observações

- Considerar os 3S (PE1, PE2, PE3).
- Cateteres intravenosos com dispositivo de segurança automático têm como benefícios, dentre outros, a redução do risco de acidentes com perfurocortantes.
- Nas situações de urgência, os critérios de escolha para o acesso devem ser calibre do vaso e acessibilidade.
- Sempre que possível, dar preferência aos dispositivos flexíveis de maior calibre.
- As tentativas devem ser iniciadas nos vasos distais dos membros superiores progredindo para os vasos proximais. As veias da região antecubital são boas opções nas situações mais críticas; porém, sua proximidade com as articulações promove alto risco para perda do acesso se houver muita movimentação.
- O uso de cateter simples com agulhas (escalpa) é indicado para infusão de volumes baixos (por curto período e/ou sem necessidade de infusão contínua) e para medicações de administração única. Seu uso está relacionado a maior ocorrência de transfusão e infiltração.
- Evitar puncionar em locais com lesões de pele.
- Em caso de transfusão e formação de hematoma, retirar o cateter e promover compressão direta.
- Atentar para a ocorrência de sangramento e infiltrações.
- Presença de trombose reconhecida no trajeto do vaso limita o procedimento nesse local.

Elaboração: Janeiro/2016

BP26 – Técnica de acesso venoso periférico

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

2/2



**BP27**

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Procedimentos em SBV  
**SUPOORTE BÁSICO DE VIDA**



## BP27 – Contenção Física

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

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

### Conduta:

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

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Abril/2015

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

BP27 – Contenção Física

1/3



**BP27**

**Protocolo Samu 192  
Protocolos de Procedimentos em SBV  
SUPORTE BÁSICO DE VIDA**

**BP27 – Contenção Física**

- Elevação – elevação dos membros inferiores e suspensão do paciente.
- Transporte e posicionamento na maca/prancha - com os membros suspensos e seguros, o tórax e a cabeça apoiados no tórax do coordenador, posicionar o paciente sobre a maca/prancha, mantendo a posição anatômica:
  - membros inferiores afastados (fixar Joelho e tornozelo); e
  - membros superiores ao longo do tronco, com as palmas das mãos para cima (fixar punhos).
- 8. Contenção mecânica**
  - O coordenador (ou o profissional que apoia cabeça e tórax) é o responsável pela passagem das faixas.
  - Iniciar a passagem da faixa pelo membro com maior risco do paciente soltar.
  - Membros – passar a faixa por baixo da articulação, com nó na parte anterior. Amarrar a faixa na lateral da maca/prancha e manter a imobilização manual. Nos membros superiores a faixa deve envolver os punhos e nos membros inferiores deve envolver os tornozelos. Evitar hiperextensão dos membros e compressão do plexo braquial.
  - Tórax – última faixa a ser posicionada, na altura dos mamilos nos homens e abaixo das mamas nas mulheres. Amarrar nas laterais da maca/prancha. Não posicionar a faixa sobre o diafragma para não limitar a ventilação. A elevação natural do tronco não deve ultrapassar 30°. Evitar compressão de tórax.
  - Somente suspender a imobilização após reavaliar as fixações e refazê-las quando necessário.
  - Caso o paciente consiga liberar ambos os braços ou ambas as pernas, deve-se contê-las juntos, imediatamente, para, depois de controlada a situação, separá-los e proceder conforme a técnica.
- 9. Realizar avaliação primária (Protocolo BC1) e avaliação secundária (Protocolo BC2).**
- 10. O paciente deve ser mantido sob observação contínua, com registro a cada 15 minutos, durante o período em que permanecer contido:**
  - monitorar o seu nível de consciência e sinais vitais;
  - observar pele perfusão para identificar eventual ocorrência de garroteamentos e lesões locais ou nos membros contidos do paciente.

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Abril/2015

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

BP27 – Contenção Física

2/3



**BP27**

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Procedimentos em SBV  
**SUPOORTE BÁSICO DE VIDA**



## BP27 – Contenção Física

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

### Observações:

- Avaliação ACENA

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

- A contenção física e mecânica é uma medida de exceção e, dessa forma, deve ser utilizada como último recurso, após todas as tentativas de manejo e tranquilização se mostrarem insuficientes para o controle da situação e sob orientação do médico regulador.
- A faixa deve ser confeccionada em material resistente, lavável e de fácil manuseio, com costura reforçada e largura apropriada (membros 10cm e lórax 20cm). Jamais utilizar lençóis ou ataduras de crepom associada a malha tubular como faixa.
- O profissional, para a sua segurança, deve estar consciente de seus próprios sentimentos (medo, ansiedade, raiva) e limites, porque as pessoas reagem instintivamente à emoção do outro, o que pode desencadear uma reação de tensão crescente. Se não se sentir tranquilo o bastante, solicitar a sua substituição no atendimento.
- Não fazer uso da contenção física com propósito de disciplina, punição e coerção ou por conveniência da equipe de saúde. Jamais aplique "chave de braço", torção de punho, gravata, técnicas de artes marciais, bem como sentar-se sobre o paciente ou colocar seus joelhos sobre ele na tentativa de imobilizá-lo.
- A contenção mecânica é um procedimento que, se não aplicada com critério e cuidados, pode desencadear complicações clínicas graves, como desidratação, redução da perfusão em extremidades, fraturas, depressão respiratória e até mesmo morte súbita.
- Deve ser mantida pelo menor tempo possível. Em nenhum caso deverá ser prolongada para além do período estritamente necessário ao seu propósito.
- Priorizar que o procedimento de contenção física seja realizado na presença e com o auxílio do SAV, nas localidades em que houver tal modalidade de suporte, considerando os riscos de intercorrências clínicas em casos de persistência da agitação enquanto o paciente estiver contido.
- O paciente deverá ser transportado na ambulância do SAMU.

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Abril/2015

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

BP27 – Contenção Física

3/3



## BP28

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Procedimentos  
SUPORTE BÁSICO DE VIDA



### BP28 – AVDI

#### Indicação

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

#### Material

- Equipamento de proteção individual (EPI) obrigatório

#### Procedimentos

1. Utilizar EPI;
2. Observar a abertura ocular para determinar se o paciente está alerta ou não (A);
3. Na ausência de abertura ocular, utilizar um estímulo verbal para avaliar a presença ou não de resposta (V):
  - Utilizar as perguntas: "Qual o seu nome?" ou "O que aconteceu com você?"
4. Na ausência de resposta ao estímulo verbal, promover um estímulo doloroso para avaliar se o paciente responde (D):
  - As opções de estímulo doloroso mais adequadas são: compressão do leito ungueal, pinçamento digital do músculo trapézio ou pinçamento digital do músculo esternocleidooccipitomastoideo;
5. Considerar, após a detecção da ausência de abertura ocular e de resposta ao estímulo verbal e doloroso, que o paciente está inconsciente (I).

#### Observações

- O acrônimo AVDI significa A (alerta), V (responde a estímulos verbais), D (responde a estímulos dolorosos), I (inconsciente).
- A escala não permite avaliação de como o paciente responde especificamente aos estímulos aplicados. É avaliado apenas se responde (sim ou não).
- É uma abordagem pouco precisa e deve ser utilizada apenas como avaliação rápida do estado neurológico, não substituindo outras estratégias de avaliação neurológica existentes, como a Escala de Coma de Glasgow.

Elaboração: Janeiro/2016

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

BP28 – AVDI

1/1



# Protocolos Especiais

# PE





**PE1**

**Protocolo Samu 192**  
**Protocolos Especiais**  
**SUPOORTE BÁSICO DE VIDA**



## PE1 – Aspectos gerais de avaliação da segurança de cena

**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**

Este protocolo é parte integrante dos 3 “S” para a segurança e se aplica a todos os atendimentos. A avaliação da segurança da cena deve ser a primeira prioridade do profissional e deve anteceder o início da abordagem do paciente.

**Conduta:**

**1.** Realizar os 3 passos para avaliação da cena

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

**Elaboração:** Agosto/2014  
**Revisão:** Abril/2015

PE1 – Aspectos gerais de avaliação da segurança de cena  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis. Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/2



**PE1**

**Protocolo Samu 192  
Protocolos Especiais  
SUPORTE BÁSICO DE VIDA**

## PE1 – Aspectos gerais de avaliação da segurança de cena

2. Após avaliar os três passos, definir:
  - "CENA SEGURA": iniciar os procedimentos de aproximação e abordagem do paciente (Protocolos PE7, PE2, PE3).
  - "CENA INSEGURA":
    - posicionar-se em local seguro e próximo (considerar ações de segurança já realizadas ou sinalizadas por outros serviços já presentes na cena);
    - comunicar-se imediatamente com a Central de Regulação para informar detalhes e definir solicitação de apoio;
    - se necessário considerar as ações básicas de segurança e controle da cena;
    - aguardar orientação e apoio no local seguro.
3. Considerar as ações de segurança e controle da CENA INSEGURA utilizando regras básicas de posicionamento diante de riscos, tais como:
  - rede elétrica afetada, posicionar-se próximo aos postes que ainda estiverem intactos;
  - presença (ou suspeita) de materiais tóxicos inaláveis ou fumaça, levar em consideração a direção do vento e/ou da fumaça antes de se posicionar. Posicionar-se sempre a favor do vento;
  - fogo e fumaça na cena, além da direção do vento, posicionar-se pelo menos a 50m de distância do local;
  - escoamento de combustível, posicionar-se na direção contrária ao sentido do escoamento;
  - risco de inundação, posicionar-se em local alto e distante;
  - risco de colapso de estruturas (edificações ou vias) considerar a possibilidade de extensão e propagação dos danos e posicionar-se em local seguro;
  - cenários hostis com possibilidade de violência contra a equipe (presença de armas, indivíduos hostis, animais, etc.) manter-se afastado em local seguro até a chegada de apoio. Se houve evolução para um cenário hostil com a equipe já na cena, considerar a saída estratégica diante de ameaça percebida ou potencial, com imediata comunicação à Central de Regulação;
  - se a cena já conta com presença de outras equipes ou serviços (bombeiros, policiamento etc.) considerar a sinalização e as ações de segurança já realizadas e apresentar-se ao comando da cena para disponibilização de recursos e orientações de segurança.
4. Reavaliar a cena com frequência pois os fatores podem se alterar com rapidez.

### Observações:

- Objetivo: identificar rapidamente os diferentes fatores de risco que estão relacionados com a ocorrência com vistas a tomada de decisão para seu controle e início da abordagem.
- A primeira prioridade da equipe deve ser sua segurança. O desejo de ajudar não deve se sobrepor à própria segurança da equipe.
- Em cenários hostis, é útil o uso de sinais ou palavras previamente combinadas para situações que exijam saída estratégica.

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Abril/2015

PE1 – Aspectos gerais de avaliação da segurança de cena  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

2/2



**PE2**

**Protocolo Samu 192**  
**Protocolos Especiais**  
**SUPOORTE BÁSICO DE VIDA**



## PE2 – Regras gerais de biossegurança

**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**

Este protocolo é parte integrante dos 3 “S” para a segurança e se aplica a todos os atendimentos. Biossegurança compreende um conjunto de ações destinadas a prevenir, controlar, mitigar ou eliminar riscos inerentes às atividades que possam interferir ou comprometer a qualidade de vida, a saúde humana e o meio ambiente.

**Conduta:**

### 1. Regras gerais de biossegurança durante o atendimento

- Utilizar EPI obrigatório:
  - uniforme completo apresentável com faixas refletivas e mangas longas;
  - calçado fechado impermeável apropriado;
  - luvas de procedimento;
  - óculos de proteção;
  - máscara facial;
  - capacete (para o caso dos condutores de matalância).
- Considerar práticas adequadas:
  - manter unhas curtas e limpas (não utilizar unhas postiças);
  - manter cabelos presos (caso se aplique);
  - não utilizar adornos em excesso como correntes, pulseiras, anéis e brincos grandes ou mesmo brincos pequenos, se do tipo argola;
  - não fazer uso de perfume durante o horário de trabalho;
  - trocar as luvas durante o atendimento caso exista contato com materiais com alta concentração de microorganismos (exemplo, material fecal) ou em caso de realização de procedimentos invasivos diferentes em um mesmo paciente;
  - com as mãos enluvadas, evitar tocar em maçanetas, puxadores, telefones e outros e, caso ocorra, garantir a realização da limpeza concorrente desses itens ao final do atendimento.

### 2. Regras gerais de biossegurança para o período pós-atendimento

- Higiene pessoal:
  - lavar cuidadosamente as mãos e antebraços, com água e sabão após a retirada das luvas e, na impossibilidade, lavar as mãos, utilizar álcool gel ou similar;
  - trocar o uniforme sempre que este estiver úmido ou receber respingos de fluídos corporais de um paciente;
- Cuidados com o descarte de lixo e de material contaminado:
  - recolher da cena e da ambulância, todo o lixo produzido durante o atendimento (luvas, gazes, etc.) para descarte no recipiente próprio da ambulância;
  - descartar o saco de lixo da ambulância quando este alcançar 3/4 da capacidade, sendo que o descarte deve ser realizado exclusivamente no coletor de lixo hospitalar adequado e previamente pactuado;
- Cuidados com o descarte de material perfuro-cortante:
  - utilizar coletor de perfuro cortante (de parede rígida, impermeável e com tampa) para descarte destes materiais;
  - realizar o descarte quando o coletor de perfurocortante alcançar 2/3 da capacidade;
  - não deixar o coletor de perfuro-cortante no chão ou solto sobre o balcão da ambulância;
  - para descartar, quando cheio, seguir as recomendações do fabricante para o fechamento;
- Realizar de limpeza concorrente da ambulância e dos materiais e equipamentos ao final de cada atendimento.

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Abril/2015

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

PE2 – Regras gerais de biossegurança

1/2



**PE2**

**Protocolo Samu 192  
Protocolos Especiais  
SUPORTE BÁSICO DE VIDA**

**PE2 – Regras gerais de biossegurança**

**3. Práticas gerais de biossegurança aplicadas ao ambiente pré-hospitalar**

- Lavar as mãos sempre:
  - após funções fisiológicas e/ou pessoais: uso do banheiro, alimentação, pentear os cabelos, assoar o nariz, fumar;
  - após procedimentos: ao final de cada atendimento após retirada de luvas, contato com objetos, mobiliário e documentos da ambulância e sempre que se encontrar com sujidade.
- Para a lavagem das mãos, dar preferência ao uso de dispensadores de parede com acionamento manual e secagem com o uso de papel toalha.
- Utilizar saco de lixo branco leitoso para descarte de lixo na ambulância.
- Não permitir comer, beber, fumar ou utilizar/aplicar cosméticos dentro da ambulância.
- Utilizar o uniforme exclusivamente durante o horário de trabalho, evitando-se seu uso no deslocamento por transporte público ou privado, locais de alimentação e outros ambientes.
- A limpeza dos óculos de proteção pode ser realizada com água, sabão e hipoclorito de sódio. Não utilizar álcool 70%.

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

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

**Observações:**

- Os profissionais com lesões cutâneas secretantes ou exsudativas devem evitar atividades na intervenção e cuidado com paciente.
- Toda e qualquer acidente envolvendo o profissional do SAMU com ou sem o envolvimento de riscos biológicos, deve ser informado imediatamente à Regulação Médica e à gerência do serviço, assim que possível.
- Os serviços devem estabelecer rotinas para os casos de acidentes de trabalho de qualquer natureza.
- O uso de máscaras faciais individuais do tipo N95 (ou PFF2), com ou sem válvula de exalação, deve ser restrita à assistência a pacientes com alta suspeição ou confirmação de patologia transmitida por patógenos menores ou iguais a 5 micra na forma de aerossóis, como por exemplo, tuberculose pulmonar bacilífera, influenza A (H1N1), SRAG, sarampo ou varicela. Outras circunstâncias ou condições epidêmicas podem indicar sua necessidade de uso. Estas máscaras são reutilizáveis e seu tempo de uso é avaliado pela sua integridade.
- Considerar as orientações sobre acidentes com material biológico no protocolo próprio.



**PE3**

Protocolo Samu 192  
Protocolos Especiais  
**SUPOORTE BÁSICO DE VIDA**



## PE3 - Práticas para a Segurança do paciente

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão

Este protocolo é parte integrante dos 3 "S" de Segurança e se aplica a todos os atendimentos.

#### Conduta

##### 1. Práticas para a identificação do paciente

- Identificar o paciente na ficha/boletim de atendimento com duas ou mais informações, dentre elas: nome completo sem abreviaturas, acompanhado de endereço completo, data de nascimento e/ou registro de um documento.
- Para pacientes inconscientes, confusas ou sem condição de informar e sem acompanhantes:
  - realizar busca ativa de documentos nos pertences e fazer a identificação conforme orientado acima; e
  - na ausência de documentos, descrever detalhadamente na ficha/boletim de atendimento duas ou mais características pessoais (sexo, etnia, vestes e o local onde o paciente foi encontrado).
- Recomenda-se a utilização de uma fita de identificação simples no punho direito do paciente, com os dados disponíveis e o endereço onde ele foi encontrado.
- Na ocorrência de parto no ambiente pré-hospitalar, utilizar as fichas de identificação na mãe e no RN.

##### 2. Práticas para um cuidado limpo e seguro

- Lavar as mãos antes e depois de procedimentos ou do contato com o paciente e/ou do contato com material biológico.
- Na indisponibilidade de água e sabão, utilizar solução a base de álcool.
- Sempre utilizar luvas durante o atendimento.
- Garantir boas práticas na realização de procedimentos invasivos, mesmo em situação de urgência.
- Realizar os procedimentos de lavagem e desinfecção interna da ambulância, conforme protocolos locais.
- Descartar material perfuro-cortante em local adequado.
- Recolher invólucros e outros artefatos da cena para descarte adequado.

##### 3. Prática para a utilização de cateteres e sondas

- Verificar adequação e permeabilidade dos dispositivos e conexões antes de iniciar a infusão.

##### 4. Práticas para um procedimento seguro

- Executar a checagem diária dos materiais, medicamentos e equipamentos e realizar a reposição dos itens faltantes.
- Atentar para o armazenamento correto, prazo de validade e integridade dos invólucros.
- Prever e comunicar etapas críticas e/ou possíveis eventos críticos durante a realização de procedimentos.
- Registrar a realização de procedimentos, número de tentativas e intercorrências, se houver.

##### 5. Práticas para a administração segura de medicamentos e soluções

- Identificar adequadamente os itens da mochila de medicamentos para facilitar a localização.
- Certificar-se dos "5 certos" da administração de medicamentos: paciente certo, medicamento certo, via certa, hora certa, dose certa.
- Utilizar materiais e técnicas assépticas na administração de medicamentos parenterais.
- Utilizar recursos de comunicação em alça fechada para confirmar prescrição verbal em situação de emergência e também após a administração de medicamentos.
- Destacar na ficha/boletim de atendimento informação positiva sobre alergias a algum medicamento.
- Manter uma lista de medicamentos utilizados no serviço com a respectiva apresentação, dose utilizada e principais cuidados para permitir consulta rápida.
- Registrar na ficha de atendimento: droga, dose, diluente, tempo/velocidade de infusão e demais informações pertinentes à administração.
- Notificar ao serviço a ocorrência de reações ou eventos adversos decorrentes do uso de medicações.

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Abril/2015

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

PE3 - Práticas para a Segurança do paciente

1/3



**PE3**

**Protocolo Samu 192  
Protocolos Especiais  
SUPORTE BÁSICO DE VIDA**

**PE3 - Práticas para a Segurança do paciente**

- 6. Práticas para promoção do envolvimento do paciente com sua própria segurança**
  - Incentivar e valorizar a presença do acompanhante.
  - Utilizar linguagem compreensível para comunicação com o paciente.
  - Comunicar ao paciente e/ou familiares todos os procedimentos e encaminhamentos a serem realizados.
- 7. Práticas para a comunicação efetiva**
  - Utilizar recursos de comunicação em alça fechada durante o atendimento.
  - Realizar a passagem sistematizada do quadro do paciente durante a transição do cuidado do paciente para a unidade de destino.
  - Preencher adequadamente a ficha/boletim de atendimento e entregar uma cópia para a unidade de destino.
  - Registrar o nome do profissional que recebeu o paciente na unidade de destino.
  - Escrever em letra legível.
- 8. Prevenção de queda e acidentes**
  - Na cama, aproximar ao máximo a maca retrátil do local onde está o paciente para evitar deslocamento longo na prancha.
  - Na prancha longa, fixar o paciente com, no mínimo, 3 cintos de segurança (3 pontos diferentes).
  - Na maca, realizar a fixação do paciente com os cintos de segurança.
  - Transportar pacientes agitados, contidos fisicamente ou com alto risco para queda sempre com a maca rebaixada.
  - Anotar na ficha/boletim se há risco para queda.
  - Transporte de crianças com < de 6 meses:
    - sempre no colo do responsável e na ausência deste, no colo do profissional de saúde, exceto se houver indicação de uso de incubadora de transporte. Os adultos devem estar com os cintos devidamente afivelados. O profissional de enfermagem deve permanecer próximo para manter atenção sobre o paciente e zelar pela segurança.
  - Transporte de crianças acima de 6 meses:
    - na maca, acompanhadas do responsável. Se essa atitude provocar ansiedade nas crianças menores, elas poderão ser transportadas no colo pelo responsável ou pelo profissional de enfermagem. Todos deverão estar com os cintos de segurança afivelados. O profissional de enfermagem deve permanecer próximo para manter atenção sobre o paciente e zelar pela segurança.
  - Seguir as regras de condução de veículos de emergência.
- 9. Prevenção de úlcera por pressão**
  - Na prancha longa, utilizar coxins nos pontos mais suscetíveis à pressão.
  - No transporte prolongado, se possível, promover a mudança de decúbito e utilizar coxins ou proteção nas áreas corpóreas de risco.
- 10. Segurança na utilização de tecnologia**
  - Manter habilidades no uso dos equipamentos da ambulância.
  - Atentar para a condição das baterias recarregáveis.
  - Assegurar boa fixação/guarda dos equipamentos e materiais dentro da AM.
  - Comunicar à chefia qualquer problema relacionado ao uso dos equipamentos e materiais.

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Abril/2015

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

PE3 - Práticas para a Segurança do paciente

2/3



**PE3**

Protocolo Samu 192  
Protocolos Especiais  
**SUPOORTE BÁSICO DE VIDA**



## PE3 - Práticas para a Segurança do paciente

### Observações:

- Os fatores de risco para a queda são:

#### FATORES DE RISCO PARA A QUEDA

- crianças < 5 anos e adultos > 65 anos;
- pacientes com declínio cognitivo, com depressão ou ansiedade;
- pacientes com necessidade de auxílio à marcha (pessoa ou dispositivo), amputações, com comprometimento sensorial (visão, audição ou tato);
- pacientes com AVC, hipotensão postural, tontura, convulsão, dor intensa, baixo índice de massa corpórea ou obesidade severa, incontinência ou urgência miccional ou para evacuação, artrite, osteoporose, hipoglicemia; e
- pacientes em uso de medicamentos depressores, antiarrítmicos, anti-histamínicos e outros.

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Abril/2015

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

PE3 - Práticas para a Segurança do paciente

3/3



**PE4**

Protocolo Samu 192  
Protocolos Especiais  
SUPORTE BÁSICO DE VIDA



## PE4 – Atribuições e responsabilidades da equipe do SAMU

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão

Aplica-se a todos os profissionais da equipe de intervenção.

### Conduta

#### 1. Aspectos fundamentais

- Assegurar assistência pré-hospitalar livre de danos decorrentes de imperícia, negligência e imprudência;
- Assegurar assistência pré-hospitalar livre de discriminação de qualquer natureza;
- Assegurar a privacidade e respeitar o pudor do paciente;
- Prestar informações adequadas ao paciente, familiares e/ou solicitante sobre o atendimento em termos de opções, riscos e benefícios;
- Manter, aprimorar e atualizar conhecimentos para o benefício do paciente;
- Cumprir as preceitos éticos e legais de sua categoria profissional;
- Zelar pelo cumprimento dos protocolos;
- Zelar e contribuir para a harmonia das relações interinstitucionais;
- Zelar pela imagem do serviço.

#### 2. Sobre a conduta pessoal

- Ser pontual e assíduo;
- Apresentar-se asseado;
- Utilizar o uniforme completo exclusivamente em atividades do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU);
- Manter identificação funcional e nominal no uniforme;
- Permanecer de prontidão durante o plantão, atendendo aos chamados com presteza e agilidade;
- Adequar hábitos pessoais, linguagem e atitudes ao ambiente de trabalho;
- Basear as relações com outros membros da equipe nos princípios éticos, em respeito mútuo, na liberdade e independência profissional, buscando sempre o interesse e o bem estar do paciente;
- Tratar com urbanidade os pacientes, familiares e cidadãos em geral;
- Não fumar nas dependências da instituição (base descentralizada e Central de Regulação) e/ou dentro da ambulância, conforme legislação.

#### 3. Na base

- Zelar pela ordem;
- Realizar a checagem da viatura, materiais, medicamentos e equipamentos no início e término de cada plantão, incluindo a checagem do equipamento de oxigenoterapia fixo e portátil e equipamentos de comunicação, com o devido registro;
- Providenciar a reposição de materiais de consumo ao início do plantão e/ou a cada atendimento;
- Realizar a limpeza da ambulância e dos equipamentos conforme protocolos PE23, PE24, PE25 e PE36.

#### 4. Na comunicação

- Manter atenção permanente ao sistema de comunicação disponível e atender à solicitação imediatamente;
- Utilizar linguagem do "Q" e alfabeto fonético nas comunicações com a Central de Regulação;
- Receber e registrar os dados da solicitação com ênfase para endereço e pontos de referência, motivo da solicitação e gravidade, idade, nome da vítima;

Elaboração: Janeiro/2016

PE4 – Atribuições e responsabilidades da equipe do SAMU

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

1/4





**PE4**

**Protocolo Samu 192  
Protocolos Especiais  
SUPPORTO BÁSICO DE VIDA**

## PE4 – Atribuições e responsabilidades da equipe do SAMU

Obs.: Nada deve atrasar o início do deslocamento. Outras informações podem ser transmitidas durante o trajeto: horário e origem da solicitação, detalhes sobre o evento, informações do solicitante, serviços na cena do atendimento, e outras informações disponíveis e de interesse para o atendimento e segurança da equipe;

- Notificar a Central de Regulação a cada fase do deslocamento: início do deslocamento para ocorrência, chegada na ocorrência/cena, saída da cena, chegada ao hospital, saída do hospital e disponibilidade para nova ocorrência;
- Durante o atendimento, utilizar estratégias de comunicação em alça fechada com a equipe;
- Informar o médico regulador sobre as condições do paciente, conforme protocolo de sistematização da passagem do caso para a regulação médica (Protocolo PE22).

### 5. Durante o deslocamento até o local da ocorrência

- Iniciar o deslocamento imediatamente após a recepção da solicitação;
- Auxiliar, se necessário, no estabelecimento da melhor e mais segura rota para o local da ocorrência;
- Zelar pelo respeito às regras de condução e estacionamento de veículos de emergência, conforme Protocolos PE6 e PE7 e Código de Trânsito Brasileiro.

### 6. Na cena do atendimento

- Garantir sua segurança e a da equipe, além dos circundantes e da vítima (Protocolo 3 "S");
- Utilizar equipamento de proteção individual (EPI) em todo atendimento;
- Realizar avaliação primária e secundária da vítima e proceder às intervenções necessárias, previstas em protocolos específicos para a modalidade e categoria profissional, dentro dos limites ético-profissionais;
- Entrar em contato com a Regulação Médica para:
  - SAV: decisão sobre a unidade de saúde de destino e/ou sobre qualquer outra situação atípica;
  - SBV: definição das intervenções e ações adicionais previstas em protocolo e para a definição sobre o hospital de destino ou qualquer outra situação atípica.

### 7. Na comunicação com paciente e familiares

- Identificar-se sempre;
- Buscar a identificação do paciente, familiar, responsável legal ou solicitante e chamá-los pelo nome;
- Comunicar todas as ações que serão realizadas;
- Utilizar expressões simples, evitando termos técnicos e informações desnecessárias;
- Apoiar, orientar e acalmar paciente e familiares;
- Manter atenção à comunicação verbal e não-verbal durante todo o atendimento;
- Atentar para existência de condições especiais na comunicação: linguagem estrangeira, portadores de deficiências e outras.

**PE4**

Protocolo Samu 192  
Protocolos Especiais  
SUPORTE BÁSICO DE VIDA



## PE4 – Atribuições e responsabilidades da equipe do SAMU

- 8. Durante o transporte da vítima à unidade de saúde de destino**
- Zelar pelo respeito às regras de condução e estacionamento de veículos de emergência, conforme Protocolos PE6 e PE7 e Código de Trânsito Brasileiro;
  - Transportar o acompanhante preferencialmente no banco da frente;
  - Manter observação e cuidados constantes à vítima;
  - Preencher de forma completa a ficha de atendimento pré-hospitalar em duas vias e com letra legível.
- 9. Na unidade de saúde de destino**
- Transmitir informações verbais sobre o atendimento ao profissional da unidade de saúde de destino, de forma completa e sistematizada, a fim de favorecer a continuidade do cuidado;
  - Disponibilizar a 2ª via da ficha/boletim de atendimento ao profissional que recebeu o paciente na unidade de saúde de destino, anotando na 1ª e 2ª via nome completo e registro do conselho;
  - Arrolar os pertences da vítima conforme Protocolo PE18;
  - Realizar a limpeza concorrente ao final de cada atendimento e, se necessário, a limpeza terminal, conforme Protocolos PE23, PE24 e PE25;
  - Comunicar à Central de Regulação a disponibilidade para novos atendimentos tão logo esteja liberada;
  - Transmitir à Central de Regulação os dados referentes ao atendimento, utilizando o recurso de comunicação portátil disponível.
- 10. Na documentação**
- Preencher uma ficha/boletim de ocorrência para todo e qualquer paciente, incluindo (mas não se limitando a):
    - Pacientes que recusam tratamento e/ou transporte;
    - Pacientes transportados para qualquer recurso/unidade de saúde;
    - Pacientes atendidos por um serviço e/ou modalidade e transportados por outro;
    - Pacientes não encontrados na cena ou que se evadiram;
    - Pacientes atendidos durante eventos de múltiplas vítimas e/ou eventos;
    - Pacientes encontrados em óbito na cena.
  - Registrar na ficha/boletim de atendimento toda a informação disponível sobre o atendimento;
  - Zelar pela confidencialidade das informações a que tiver acesso, bem como das anotadas na ficha;
  - Relatar e registrar possíveis eventos adversos, impedimentos para realização e desvios de protocolos e/ou situações não especificadas, com vistas ao aprimoramento das ações e desenvolvimento do serviço.

Elaboração: Janeiro/2016

PE4 – Atribuições e responsabilidades da equipe do SAMU

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

3/4



**PE4**

**Protocolo Samu 192  
Protocolos Especiais  
SUPORTE BÁSICO DE VIDA**

## PE4 – Atribuições e responsabilidades da equipe do SAMU

### Observações

- A responsabilidade profissional é a conjunto de deveres, compromissos e obrigações atribuído a toda pessoa que exerce uma profissão. Em caso de inobservância, fica o profissional passível de responder pelos atos prejudiciais resultantes de suas atividades.
- Nenhum membro da equipe poderá divulgar, sem autorização prévia, dados sobre atendimento prestado, com ou sem imagem, em veículos de comunicação ou redes sociais.
- As condições de asseio incluem, mas não se limitam a:
  - Para os profissionais do sexo masculino: barba feita, uniforme completo e adequadamente fechado, unhas curtas, cabelos presos (se indicado);
  - Para os profissionais do sexo feminino: cabelos presos, unhas curtas, maquiagem discreta, uniforme completo e adequadamente fechado;
- O uniforme deve ser utilizado como EPI e como identidade visual do serviço. A identificação funcional e nominal deve seguir a padronização visual prevista em manual;
- A comunicação em alça fechada é uma estratégia que visa maior efetividade nas comunicações durante situações de emergência e consequente redução de erros. Na prática, ela se baseia na formulação de ordens precisas, claras e nominais dadas por um líder (ou chefe da equipe), sendo que cada membro da equipe, quando solicitado, repete verbalmente a ordem antes de executá-la, caracterizando que compreendeu a mensagem, e faz o mesmo após a execução, sinalizando que a ordem foi cumprida.
- **IMPERÍCIA:** ignorância, inabilidade, inexperiência, inaptidão, falta de qualificação técnica teórica ou prática, ou ausência de conhecimentos elementares e básicos de uma profissão.
- **IMPRUDÊNCIA:** falta de atenção, cuidado ou cautela, imprevidência, descuido.
- **NEGLIGÊNCIA:** desleixo, descuido, desatenção, menosprezo, indolência, omissão ou inobservância do dever em realizar determinado procedimento com as precauções necessárias;
- A sistematização das informações sobre o atendimento a serem transmitidas ao profissional da unidade de saúde de destino deve incluir:
  - Identificação da equipe e modalidade de atendimento;
  - Idade e sexo do paciente;
  - Achados da avaliação primária e secundária;
  - História breve (mecanismo da lesão, sinais vitais, alergias, medicamentos em uso, passado médico, líquidos e alimentos, ambiente [SAMPLA], etc.);
  - Procedimentos efetuados e resultados obtidos;
  - Outras informações pertinentes à continuidade do cuidado.
- A documentação do atendimento é parte essencial e seu objetivo primordial é registrar toda informação disponível durante a fase pré-hospitalar para permitir a continuidade da assistência. Considera-se registro completo aquele que contém: identificação e avaliação do paciente; intervenções efetuadas, intercorrências e resposta do paciente ao tratamento durante a fase pré-hospitalar, unidade de destino, dados da equipe de atendimento e do profissional responsável pela recepção no hospital.
- A unidade de saúde de destino e a modalidade de transporte devem ser determinados pelo médico regulador.

**PE5**

Protocolo Samu 192  
Protocolos Especiais  
SUPORTE BÁSICO DE VIDA



## PE5 – Responsabilidades adicionais do condutor de ambulância do SAMU

Quando suspeitar ou critérios de inclusão

Aplica-se aos condutores de ambulância do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

### Conduta

#### NA PASSAGEM DO PLANTÃO

1. Verificar, com o condutor que o antecedeu, as condições do veículo que está recebendo.

#### NA CHECAGEM DO VEÍCULO NO INÍCIO DO PLANTÃO

1. Manter o veículo sempre pronto para atuar nas emergências;
2. Checar:
  - Nível do óleo do motor e quilometragem da troca
  - Nível e estado do líquido do radiador
  - Fluido de freio
  - Tensão da correia do motor
  - Estado geral da bateria
  - Possíveis vazamentos
  - Presença de fumaça anormal no sistema de escapamento
  - Fixação e estado do escapamento
  - Ruídos anormais
  - Eventuais peças soltas dentro e fora da ambulância
  - Fixação e estado dos para-choques
  - Funcionamento dos limpadores de para-brisa
  - Sistemas elétricos, luminosos e sonoros, incluindo teste da luz de freio, do pisca-pisca (seta indicadora de direção) e do pisca-alerta
  - Calibragem e estado de conservação dos pneus e estepe
  - Existência de triângulo de sinalização, macaco e chave de rodas
  - Arranhões e amassados na cabina e carroceria
  - Limpeza geral externa da ambulância
  - Nível do combustível
  - Marcador de temperatura do motor
  - Ajuste do banco do motorista e checagem de todos os cintos de segurança
  - Ajuste dos espelhos retrovisores
  - Estado, carga e fixação do extintor de incêndio
  - Lanterna portátil (se disponível no serviço)
  - Sistema de radiocomunicação
  - Carga da bateria dos equipamentos de comunicação de seu uso
  - Impressos que possam ser utilizados pelo condutor
  - Caneia e papel para anotações gerais.

Elaboração: Janeiro/2016

PE5 – Responsabilidades adicionais do condutor de ambulância do SAMU

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

1/2



**PE5**

**Protocolo Samu 192  
Protocolos Especiais  
SUPORTE BÁSICO DE VIDA**

## PE5 – Responsabilidades adicionais do condutor de ambulância do SAMU

### DURANTE O DESLOCAMENTO DA VIATURA

1. Manter atenção para:
  - Ruídos anormais
  - Eventuais peças soltas
  - Estado dos freios;
2. Utilizar o sistema de comunicação disponível no serviço;
3. Utilizar a sinalização sonora da ambulância com critério, atentando para seus efeitos estressantes sobre a equipe de socorro e o paciente (PE6);
4. Utilizar as luzes e iluminação de emergência da viatura (giroflex), atentando rigorosamente para o cumprimento da legislação específica (PE6);
5. Conduzir o veículo segundo legislação de trânsito prevista no Código de Trânsito Brasileiro e nas resoluções do Conselho Nacional de Trânsito (CONTRAN) para veículos de emergência;
6. Seguir as regras gerais para estacionamento e sinalização da via (PE6);
7. Portar durante todo o plantão os seguintes documentos:
  - Habilitação com a autorização para conduzir veículo de emergência
  - Documentos da viatura;
8. Conhecer o sistema viário e as principais referências da região em que trabalha.

### Observações

- Os serviços devem desenvolver rotina de checagem da viatura com *checklist*, acrescentando itens à rotina sugerida acima, se necessário.
- Recomenda-se consulta ao Código de Trânsito Brasileira (CTB) (Lei 9.503/1997).

Elaboração: Janeiro/2016

PE5 – Responsabilidades adicionais do condutor de ambulância do SAMU  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

2/2



**PE6**

Protocolo Samu 192  
Protocolos Especiais  
SUPORTE BÁSICO DE VIDA



## PE6 – Regras gerais na condução de ambulância

Quando suspeitar ou critérios de inclusão

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

### Conduta

#### 1. Aspectos fundamentais

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

Obs.: A ambulância não deve ser conduzida no espaço entre as faixas de rolamento e nem “costurar” no trânsito. Só é permitido o uso de outras faixas quando houver sinalização específica na via indicando outra faixa para o veículo de emergência.

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

Elaboração: Janeiro/2016

PE6 – Regras gerais na condução de ambulância

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

1/2



**PE6**

**Protocolo Samu 192  
Protocolos Especiais  
SUPORTE BÁSICO DE VIDA**

## PE6 – Regras gerais na condução de ambulância

- **Sobre procedimentos e velocidade permitida:**
    - O deslocamento da ambulância deve ocorrer de modo a permitir que a equipe atue com segurança e com efetividade no cuidado do paciente;
    - A velocidade pode ser extremamente reduzida para permitir a realização segura de procedimentos como massagem cardíaca, acesso venoso, intubação, etc.;
    - A interação verbal equipe/condutor é essencial para o sucesso dessa atitude no trânsito.
  - **Sobre frear, acelerar e realizar curvas:**
    - Evitar frear, acelerar ou alterar a direção do veículo bruscamente;
    - Manter atenção aos movimentos dos outros veículos e antecipar a necessidade de frenagem ou aceleração para conduzir a ambulância com a máxima suavidade.
  - **Preferência sobre pedestres:**
    - A ambulância com seus sinais sonoros e luminosos de emergência acionados tem preferência sobre pedestres (CTB artigo 29, VII, b). Recomenda-se que essa preferência seja exercida somente se o pedestre estiver em posição segura e estável, não se movimentando em situação de risco.
- 2. Prerrogativas e privilégios em efetiva prestação de serviço de urgência**
- Ultrapassar um semáforo vermelho, desde que garantidas todas as questões de segurança (CTB, artigo 29, VIII);
  - Trafegar na contramão, desde que garantidas todas as questões de segurança (CTB, artigo 29, VIII);
  - Estacionar em local proibido, desde que garantidas todas as questões de segurança (CTB, artigo 29, VIII).
- 3. Impedimentos**
- Não é permitido ultrapassar o limite de velocidade máxima estabelecida para uma via.

### Observações

- Recomenda-se consulta ao CTB (Lei 9.503/1997).
- Ambulâncias em efetiva prestação de serviço de urgência podem trafegar ou estacionar de forma distinta dos outros veículos ou agir de forma contrária às normas para os demais veículos, desde que a legislação especifique. Se a legislação não especificar, a ambulância deve seguir as normas gerais de trânsito, mesmo estando em efetiva prestação de serviços de urgência.
- A frenagem ou aceleração bruscas podem causar dano à saúde da equipe e passageiros, em especial para aqueles sentados lateralmente à direção de deslocamento da ambulância. Podem ocorrer agravos musculoesqueléticos, náuseas e vômitos. Para o paciente, pode haver ainda o agravamento de hemorragias internas, especialmente as abdominais. O condutor não tem a percepção do desconforto, pois seu corpo e sua musculatura antecipam os movimentos de frenagem, aceleração e curva, o que não ocorre com outros passageiros.
- Embora a ambulância devidamente sinalizada tenha preferência sobre os pedestres, deve-se considerar que o pedestre não conhece o CTB e pode apresentar limitações nos movimentos e deficiência auditiva e/ou visual, dentre muitas outras situações.
- O limite de velocidade de uma via é estabelecido considerando múltiplas características técnicas e condições do trânsito, tais como tipo de pavimento, número de faixas de rolamento e sua largura, conformidade, inclinação, características do área, proximidade de escolas, frequência de pedestres e distância de frenagem dos veículos. Considerando que a segurança é prioridade máxima, não é possível garantir a segurança ao trafegar em velocidade acima do permitido. Veículo em velocidade superior ao permitido pode sofrer sanções punitivas previstas na lei, mesmo se comprovada a efetiva prestação de serviços de urgência.

Elaboração: Janeiro/2016

PE6 – Regras gerais na condução de ambulância

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

2/2



**PE7**

Protocolo Samu 192  
Protocolos Especiais  
**SUPORTE BÁSICO DE VIDA**



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

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão

Ao se aproximar do local de uma emergência conduzindo uma ambulância e necessitar estacioná-la para a prestação do socorro.

### Conduta

CABE AO CONDUTOR DA AMBULÂNCIA:

1. Seguir as regras gerais para estacionamento e sinalização da via;
2. Zelar pela segurança da viatura e da equipe, evitando causar ou se envolver em um acidente;
3. Não permitir que a equipe desembarque da ambulância com ela ainda em movimento;
4. Informar à equipe o momento correto do desembarque e a porta de saída mais adequada (passageiro na cabina, lateral ou traseira);
5. Evitar a obstrução desnecessária da via: o congestionamento causado pode dificultar a chegada de outras equipes ou outros serviços necessários para as ações de socorro;
6. Sinalizar a via imediatamente após estacionar, considerando as regras básicas de sinalização, garantindo a segurança de todos e permitindo as ações de socorro da equipe;
7. Auxiliar a equipe de atendimento após estacionar e sinalizar o local.

### REGRAS GERAIS PARA ESTACIONAMENTO E SINALIZAÇÃO DA VIA

- Posicionar a ambulância no sentido da via, com os sinais luminosos (giroflex) e pisca-alerta (luz intermitente) ligados e a uma distância segura do evento;
- Decidir pela distância segura, considerando a existência de vazamento de óleo, combustível, gases, fumaça, fogo, etc.;
- Se for o primeiro veículo a chegar na cena do atendimento, estacionar antes do evento. Se houver impedimento ou risco, estacionar no melhor local possível para garantir a distância de segurança;
- Se a cena já estiver sinalizada e/ou com outros veículos de serviço no local, estacionar após o evento. Se houver impedimento para o deslocamento até a área pós-evento, estacionar antes ou no melhor local possível e revisar as sinalizações já existentes para garantir a distância de segurança;
- Em vias de baixa velocidade e/ou fluxo de veículos e em locais seguros e adequados para estacionamento, apenas delimitar a área de trabalho da equipe;
- Em vias de fluxo elevado de veículos e/ou de alta velocidade e em locais pouco apropriados para estacionamento de veículos ou inseguros, realizar a sinalização para canalização do tráfego e garantia da segurança para as equipes de atendimento;

Elaboração: Janeiro/2016

PE7 – Regras gerais para estacionamento de ambulância e sinalização da via  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/3





**PE7**
**Protocolo Samu 192**  
**Protocolos Especiais**  
**SUORTE BÁSICO DE VIDA**
**PE7 – Regras gerais para estacionamento de ambulância e sinalização da via**

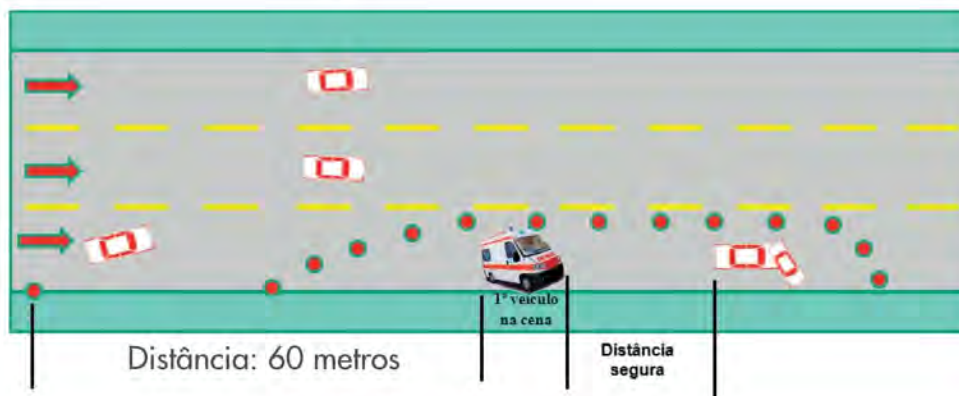
- Para sinalização e canalização do tráfego:
  - Estabelecer a distância entre a 1ª barreira na cena e a primeira sinalização (1ª cone), considerando a velocidade máxima permitida na via:

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

Obs.: Essa distância permite tempo adequado de frenagem e reposicionamento na via dos veículos que se aproximam. Em ambiente com chuva, neblina ou baixa visibilidade, a distância da primeira sinalização deve ser aumentada e até dobrada. Se o acidente ocorreu em uma curva, a distância deve ser calculada totalmente antes da curva;

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

Vel. máx. da via: 60 km/h



Elaboração: Janeiro/2016

 PE7 – Regras gerais para estacionamento de ambulância e sinalização da via  
 Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
 Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

2/3



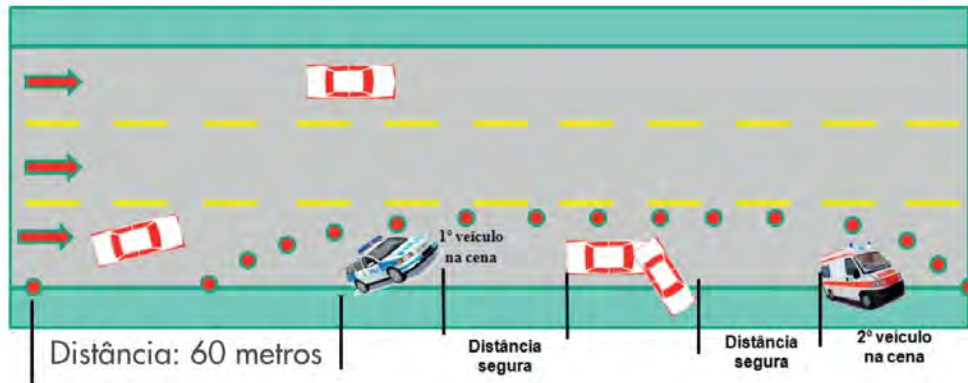
**PE7**

Protocolo Samu 192  
Protocolos Especiais  
SUPORTE BÁSICO DE VIDA



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

Vel. máx. da via: 60 km/h



- Se não houver condições de efetivar a sinalização adequadamente, solicitar imediato auxílio a outros órgãos como policiamento, bombeiros ou órgão de trânsito, por meio da Regulação Médica.

### Observações

- Recomenda-se a leitura e consulta ao Código de Trânsito Brasileiro (CTB) (Lei 9.503/1997).
- A informação da porta adequada para desembarque da equipe é fator importante para a segurança, pois as portas podem ficar em posição perigosa em relação à via ou podem existir irregularidades no solo.

Elaboração: Janeiro/2016

PE7 – Regras gerais para estacionamento de ambulância e sinalização da via  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

3/3



**PE8**

Protocolo Samu 192  
Protocolos Especiais  
SUPORTE BÁSICO DE VIDA



## PE8 – Procedimentos iniciais em caso de acidentes com a ambulância

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão

Em qualquer situação de acidente que envolva a ambulância:

#### INCLUI:

- Acidentes durante deslocamentos de emergência ou administrativos
- Acidentes na presença ou ausência de pacientes já embarcados
- Acidentes com ou sem vítimas.

#### Conduta

##### ACIDENTE SEM VÍTIMA:

1. Garantir a segurança do local conforme preconizado nos protocolos PE1 e PE7;
2. Confirmar ausência de vítimas no acidente;
3. Entrar em contato com a Regulação Médica e informar:
  - Sobre a ocorrência de acidente sem vítimas, com ênfase para a localização do evento;
  - Sobre a condição da ambulância: acidente em deslocamento com ou sem paciente embarcado;
  - Sobre a necessidade de apoio e providências legais cabíveis;
4. Se houver paciente embarcado na ambulância, reavaliar e proceder cuidados necessários;
5. Na presença de terceiros envolvidos no acidente, anotar: nome, RG e endereço dos envolvidos e placa dos demais veículos;
6. Informar a Regulação Médica sobre a possibilidade de prosseguimento ou não para a unidade de destino previamente estabelecida e a condição do paciente (se houver);
  - Na impossibilidade de prosseguimento na mesma ambulância, solicitar apoio via Regulação Médica e aguardar no local. Na presença de vítima embarcada, garantir suporte à vida até a chegada da nova equipe;
  - Na possibilidade de prosseguimento, após contato com a Regulação Médica seguir para o destino previamente estabelecido ou informado pela Regulação Médica;
7. Considerar orientação da Regulação Médica sobre o momento oportuno para a realização do boletim de ocorrência.

##### ACIDENTE COM VÍTIMA:

Considerando a equipe do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) fisicamente apta para as ações, seguir as seguintes regras gerais:

1. Garantir a segurança do local conforme preconizado nos protocolos PE1 e PE7;
2. Entrar em contato com a Regulação Médica e informar:
  - Sobre a ocorrência de acidente com vítima, com ênfase para localização, número de vítimas e presença de vítimas entre os profissionais da equipe;
  - Sobre a condição: acidente em deslocamento com ou sem paciente embarcado;
  - Sobre a necessidade de apoio e providências legais cabíveis;

Elaboração: Janeiro/2016

PE8 – Procedimentos iniciais em caso de acidentes com a ambulância

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

1/2



**PE8**

**Protocolo Samu 192  
Protocolos Especiais  
SUPORTE BÁSICO DE VIDA**

**PE8 – Procedimentos iniciais em caso de acidentes com a ambulância**

3. Realizar o atendimento à(s) vítima(s), considerando os protocolos indicados;
4. Realizar avaliação e/ou atendimento do paciente embarcado (se houver);
5. Assim que possível, informar a Regulação Médica sobre:
  - Vítimas já em atendimento e suas condições
  - Chegada de equipes de apoio
  - Chegada de equipes especializadas (policimento e outras)
  - Possibilidade de prosseguimento ou não para o destino:
    - Na **impossibilidade** de prosseguimento, aguardar apoio no local. Na presença de vítima embarcada, garantir suporte à vida até a chegada de outra ambulância para o transporte;
    - Na **possibilidade** de prosseguimento, aguardar autorização da Regulação Médica para prosseguir para o destino previamente estabelecido ou informado;
6. Considerar orientação da Regulação Médica sobre o momento oportuno para a realização do Boletim de Ocorrência.

Considerando a equipe do SAMU fisicamente inapta para as ações:

Se possível:

- Entrar em contato com a Regulação Médica e informar sobre a ocorrência de acidente com vítimas entre os profissionais da equipe e aguardar apoio; ou
- Solicitar a um cidadão que entre em contato com o 192 e informe a ocorrência com a equipe da ambulância.

**Observações:**

- Caso o acidente tenha ocorrido durante deslocamento para atendimento, é importante identificar esse fato para a Regulação Médica, a fim de permitir o direcionamento de outra equipe para esse atendimento.
- Cabe à Regulação Médica a tomada de decisão e acionamento dos recursos adicionais ou especializados para fazer frente às necessidades no local do acidente, incluindo guinchamento e providências legais.
- Na avaliação da possibilidade de prosseguimento com a ambulância mesmo após a ocorrência de acidente, devem ser consideradas: as condições gerais de segurança, a capacidade de movimentação do veículo e os riscos para agravamento dos danos.
- Cabe à Regulação Médica decidir se a ambulância, estando em condições de prosseguir mesmo após se envolver em acidente, deverá sair da cena do acidente para socorrer vítima em estado grave. Exemplo: vítima de atropelamento pela ambulância.
- Os serviços devem estabelecer rotinas adicionais para apoio aos profissionais em caso de acidentes com as ambulâncias, bem como em relação à confecção do boletim de ocorrência.
- Sugere-se o registro sistemático, acompanhamento e avaliação dos acidentes envolvendo ambulâncias, a fim de compreender e atuar sobre fatores que possam estar associados à sua ocorrência por meio de ações educativas e de gestão.



**PE9**

Protocolo Samu 192  
Protocolos Especiais  
SUPORTE BÁSICO DE VIDA



## PE9 – Consentimento para tratamento de paciente menor de idade

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

### Conduta/providências

1. Regras gerais da abordagem:
  - Identificar-se;
  - Ser paciente;
  - Transmitir segurança;
  - Solicitar a presença de familiar ou responsável durante o atendimento;
  - Explicar ao paciente, se aplicável, e aos familiares todas as procedimentos que serão realizados;
  - Usar palavras simples e de fácil compreensão;
  - Repetir as informações quantas vezes forem necessárias.
2. Abordagem inicial
  - Realizar avaliação primária, secundária e as medidas básicas de suporte previstas conforme o protocolo indicado;
  - Verificar a presença de possível responsável legal:
    - Na presença de responsável, indagar sobre sua relação com paciente menor e seguir para o item 3;
    - Na ausência de responsável legal, considerar Protocolo PE 11.
3. Paciente menor acompanhado de responsável:
  - A cada procedimento de avaliação, informar os responsáveis a que está sendo realizado;
  - Havendo necessidade de procedimento de intervenção, informar os responsáveis sem interromper a sequência;
  - Só interromper a sequência se houver alguma clara manifestação dos responsáveis para que o procedimento não seja realizado, momento em que a equipe deve utilizar toda sua capacidade de argumentação para obter a autorização;
  - Na negativa de autorização e havendo risco de morte ou agravo importante para o paciente, realizar os procedimentos necessários, conforme artigo 22 do Código de Ética Médica;
  - Tão logo seja possível, informar a Regulação Médica sobre o atendimento e o ocorrido;
  - No transporte, solicitar que os pais ou responsáveis, ao menos um, acompanhem o paciente;
  - Tendo havido dificuldade em obter a autorização para procedimentos, mesmo tendo sido eles realizados, informar o médico no hospital de destino.

### Observações

- Resolução nº 1.931/2009 do Conselho Federal de Medicina (CFM) - Código de Ética Médica

#### É vedado ao médico:

Art. 22. Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salva em caso de risco iminente de morte.

Elaboração: Janeiro/2016

PE9 – Consentimento para tratamento de paciente menor de idade  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/1



**PE10**

Protocolo Samu 192  
Protocolos Especiais  
**SUPOORTE BÁSICO DE VIDA**



## PE10 - Atendimento a paciente com necessidades especiais

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão

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

### Regras gerais da abordagem

- Identificar-se.
- Ser paciente.
- Transmitir segurança.
- Solicitar a presença de familiar ou responsável durante o atendimento.
- Explicar ao paciente e aos familiares todos os procedimentos que serão realizados.
- Usar palavras simples e de fácil compreensão.
- Repetir as informações quantas vezes forem necessárias.
- Considerar os fatores de risco para queda (Protocolo PE3).

### Paciente com deficiência auditiva

- Falar pausadamente e olhando diretamente para os olhos do paciente para que ele possa usar a leitura labial.
- Utilizar a escrita, se necessário.

### Paciente com deficiência visual

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

### Paciente com déficit de desenvolvimento intelectual

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

### Paciente idoso

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

### Paciente pediátrico

- Permitir que os pais acompanhem a criança.
- Permitir que a criança leve um objeto de estimação para sentir-se mais segura.
- Garantir a segurança da criança durante o transporte.

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Outubro/2014

PE10 - Atendimento a paciente com necessidades especiais

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

1/1



**PE11**

Protocolo Samu 192  
Protocolos Especiais  
**SUPOORTE BÁSICO DE VIDA**



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

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão

Em todo atendimento de paciente menor de 18 anos desacompanhado.

### Regras gerais de abordagem

- Seguir as regras gerais da abordagem de pacientes com necessidades especiais (Protocolo PE10).
- Assim que possível, comunicar-se com a Regulação Médica sobre o atendimento.
- Solicitar que vizinhos ou conhecidos acompanhem o paciente até o hospital, registrando nome, endereço e telefone.
- Na ausência de acompanhante, informar os vizinhos ou circundantes sobre o hospital de destino e solicitar que, se possível, comuniquem aos familiares do paciente.
- Todos os dados obtidos e orientações dadas devem ser anotados na ficha de atendimento.
- Em caso de ausência de acompanhante, o médico do hospital de destino deve ser informado para avaliação da necessidade de acionamento do serviço social do hospital para:
  - acionamento do Conselho Tutelar para menores de 18 anos; e
  - localização de familiares no caso de pacientes sem condições de decidir.
- Ao final do atendimento, atualizar a Regulação Médica sobre o final do atendimento.

### Observação:

É comum a busca de informações sobre esses atendimentos. A Regulação Médica deverá estar pronta para fornecê-las e os dados deverão ter sido passados pela equipe de intervenção.

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Outubro/2014

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

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

1/1



**PE12**

Protocolo Samu 192  
Protocolos Especiais  
**SUPOORTE BÁSICO DE VIDA**



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

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão

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

### Conduta

- Seguir as regras gerais da abordagem de pacientes portadores de necessidades especiais (PE10).
- Assim que possível, comunicar a Regulação Médica sobre o atendimento.
- Solicitar que vizinhos ou conhecidos acompanhem o paciente até o hospital, registrando nome, endereço e telefone.
- Se houver condição segura, como atendimento em residência com vizinhos ou amigos presentes, verificar se podem cuidar do menor. Anotar nomes, endereços, telefone e passar à Regulação Médica, que dará ou não a autorização final.
- Informar os vizinhos ou circundantes sobre o hospital de destino e solicitar que, se possível, comuniquem aos familiares do paciente.
- Todos os dados obtidos e orientações dadas devem ser anotados na ficha de atendimento.
- Em caso de ausência de acompanhante, o médico do hospital de destino deve ser informado para avaliação da necessidade de acionamento do serviço social do hospital para:
  - acionamento do Conselho Tutelar para menores de 18 anos; e
  - localização de familiares no caso de pacientes sem condições de decidir.

### Observação:

É comum a busca de informações sobre esses atendimentos. A Regulação Médica deverá estar pronta para fornecê-las e os dados deverão ter sido passados pela equipe de intervenção.

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

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Outubro/2014

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

1/1





**PE13**

Protocolo Samu 192  
Protocolos Especiais  
**SUPOORTE BÁSICO DE VIDA**



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

#### Quando suspeitar ou critérios de inclusão

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

#### Conduta

- Seguir as regras gerais da abordagem de pacientes com necessidades especiais (Protocolo PE10).
- Atenção para animais agressivos que possam oferecer risco à equipe.
- Em acidentes envolvendo animais e seus donos, o animal não deve ser abandonado. Nesses casos, solicitar auxílio para que alguém cuide do animal e anotar os dados da responsável (familiares, vizinhos e acompanhantes, etc.).
- Em caso de cão-guia acompanhante de pessoas com deficiência visual:
  - deve-se considerar que o cão-guia é um animal altamente treinado e que a equipe deve se esforçar para manter o paciente e o animal reunidos até a chegada ao destino;
  - o animal deverá acompanhar o paciente na ambulância a menos que sua presença na ambulância dificulte a execução de procedimentos ou traga riscos para a segurança da equipe ou para os equipamentos;
  - pode-se considerar meios de transporte alternativos para o animal, como no caso da presença de equipes da Polícia, Bombeiros ou outras instituições que possam transportar o animal até o destino do paciente; e
  - documentar na ficha de atendimento todos os detalhes envolvendo esse tipo de animal.
- Informar a Regulação Médica sobre a presença do animal e os dados de quem ficou com o mesmo.

#### Observação:

É comum a busca de informações sobre esses atendimentos. A Regulação Médica deverá estar pronta para fornecê-las e os dados deverão ter sido passados pela equipe de intervenção.

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

Elaboração: Agosto/2014

Revisão: Março/2015

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

1/1



**PE14**

Protocolo Samu 192  
Protocolos Especiais  
**SUPOORTE BÁSICO DE VIDA**



## PE14 - Atendimento a pacientes que recusam atendimento e/ou transporte

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão

- Todo paciente que recusa atendimento.
- Todo paciente que foi atendido, mas recusa transporte.

### Conduta

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

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Outubro/2014

PE14 - Atendimento a pacientes que recusam atendimento e/ou transporte  
Este protocolo foi paulado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/1



**PE15**

Protocolo Samu 192  
Protocolos Especiais  
**SUPORTE BÁSICO DE VIDA**



## PE15 - Recebimento de ordens de autoridades policiais ou outras autoridades na cena

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão

Determinações ou ordens emanadas de bombeiros, policiais ou outras autoridades presentes no local da ocorrência caracterizam o recebimento de ordens por autoridades.

### Conduta

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

- acatar as determinações somente se as ordens não forem contrárias ao Protocolo vigente e estiverem voltadas à manutenção da segurança da equipe e/ou dos pacientes;
- registrar detalhadamente as intercorrências e decisões na ficha de atendimento; e
- informar a Regulação Médica.

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

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

### Observação:

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

PE15 - Recebimento de ordens de autoridades policiais ou outras autoridades na cena

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Outubro/2014

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

1/1



**PE16**

Protocolo Samu 192  
Protocolos Especiais  
**SUPOORTE BÁSICO DE VIDA**



## PE16 - Atendimento na presença de médicos e enfermeiros estranhos ao serviço

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão

A presença de médicos ou enfermeiros no local da ocorrência, que não sejam plantonistas do SAMU 192 e que se prontifiquem a prestar atendimento ao paciente, caracteriza a intervenção externa.

### Conduta

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

- comunicar a Regulação Médica;
- na dúvida, solicitar a apresentação de documento comprobatório;
- possibilitar contato via rádio do médico externo, com a Regulação Médica para a troca de informações relativas à situação do paciente;
- aguardar orientação da Regulação Médica para seguir com as orientações do médico externo; e
- registrar detalhadamente os fatos na Ficha de Atendimento:
  - anotar nome e CRM do profissional; e
  - solicitar ao profissional que registre sua intervenção no campo apropriado e assine a ficha, se possível, com carimbo.

### Observação:

Qualquer dúvida quanto à conduta tomada pelo médico que está assistindo o paciente no local deve ser informada ao médico regulador, para que faça contato com o médico do local.

### No caso de intervenção externa de profissionais enfermeiros:

- comunicar a Regulação Médica;
- na dúvida, solicitar a apresentação de documento comprobatório;
- orientar o profissional nas ações que podem ser realizadas por ele; e
- registrar detalhadamente os fatos na Ficha de Atendimento e anotar nome e registro do profissional.

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Outubro/2014

PE16 - Atendimento na presença de médicos e enfermeiros estranhos ao serviço  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/1



**PE17**

Protocolo Samu 192  
Protocolos Especiais  
**SUPOORTE BÁSICO DE VIDA**



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

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão

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

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

### Conduta

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

### Em relação ao paciente:

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

### Em relação à cena:

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

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Outubro/2014

PE17 - Regras gerais de abordagem em ocorrências com indícios de crime  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/2



**PE17**

**Protocolo Samu 192  
Protocolos Especiais  
SUPORTE BÁSICO DE VIDA**

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

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

**Em relação ao tipo de lesão:**

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

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

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

**Na presença de sinais de morte óbvia:**

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

**Ter preocupação redobrada com as anotações na Ficha de Atendimento:**

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

**Observações:**

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

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Outubro/2014

PE17 - Regras gerais de abordagem em ocorrências com indícios de crime  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

2/2



**PE18**

Protocolo Samu 192  
Protocolos Especiais  
**SUPORTE BÁSICO DE VIDA**



## PE 18 – Cuidados com pertences de pacientes

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão

Presença junto ao paciente de: roupas, próteses, adornos, dinheiro, carteiras, bolsa e/ou malas, documentos, equipamentos eletrônicos e outros pertences de uso pessoal.

### Conduta

- 1.** Realizar busca ativa por pertences em roupas, bolsas, sacolas, mochilas, malas, etc. que estiverem próximas ao paciente;
- 2.** Arrolar e registrar os pertences encontrados em 2 vias, item a item, com ênfase para a descrição adequada e legível dos seguintes aspectos:
  - Identificação do paciente, data, horário, número da ocorrência;
  - Valores em dinheiro e cheques: identificar em algarismos e valor por extenso;
  - Documentos: identificar tipo;
  - Objetos de adorno: descrever aparência (ex.: metal dourado, prateado, pedra azul, etc.);
  - Equipamentos eletrônicos: descrever tipo (ex.: celular, computador, etc.);
  - Identificação do profissional responsável pelo arrolamento: nome, categoria, identificação da viatura, data e horário;
  - Testemunha identificada na cena;
- 3.** Realizar acondicionamento e lacrar se possível:
  - Em saco plástico ou similar, incluindo a própria bolsa, mochila ou mala do paciente;
  - Em envelopes ou similar, no caso de valores em dinheiro e/ou cheques, adornos e documentos;
  - Recomenda-se proteger óculos e próteses com ajuda de atadura, plástico ou similar para evitar quebra;
- 4.** Quanto ao transporte dos pertences:
  - **VÍTIMAS DESACOMPANHADAS**
    - Pertences menores devem ser transportados acondicionados, junto com a vítima;
    - Pertences maiores devem ser transportados acondicionados, dentro da ambulância;
    - Se a vítima puder compreender, explicar os procedimentos;
  - **VÍTIMAS ACOMPANHADAS de ADULTO**
    - Incentivar a presença de um acompanhante durante todo o atendimento;
    - Entregar os pertences arrolados e acondicionados ao acompanhante;
    - Registrar a entrega com a identificação e assinatura do recebedor;
    - Se a vítima puder compreender, explicar os procedimentos;
- 5.** Quanto à entrega dos pertences na unidade de destino do paciente:
  - Entregar os pertences ao profissional do serviço mediante checagem item a item;
  - Coletar assinatura do profissional do serviço nas duas vias do registro;
- 6.** Anexar uma via do registro na ficha de atendimento/ocorrência que permanece com o paciente e a outra na cópia da ficha de atendimento/ocorrência que fica sob a guarda da equipe.

Elaboração: Janeiro/2016

PE 18 – Cuidados com pertences de pacientes  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/2



**PE18**

**Protocolo Samu 192**  
**Protocolos Especiais**  
**SUORTE BÁSICO DE VIDA**

**PE 18 – Cuidados com pertences de pacientes**

**Observações**

- Arrolar: v.t. Pôr em rol; inventariar. Descrever em inventário os bens.
- Sugere-se que os serviços desenvolvam normatiza para:
  - Registro de itens arrolados de forma simples e clara, onde constem, no mínimo: identificação do paciente e da equipe, número da ocorrência, hospital de destino e assinaturas dos responsáveis pelo arrolamento (com carimbo), testemunha e responsável pelo recebimento (com carimbo);
  - Guarda de pertences deixados na ambulância que inclua registro de entrada e saída do item (descarte ou devolução);
  - Descarte de peças de roupas e outros itens cujo proprietário não possa ser localizado (sugere-se considerar a doação) ou estejam danificados;
  - Devolução de documentos deixados na viatura, utilizando recursos disponíveis no sistema de Correios.
- Para minimizar atrasos na cena, o arrolamento e o registro podem ser realizados no hospital de destino.
- Em caso de pequenos pertences e/ou poucos itens, o arrolamento pode ser realizado na própria ficha de atendimento/ocorrência, se houver espaço adequado.
- Esse protocolo não se aplica a alimentos, armas ou pertences deixados no interior de veículos:
  - Armas devem ser transportados pelos profissionais do policiamento;
  - Pertences deixados no interior de veículos devem ser transportados pelos profissionais do policiamento;
  - Alimentos não devem ser uma preocupação da equipe e nem transportados na ambulância.

Elaboração: Janeiro/2016

PE 18 – Cuidados com pertences de pacientes  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

2/2





**PE19**

Protocolo Samu 192  
Protocolos Especiais  
**SUPOORTE BÁSICO DE VIDA**



## PE19 - Dispensa de paciente na cena

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão

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

### Conduta

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

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

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Outubro/2014

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

PE19 - Dispensa de paciente na cena

1/1



**PE20**

**Protocolo Samu 192**  
**Protocolos Especiais**  
**SUPOORTE BÁSICO DE VIDA**



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

**Quando suspeitar ou critérios de inclusão**

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

**Conduta**

**ATENDIMENTO EM VIAS PÚBLICAS:**

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

**PRESEÇA DA IMPRENSA NA CENA:**

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

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

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

**Observação:**

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

**Elaboração:** Agosto/2014 | **PE20 - Regras gerais para abordagem de eventos envolvendo imprensa e tumulto**  
**Revisão:** Abril/2015 | Este protocolo foi pautado nos mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/1



## PE23

Protocolo Samu 192  
Protocolos Especiais  
SUPORTE BÁSICO DE VIDA



### PE23 – Limpeza terminal da ambulância

#### Quando suspeitar ou critérios de inclusão

- Limpeza realizada semanalmente conforme escala e/ou nos casos de suspeita de doença infectocontagiosa ou sujeira excessiva.
- Inclui os procedimentos de limpeza e desinfecção:
  - A **limpeza** deve ser realizada em **todas** as superfícies horizontais e verticais internas e externas, além de equipamentos médico-hospitalares;
  - A **desinfecção** deve ser **restrita** a superfícies que contenham matéria orgânica e aos mobiliários que podem constituir risco de contaminação para pacientes e equipe: maçanetas, maca, cadeira de rodas, gaveta do coletor de resíduos, suporte de soro, balaústre e superfície da bancada.

#### Conduta

1. Comunicar a Central de Regulação sobre a necessidade de realizar o procedimento;
2. Usar equipamento de proteção individual apropriado: luvas de borracha, máscara, avental e óculos de proteção;
3. Iniciar o procedimento de limpeza e desinfecção **interna** da ambulância considerando:

#### SEQUÊNCIA BÁSICA DAS AÇÕES DE LIMPEZA E DESINFECÇÃO

- Reunir os materiais e produtos necessários para a técnica dos 2 baldes e posicionar a ambulância;
- Retirar equipamentos e materiais de dentro da ambulância: maca, cadeira de rodas, mochilas, materiais do armário, coletor de resíduos infectantes e perfurocortantes. Não retirar cilindros de oxigênio;



- Iniciar a limpeza das estruturas fixas da ambulância pelo fundo do salão em direção à porta traseira e de cima para baixo, incluindo teto, paredes laterais, armários e por fim o piso. A limpeza do piso e do teto deve ser realizada com movimentos em sentido unidirecional;
- Realizar a desinfecção das superfícies e equipamentos indicados;
- Realizar a limpeza da cabine do condutor.

Obs.: Na presença de material biológico, seguir Protocolo PE25.

Elaboração: Janeiro/2016

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

PE23 – Limpeza terminal da ambulância

1/6



## PE23

Protocolo Samu 192  
Protocolos Especiais  
**SUPOORTE BÁSICO DE VIDA**

### PE23 – Limpeza terminal da ambulância

#### OPÇÃO 1: LIMPEZA E DESINFECÇÃO COM HIPOCLORITO E ÁLCOOL

##### LIMPEZA

Após reunir os materiais e retirar os equipamentos de dentro da ambulância:

- Iniciar a limpeza com pano umedecido em água e sabão pelo teto no fundo do salão seguindo para paredes e estruturas fixas (inclui luminárias, armário vertical, gavetas, baú, gaveta de lixo, vidros, telefone, maçanetas, painel de gases, grades de ar condicionado e superfície dos cilindros de oxigênio, entre outros);
- Retirar o excesso de sabão com pano umedecido em água;
- Secar com pano limpo.

##### Teto



##### Laterais



##### Armários e estruturas



Elaboração: Janeiro/2016

PE23 – Limpeza terminal da ambulância  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

2/6



## PE23

**Protocolo Samu 192**  
**Protocolos Especiais**  
**SUPOORTE BÁSICO DE VIDA**



### PE23 – Limpeza terminal da ambulância

- No piso:
  - realizar varredura úmida antes de iniciar o procedimento de limpeza;
  - iniciar limpeza com rodo e pano umedecido em água e sabão pelos cantos do fundo do salão em direção à porta;
  - retirar o excesso de sabão com pano umedecido em água;
  - secar com pano limpo.

Obs.: Não deve ser utilizada água em excesso e/ou diretamente no piso, sob risco de infiltração e dano à estrutura do veículo.

#### Piso



#### DESINFECÇÃO

- Material necessário:
  - Álcool 70%, hipoclorito de sódio 1%
  - 3 panos de limpeza (mobiliários, parede e piso separadamente)



- Se necessário, remover a matéria orgânica conforme Protocolo PE2.5.
- Após a fase de limpeza e secagem, realizar fricção com:
  - Pano umedecido com solução de hipoclorito a 1%: para revestimento da parede, bancos, colchonetes, armários de madeira, acrílico e piso. Não utilizar em metal.
  - Pano umedecido em álcool 70%: para partes metálicas (incluindo metais da maca e cadeira de rodas, dentre outros). Não utilizar em acrílico.
- Permitir secagem espontânea.

Elaboração: Janeiro/2016

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

PE23 – Limpeza terminal da ambulância

3/6



## PE23

**Protocolo Samu 192**  
**Protocolos Especiais**  
**SUPOORTE BÁSICO DE VIDA**

### PE23 – Limpeza terminal da ambulância



Obs.: Não deve ser realizado procedimento de desinfecção nos cilindros de oxigênio.

#### LIMPEZA DA CABINE DO CONDUTOR

- Realizar a limpeza da cabine do condutor com água e sabão, seguida de enxágue com pano umedecido apenas com água e secagem com pano limpo.
- Iniciar pelo teto na direção do fundo para o vidro dianteiro, seguida da limpeza do painel, direção e estofamentos.



#### OPÇÃO 2: USO DE PRODUTOS PARA LIMPEZA E DESINFECÇÃO EM AÇÃO ÚNICA

- Materiais necessários:
  - 3 panos de limpeza (mobiliários, parede e piso separadamente)
  - Produto de limpeza e desinfecção em ação única (conforme disponibilidade do serviço)
- Considerar a forma de uso preconizada pelo fabricante.
- Considerar a sequência básica das ações.

Obs.: Na presença de material biológico, seguir Protocolo PE23.

Elaboração: Janeiro/2016

PE23 – Limpeza terminal da ambulância  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

4/6



**PE23**

Protocolo Samu 192  
Protocolos Especiais  
SUPORTE BÁSICO DE VIDA



## PE23 – Limpeza terminal da ambulância

4. Realizar a limpeza e desinfecção dos equipamentos médico-hospitalares (Protocolo PE36);
5. Realizar a limpeza externa da ambulância utilizando balde com água e sabão e enxaguar rápido. Não é recomendado o uso de produtos especiais para limpeza, sob risco de ocorrência de manchas e perda dos adesivos;
6. Realizar o descarte apropriado de resíduos;
7. Limpar e reorganizar os materiais utilizados;
8. Preparar ambulância para novo atendimento: reposicionamento dos materiais, equipamentos, coletor de resíduos e lençol;
9. Registrar a realização da limpeza terminal: data, horário e equipe responsável;
10. Comunicar à Central de Regulação das Urgências (CRU) a conclusão do procedimento e a disponibilidade da equipe para acionamento.

### Observações

- A realização da limpeza da ambulância é uma ação coletiva e de responsabilidade de TODOS os componentes da equipe. Sua realização de forma coordenada minimiza o tempo consumido e agiliza a disponibilização da equipe para atendimentos.
- Recomenda-se manter escala semanal de responsabilidade pelo procedimento.
- O procedimento pode ser realizado na base descentralizada ou em locais predeterminados pelo serviço.
- **Limpeza:** Processo de remover a sujeira e matéria orgânica de qualquer superfície ou objeto. Recomenda-se o meio fricção mecânica, com água e sabão. É facultado o uso de limpador multiuso sob fricção em substituição à água e ao sabão.
- **Desinfecção:** Processo químico ou físico que elimina todos os micro-organismos patogênicos na forma vegetativa presentes em superfícies inertes, exceto os esporulados. Recomenda-se o uso de álcool e hipoclorito de sódio. É facultado o uso de outros produtos de ação única.
- No caso de uso de produtos que efetuem limpeza e desinfecção em uma única ação, recomenda-se:
  - A utilização de produtos devidamente registrados ou notificados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa);
  - A limpeza por compartimentos com retirada e reposição gradual dos materiais ao final de cada fase para racionalizar o tempo consumido no procedimento.
- Varredura úmida: Remove o pó e possíveis detritos soltos no chão. É feita com pano úmido e rodo. Os resíduos devem ser recolhidos com o auxílio de pá e despejados no coletor.
- Técnica dos dois baldes e uso dos 3 panos de limpeza\*:
  - Reunir materiais necessários para a técnica dos 2 baldes:
    - balde com água e sabão ou detergente e 1 balde com água
    - panos de limpeza (mobiiliários, parede e piso separadamente)
    - 1 rodo;

Elaboração: Janeiro/2016

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

PE23 – Limpeza terminal da ambulância

5/6



**PE23**

**Protocolo Samu 192**  
**Protocolos Especiais**  
**SUPOORTE BÁSICO DE VIDA**

**PE23 – Limpeza terminal da ambulância**

- Preparar um balde com água e sabão ou detergente e outro somente com água;
- Disponibilizar 3 panos de limpeza limpos (mobiiliários, parede e piso separadamente);
- Iniciar a limpeza com água e sabão, mergulhando o pano no balde com a solução e torcendo-o para retirar o excesso de água;
- Dobrar o pano umedecido em 2 ou 4 partes e iniciar a limpeza por uma das partes, desdobrando sempre que houver excesso de sujidade para utilizar todas as partes;
- Friccionar em sentido unidirecional;
- Lavar o pano no balde que contém apenas a água, após utilizar todas as dobras;
- Reiniciar o procedimento de limpeza com água e sabão s./n;
- Retirar o excesso de sabão com pano umedecido apenas em água (bem torcida);
- Trocar a água dos baldes sempre que estiver visivelmente suja;
- Desprezar a água suja na área de expurgo da base;
- Desvantagens do hipoclorito de sódio a 1%: corrosivo para metais, irritante para olhos, pele e mucosas; é inativado na presença de matéria orgânica.
- Desvantagens do álcool: inflamável, volátil, opacificação acrílica e resseca plástico e borracha; é inativado na presença de matéria orgânica.
- Ao retirar os materiais de consumo e descartáveis dos armários e gavetas, checar validade e condições das embalagens.
- Todo resíduo gerado dentro da ambulância deverá seguir as normas e rotinas estabelecidas para o gerenciamento de resíduos de saúde:
  - Resíduos infectantes (possível presença de agentes biológicos): acondicionar em saco de lixo branco leitoso e descartar em unidade de saúde que conte com armazenamento e coleta especializada para destinação final;
  - Resíduos perfurocortantes: descartar imediatamente após o uso, em recipientes de parede rígida com tampa e identificados. Ao alcançar cerca de 2/3 de sua capacidade, esses recipientes devem ser descartados em unidade de saúde que conte com armazenamento e coleta especializada. É expressamente proibido o esvaziamento desses recipientes para reutilização.
  - Resíduos comuns (por exemplo, papéis e impressos em geral, copos descartáveis, etc.): podem ser descartados em sacos de lixo do tipo comum, conforme legislação do município.
- As ações de reorganização do ambiente incluem a lavagem e secagem dos baldes e panos.
- Frascos de aspiração e outros dispositivos de oxigenoterapia, extensões e dispositivo bolsa-valva-máscara devem ser descartados ou reprocessados, conforme rotina do serviço.



**PE24**

Protocolo Samu 192  
Protocolos Especiais  
SUPORTE BÁSICO DE VIDA



## PE24 – Limpeza concorrente da ambulância

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão

- Limpeza realizada diariamente a cada início de plantão e/ou após os atendimentos com a finalidade de limpar e organizar o ambiente.
- Incluir os procedimentos de limpeza e desinfecção das superfícies horizontais internas de mobiliário (bancado, estofados, armários e outros), piso e equipamentos que podem constituir risco de contaminação para pacientes e equipe (maçanetas, maca, cadeira de rodas, gaveta do coletor de resíduos, suporte de soro e balaústre).

### Conduta

1. Comunicar a Regulação Médica sobre a necessidade de realizar o procedimento. A equipe deverá permanecer disponível em QAP (na escuta) para acionamentos;
2. Usar equipamento de proteção individual apropriado: luvas de borracha, máscara, avental e óculos de proteção;
3. Iniciar o procedimento considerando:

#### SEQUÊNCIA BÁSICA DAS AÇÕES DE LIMPEZA E DESINFECÇÃO

- Reunir os materiais necessários para a técnica dos 2 baldes e posicionar a ambulância;
- Retirar apenas maca e mochilas da ambulância. A limpeza e desinfecção deve ser realizada por compartimentos;



- Iniciar a limpeza das superfícies horizontais das estruturas fixas da ambulância pelo fundo do salão em direção à porta traseira (balcão, estofados, maçanetas e, por último, o piso);
- Realizar limpeza das estruturas das telas dos equipamentos médico-hospitalares e das estruturas horizontais da maca, incluindo colchonete;
- Realizar a desinfecção apenas das superfícies indicadas acima.

Obs.: Na presença de material biológico, seguir Protocolo PE25.

Elaboração: Janeiro/2016

PE24 – Limpeza concorrente da ambulância

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

1/3



## PE24

**Protocolo Samu 192**  
**Protocolos Especiais**  
**SUPOORTE BÁSICO DE VIDA**

### PE24 – Limpeza concorrente da ambulância

#### OPÇÃO 1: LIMPEZA E DESINFECÇÃO COM HIPOCLORITO OU ÁLCOOL

##### LIMPEZA

Após reunir materiais necessários e retirar a maca e as mochilas:

- Iniciar a limpeza com pano umedecido em água e sabão pela superfície do balcão, e armários, equipamentos, balaústre e fixador de soro, estofados, maçanetas, gaveta de coletor de resíduos, maca e cadeira de rodas. Sempre considerar o sentido do fundo para a porta traseira e movimentos unidirecionais;
- Retirar o excesso de sabão com pano umedecido em água;
- Secar com pano limpo;
  
- No piso:
  - realizar varredura úmida antes de iniciar o procedimento de limpeza;
  - iniciar limpeza com rodo e pano umedecido em água e sabão pelos cantos do fundo do salão em direção à porta;
  - retirar o excesso de sabão com pano umedecido em água;
  - secar com pano limpo.

Obs.: Não deve ser utilizada água em excesso e/ou diretamente no piso, sob risco de infiltração e dano ao veículo.

##### Piso



##### DESINFECÇÃO

- Restrita às superfícies e aos mobiliários com risco de contaminação.
- Material necessário: álcool 70% e hipoclorito de sódio 1%.
- Após a limpeza e secagem, realizar fricção apenas nas superfícies horizontais com:
  - Pano umedecido com solução de hipoclorito a 1%: bancos, colchonete, bancada do armário e piso. Não utilizar em metal.
  - Pano umedecido em álcool 70%: para partes metálicas (lampo e grades da maca), Não utilizar em acrílico.
- Permitir secagem espontânea.

Obs.:

- Não deve ser realizado procedimento de desinfecção nos cilindros de oxigênio.
- Na presença de material biológico, seguir Protocolo PE25.

Elaboração: Janeiro/2016

PE24 – Limpeza concorrente da ambulância

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

2/3



**PE24**

Protocolo Samu 192  
Protocolos Especiais  
SUPORTE BÁSICO DE VIDA



## PE24 – Limpeza concorrente da ambulância

### OPÇÃO 2: USO DE PRODUTOS PARA LIMPEZA E DESINFECÇÃO EM AÇÃO ÚNICA

- Materiais necessários:
    - 3 panos de limpeza (mobiiliários, parede e piso separadamente)
    - Produto de limpeza e desinfecção em ação única (conforme disponibilidade do serviço)
  - Considerar a forma de uso preconizada pelo fabricante;
  - Considerar a sequência básica das ações.
- 
4. Realizar o descarte apropriado de resíduos, se necessário;
  5. Limpar e reorganizar os materiais utilizados;
  6. Preparar ambulância para novo atendimento: reposicionamento da maca e mochilas, coletor de resíduos e lençol;
  7. Registrar a realização da limpeza concorrente: data, horário e equipe responsável;
  8. Comunicar à Regulação Médica a conclusão do procedimento.

### Observações:

- A realização da limpeza da ambulância é uma ação coletiva e de responsabilidade de TODOS os componentes da equipe. Sua realização de forma coordenada minimiza o tempo consumido e agiliza a disponibilização da equipe para atendimentos.
- O procedimento pode ser realizado na base descentralizada, na unidade hospitalar de destino ou em locais predeterminados pelo serviço.
- **Limpeza:** Processo de remover a sujidade e matéria orgânica de qualquer superfície ou objeto. No atendimento pré-hospitalar, é realizada por meio fricção mecânica, com água e sabão. É facultado o uso de limpador multiuso sob fricção em substituição à água e ao sabão.
- **Desinfecção:** Processo químico ou físico que elimina todos os micro-organismos patogênicos na forma vegetativa presentes em superfícies inertes, exceto os esporulados. Recomenda-se a utilização de álcool 70% e hipoclorito de sódio 1%. É facultado o uso de produtos para desinfecção de ação única (efetuem limpeza e desinfecção simultaneamente).
- No caso de uso de produtos de desinfecção de ação única, recomenda-se:
  - A utilização de produtos devidamente registrados na Anvisa;
  - A limpeza por compartimentos com retirada e reposição gradual dos materiais ao final de cada fase para racionalizar o tempo consumido no procedimento.
- Varredura úmida: Remove o pó e possíveis detritos soltos no chão. É feita com pano úmido e rodo. Os resíduos devem ser recolhidos com o auxílio de pó.
- Considerar a técnica dos dois baldes e uso dos 3 panos de limpeza descrita na PE23.
- Todo resíduo gerado dentro da ambulância deverá seguir as normas e rotinas estabelecidas para o gerenciamento de resíduos de saúde descritos na PE23.
- As ações de reorganização do ambiente incluem a lavagem e secagem dos baldes e panos.
- Frascos de aspiração e outros dispositivos de oxigenoterapia, extensões e dispositivo bolsa-valva-máscara utilizados devem ser trocados, descartados e/ou reprocessados, conforme rotina do serviço.

Elaboração: Janeiro/2016

PE24 – Limpeza concorrente da ambulância

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

3/3



## PE25

Protocolo Samu 192  
Protocolos Especiais  
SUPORTE BÁSICO DE VIDA



### PE25 – Limpeza na presença de matéria orgânica

#### Quando suspeitar ou critérios de inclusão

- Limpeza efetuada sempre que algum tipo de material biológico entrar em contato direto com qualquer superfície da ambulância;
- Inclui a remoção do material biológico e a limpeza e desinfecção da superfície;
- Matéria orgânica: sangue, vômito, fezes, urina e outros líquidos e secreções orgânicas potencialmente contaminadas.

#### Conduta

1. Comunicar a Regulação Médica sobre a necessidade de realizar o procedimento;
2. Usar equipamento de proteção individual apropriado: luvas de borracha, máscara, avental e óculos de proteção;
3. Iniciar o procedimento de limpeza e desinfecção considerando a quantidade de material orgânico.

#### PEQUENA QUANTIDADE DE MATERIAL ORGÂNICO (incluindo respingos)

- Remover a matéria orgânica com papel toalha:
  - Colocar folhas de papel sobre o material orgânico;
  - Reunir as folhas em movimentos no sentido de fora para dentro para envolver o material orgânico;
  - Desprezar o papel utilizado no coletor de resíduos infectantes;



- Realizar a limpeza do local de onde foi retirado o material, utilizando a técnica de dois baldes e 3 panos descrita no Protocolo PE23;
- Secar a área;
- Realizar a desinfecção do local onde foi retirado o material com hipoclorito de sódio 1% sob fricção ou em ação por 15 min. Em partes metálicas, utilizar álcool 70% sob fricção;
- Remover o excesso de produto de desinfecção com papel;
- Executar a limpeza com água e sabão no restante da área, enxaguando e secando em seguida.



Elaboração: Janeiro/2016

PE25 – Limpeza na presença de matéria orgânica

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

1/2



## PE25

Protocolo Samu 192  
Protocolos Especiais  
SUPORTE BÁSICO DE VIDA

### PE25 – Limpeza na presença de matéria orgânica

#### GRANDE QUANTIDADE DE MATERIAL ORGÂNICO

- Remover a matéria orgânica com ralo, pá e lixeira (se necessário);
  - Desprezar a matéria orgânica líquida no esgoto sanitário (tanque do expurgo);
  - Caso a matéria orgânica esteja em estado sólido, acondicionar em coletor de resíduo;
  - Realizar a limpeza do local de onde foi retirado o material, utilizando a técnica de dois baldes e 3 panos descrita no Protocolo PE23;
  - Secar a área;
  - Realizar a desinfecção do local onde foi retirado o material com hipoclorito de sódio 1%, conforme descrito acima. Em partes metálicas, utilizar álcool 70%;
  - Remover o excesso de produto e executar a limpeza com água e sabão no restante da área, enxaguando e secando em seguida.
4. Limpar e reorganizar os materiais utilizados;
  5. Preparar ambulância para novo atendimento: reposicionamento dos materiais, equipamentos, coletor de resíduos e lençol;
  6. Registrar a realização da limpeza: data, horário e equipe responsável;
  7. Comunicar à Regulação Médica a conclusão do procedimento e a disponibilidade da equipe para acionamento.

#### Observações:

- A realização da limpeza da ambulância é uma ação coletiva e de responsabilidade de TODOS os componentes da equipe. Sua realização de forma coordenada minimiza o tempo consumido e agiliza a disponibilização da equipe para atendimentos.
- **Limpeza:** Processo de remover a sujeira e matéria orgânica de qualquer superfície ou objeto. Recomenda-se meia fricção mecânica, com água e sabão. É facultado o uso de limpador multiuso sob fricção em substituição à água e ao sabão.
- **Desinfecção:** Processo químico ou físico que elimina todos os micro-organismos patogênicos na forma vegetativa presentes em superfícies inertes, exceto os esporulados. Recomenda-se o uso de álcool e hipoclorito de sódio. É facultado o uso de outros produtos de ação única.
- As ações de reorganização do ambiente incluem a lavagem e secagem dos baldes e panos.
- Todo resíduo gerado dentro da ambulância deverá seguir as normas e rotinas estabelecidas para o gerenciamento de resíduos de saúde:
  - Resíduos infectantes (possível presença de agentes biológicos): acondicionar em saco de lixo branco leitoso e descartar em unidade de saúde que conte com armazenamento e coleta especializada para destinação final;
  - Resíduos perfurocortantes: descartar imediatamente após o uso, em recipientes de parede rígida com tampa e identificados. Ao alcançar cerca de 2/3 de sua capacidade, esses recipientes devem ser descartados em unidade de saúde que conte com armazenamento e coleta especializada. É expressamente proibido o esvaziamento desses recipientes para reutilização;
  - Resíduos comuns (por exemplo, papéis e impressos em geral, copos descartáveis, etc.): podem ser descartados em sacos de lixo do tipo comum, conforme legislação do município.

Elaboração: Janeiro/2016

PE25 – Limpeza na presença de matéria orgânica

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

2/2



**PE26**

Protocolo Samu 192  
Protocolos Especiais  
**SUPOORTE BÁSICO DE VIDA**



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

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão

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

### Conduta/providências

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

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Abril/2015

PE26 - Constatação do óbito pelo médico do SAMU 192  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/3



**PE26**

**Protocolo Samu 192  
Protocolos Especiais  
SUPORTE BÁSICO DE VIDA**

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

**Observações:**

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

PE26 - Constatação do óbito pelo médico do SAMU 192

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Abril/2015

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

2/3



**PE26**

**Protocolo Samu 192**  
**Protocolos Especiais**  
**SUPOORTE BÁSICO DE VIDA**



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

### **Observações:**

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

**Elaboração:** Agosto/2014  
**Revisão:** Abril/2015

PE26 - Constatação do óbito pelo médico do SAMU 192  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

**3/3**





**PE27**

Protocolo Samu 192  
Protocolos Especiais  
**SUPORTE BÁSICO DE VIDA**



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

Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

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

Conduta:

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

PE27 – Identificação do óbito por equipes do SAMU 192

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Abril/2015

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

1/2



**PE27**

**Protocolo Samu 192  
Protocolos Especiais  
SUPORTE BÁSICO DE VIDA**

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

**Observações:**

- A parada total e irreversível das funções encefálicas equivale à morte, conforme critérios já bem estabelecidos pela comunidade científica mundial. O Encéfalo é composto pelo Cérebro, Cerebelo e Tronco Cerebral;
- Morte evidente ou morte óbvia são situações em que o corpo apresenta sinais que indiretamente asseguram a condição de morte encefálica, tais como: rigidez cadavérica (*rigor mortis*), livores de hipóstase (*livor mortis*), decapitação, esmagamento de crânio com perda de massa encefálica e ausência de pulso central, carbonização, segmentação da tronco, ou sinais evidentes de decomposição.
- *Rigor mortis* ou rigidez cadavérica: geralmente inicia-se entre 1 e 4 horas após a morte, pelos músculos da mastigação e avança no sentido crânio-caudal.
- *Livor mortis* ou livores de hipóstase: é a estase sanguínea pela ação da gravidade, depende da posição do corpo e geralmente inicia-se em 1 hora e 30 minutos a 2 horas, atingindo seu máximo entre 8 e 12 horas.
- As providências legais após o óbito, incluindo o fornecimento da Declaração de Óbito por um médico, incluindo o médico intervencionista do SAMU, podem variar de uma localidade a outra ou de uma situação a outra, dependendo da existência de médico assistente do paciente, IML, SVO e outros serviços médicos, advindo daí a necessidade das rotinas e normas serem estabelecidas por cada serviço.
- Após a identificação do óbito, a remoção do corpo do local onde se encontra para outro não deverá ser realizada pelo SAMU havendo, entretanto, exceções possíveis, na dependência de diversos fatores, mas que deverão ser previamente pactuadas entre o gestor do SAMU local ou regional com os gestores de outras instituições públicas, em especial as policiais.
- Instrumentos legais recomendadas para consulta, facilitando as orientações pelo médico regulador à equipe de Suporte Básico de Vida:
  - Resolução 1.995/2012 do Conselho Federal de Medicina: “Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes”;
  - Resolução 1.805/2006 do Conselho Federal de Medicina: “Na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal”.

PE27 – Identificação do óbito por equipes do SAMU 192

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Abril/2015

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

2/2



**PE29**

Protocolo Samu 192  
Protocolos Especiais  
SUPORTE BÁSICO DE VIDA



## PE29 – Acidente de trabalho com material biológico

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão

Quando ocorrer exposição ocupacional a materiais biológicos, em virtude de:

- Exposição percutânea provocada por ferimento com material perfurante contaminado, como por exemplo, de acesso vascular, manuseio de ferimentos, manejo de resíduos da assistência, etc.;
- Exposição em mucosas decorrentes de respingo de sangue ou secreções em olhos, nariz, boca e genitália do socorrista (contato direto com mucosas);
- Exposição em pele não íntegra do socorrista (por exemplo, dermatites ou feridas abertas) com sangue ou secreções do paciente;
- Mordeduras humanas, quando envolverem a presença de sangue.

### Conduta

1. Se área atingida no corpo do socorrista for pele ou ferimento:
  - lavar a pele ou ferimento com água e sabão em abundância;
  - Se ferimento, aplicar antisséptico, se possível/disponível, e realizar curativo;
  - Se pele íntegra, aplicar antisséptico ou álcool gel, se possível/disponível;
2. Se área atingida no corpo do socorrista for olhos ou outra mucosa:
  - lavar com água ou soro fisiológico a 0,9% em abundância;
3. Comunicar o acidente ao médico regulador logo após os cuidados com a área contaminada. Devem ser informados:
  - Tipo de exposição;
  - Tipo e quantidade de fluido ou tecido;
  - Status sorológico da fonte (conhecido ou não);
  - Status sorológico do acidentado (conhecido ou não);
  - Suscetibilidade do profissional exposto.
4. Seguir as orientações do médico regulador em relação ao paciente atendido ou em atendimento (se aplicável, pois o acidente pode ocorrer sem a presença do paciente);
5. Seguir as orientações do médico regulador em relação aos cuidados médicos que deverão ser tomados pelo socorrista que se contaminou, considerando também a abertura de uma ficha de atendimento para registro detalhado da ocorrência.

Elaboração: Janeiro/2016

PE29 – Acidente de trabalho com material biológico

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

1/2



**PE29**

**Protocolo Samu 192**  
**Protocolos Especiais**  
**SUPOORTE BÁSICO DE VIDA**

**PE29 – Acidente de trabalho com material biológico**

**Observações:**

- Cada serviço deverá desenvolver sua própria rotina médica em relação aos socorristas que potencialmente se contaminam durante a atividade, com ênfase para HIV e hepatite B, considerando a existência de serviços especializados na região, disponibilidade de medicamentos específicos, avaliações laboratoriais especializadas e acompanhamento médico até alta definitiva.
- Idealmente as condutas devem ser tomadas dentro das primeiras 24 horas.
- O serviço deverá realizar a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT), dentro das normas vigentes no Brasil, e as demais providências daí advindas.
- O paciente cujo material biológico foi a potencial contaminante também poderá, desde que atendidas as normas éticas vigentes, ser avaliado ou monitorado para confirmar ou afastar doenças específicas de interesse do socorrista contaminado e conforme padrão estabelecido pelos serviços especializados.
- Os acidentes com materiais biológicos ocorrem por alguma falha na adoção das precauções padrão como dispositivo de barreira, práticas seguras e cuidados com a saúde. A identificação dessas falhas, o uso de materiais adequados, a capacitação dos profissionais e atitudes proativas preventivas constituem-se na chave para constante redução dos acidentes.
- Os socorristas devem manter em dia as vacinas recomendadas pelo serviço.

Elaboração: Janeiro/2016

PE29 – Acidente de trabalho com material biológico

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

2/2



**PE30**

Protocolo Samu 192  
Protocolos Especiais  
SUPORTE BÁSICO DE VIDA



## PE30 – Acidente de trabalho: com agente não biológico

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão

Quando ocorrer acidente que produza lesão no profissional do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) durante o trabalho ou no trajeto entre a residência e o local de trabalho (e vice-versa), excluídos os acidentes de natureza biológica que são tratados no protocolo PE29.

### Conduta/providências

1. Se o acidente ocorrer durante a atividade no SAMU, os demais membros da equipe devem, se possível:
  - Prestar atendimento inicial ao profissional acidentado conforme a situação específica e de acordo com os protocolos do SAMU 192;
  - Comunicar o acidente ao médico regulador logo após os cuidados iniciais de urgência;
  - Solicitar outra equipe para socorro se necessário, e seguir as orientações recebidas pelo médico regulador;
  - Preencher a ficha de atendimento pré-hospitalar;
2. Se o acidente ocorrer no trajeto entre a residência e o local de trabalho, o profissional acidentado deve, se possível:
  - Acionar o SAMU 192 se necessário, alertando para sua condição de funcionário;
  - Procurar atendimento adequado para a situação, se não houver necessidade de acionar o SAMU 192;
  - Providenciar a comunicação dos fatos à sua chefia administrativa no mesmo dia ou no primeiro dia útil posterior, alertando para a ocorrência de acidente do trabalho;
3. Seguir outras orientações recebidas da Regulação Médica e/ou de sua chefia administrativa.

### Observações:

- Segundo o artigo 19 da Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991, "acidente do trabalho é o que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço da empresa, ou pelo exercício do trabalho do segurado especial, provocando lesão corporal ou perturbação funcional, de caráter temporário ou permanente. Também são considerados como acidentes do trabalho: a) o acidente ocorrido no trajeto entre a residência e o local de trabalho; b) a doença profissional, assim entendida a produzida ou desencadeada pelo exercício do trabalho peculiar a determinada atividade; e c) a doença do trabalho, adquirida ou desencadeada em função de condições especiais em que o trabalho é realizado e com ele se relacione diretamente.
- Os acidentes e as lesões podem ser de qualquer natureza, como por exemplo, queimaduras, ferimentos, acidentes de trânsito, quedas, fraturas, contusões, etc.
- O serviço deverá realizar a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT), dentro das normas vigentes no Brasil, e as demais providências daí advindas.

Elaboração: Janeiro/2016

PE30 – Acidente de trabalho: com agente não biológico

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

1/1



## PE36

Protocolo Samu 192  
Protocolos Especiais  
SUPORTE BÁSICO DE VIDA



### PE36 – Limpeza e desinfecção de equipamentos da ambulância

#### Quando suspeitar ou critérios de inclusão

Limpeza realizada em conjunto com a limpeza terminal, concorrente e/ou diante da presença de material biológico nas superfícies dos equipamentos.

#### Conduta

1. Usar equipamento de proteção individual apropriado: luvas de borracha, máscara, avental e óculos de proteção;
2. Iniciar o procedimento de limpeza e desinfecção terminal, concorrente ou na presença de material biológico (PE 23,24,25);
3. Complementar o procedimento de limpeza considerando as características dos equipamentos:

#### MACA E CADEIRA DE RODAS

- Realizar limpeza da maca e cadeira de rodas com água e sabão, retirando excesso com pano úmido;
- Após a limpeza e secagem, realizar fricção com pano umedecido em álcool 70% nas partes metálicas;
- Utilizar pano umedecido com solução de hipoclorito a 1% para revestimento do banco da cadeira de rodas e do colchonete da maca;
- Permitir secagem espontânea.

#### DEA OU MONITOR/DEFIBRILADOR

- Certificar-se de que o equipamento está desligado e desconectado da tomada;
- Desconectar cabos e/ou eletrodos;
- **Limpeza externa** (incluindo tela): utilizar pano macio umedecido em água e sabão. Evitar escoamento de líquido para o interior do equipamento;
- **Limpeza dos cabos**: utilizar pano macio umedecido em hipoclorito de sódio 1%;
- **Limpeza das pás metálicas**: remover resíduos de gel com um pano seco e utilizar um pano umedecido em álcool 70%;
- Permitir secagem espontânea;
- Ao final do procedimento, verificar se o equipamento está adequadamente seco e reconectar cabos para realizar teste de uso.

Obs.: No caso de produtos de limpeza e desinfecção em ação única, NÃO borrifar produto diretamente na tela. Borrifar no pano e depois passar na tela, para evitar manchas.

#### OXÍMETRO DE PULSO

- Certificar-se que o equipamento está desligado e desconectado da fonte e da tomada;
- Desconectar sensor;
- **Limpeza externa do equipamento e do sensor**: utilizar somente um pano macio levemente umedecido em uma solução de água e sabão neutro, secando-o em seguida;

Obs.: No caso de produtos de limpeza e desinfecção em ação única, NÃO borrifar produto diretamente na tela. Borrifar no pano e depois passar na tela, para evitar manchas.

Elaboração: Janeiro/2016

PE36 – Limpeza e desinfecção de equipamentos da ambulância

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

1/3



## PE36

Protocolo Samu 192  
Protocolos Especiais  
**SUPOORTE BÁSICO DE VIDA**

### PE36 – Limpeza e desinfecção de equipamentos da ambulância

#### GLICOSÍMETRO

- Certificar-se que o equipamento está desligado;
- **Área externa e visor:** friccionar levemente com pano umedecido com álcool 70%;
- **Guia e área de inserção da tira teste:** se visivelmente suja, friccionar levemente com pano umedecido com álcool. Considerar instruções do fabricante (pode ser necessário remover a tampa da janela de medição).

Obs.: Água ou álcool em excesso podem danificar seriamente o equipamento.

#### ESTETOSCÓPIO E ESFIGMOMANÔMETRO

Estetoscópio:

- Friccionar pano umedecido com água e sabão;
- Retirar o excesso com pano umedecido apenas com água e secar;
- Friccionar com pano umedecido em álcool 70% apenas nas partes metálicas.

Esfigmomanômetro:

- Desconectar as extensões de borracha e a pera para lavagem com água e sabão por imersão seguida de enxague com água e secagem espontânea;
- Lavar o tecido do manguito por imersão e fricção leve com escova, seguida de enxague com água e secagem espontânea.

#### LARINGOSCÓPIO E LÂMINAS PARA INTUBAÇÃO

- Retirar pilhas do cabo;
- Retirar lâmpadas das lâminas;
- Friccionar com pano umedecido com água e sabão e retirar o excesso antes de secar;
- Friccionar com pano umedecido em álcool 70%.

#### VENTILADOR MECÂNICO

- Se indicado, certificar-se que o equipamento está desligado e desconectado da tomada;
- **Limpeza externa:** utilizar pano macio umedecido em uma solução de água e sabão neutro;
- Reprocessar circuitos ventilatórios e seus componentes a cada utilização e/ou periodicamente, conforme rotina do serviço.

Obs.: Para limpeza da tela do equipamento. NÃO borrifar produtos diretamente. Borrifar no pano e depois passar no aparelho (para evitar manchas).

#### INCUBADORA DE TRANSPORTE

- Certificar-se que o equipamento está desligado e desconectado da tomada;
- Realizar a limpeza com água e sabão ou detergente. Enxaguar e secar;
- Parte metálica e o revestimento do colchão: friccionar com pano macio umedecido em álcool 70%;
- Acrílico: friccionar com pano macio umedecido em hipoclorito de sódio 1%;
- Considerar demais instruções do fabricante no manual de uso.

Elaboração: Janeiro/2016

PE36 – Limpeza e desinfecção de equipamentos da ambulância

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

2/3



**PE36**

Protocolo Samu 192  
Protocolos Especiais  
SUPORTE BÁSICO DE VIDA



## PE36 – Limpeza e desinfecção de equipamentos da ambulância

4. Limpar e reorganizar os materiais utilizados;
5. Preparar ambulância para novo atendimento: reposicionar equipamentos;
6. Registrar a realização da limpeza: data, horário e equipe responsável.

### Observações:

- A realização da limpeza da ambulância e seus equipamentos é uma ação coletiva e de responsabilidade de TODOS os componentes da equipe. Sua realização de forma coordenada minimiza o tempo consumido e agiliza a disponibilização da equipe para atendimentos.
- No caso de uso de produtos de desinfecção que efetuem limpeza e desinfecção em uma única ação recomenda-se a utilização de produtos devidamente registrados ou notificados na Anvisa e a checagem da indicação de uso de acordo com o tipo de equipamento.
- Desvantagem do hipoclorito de sódio a 1%: corrosivo para metais.
- Desvantagens do álcool: opacifica acrílico e resseca plástico e borracha.
- Durante a limpeza dos equipamentos médico-hospitalares, checar a existência de pontos de oxidação, falha da pintura ou fios rompidos. Comunicar a chefia s/n.
- As ações de reorganização do ambiente incluem a lavagem e secagem dos baldes e panos.
- Frascos de aspiração e outros dispositivos de oxigenoterapia, extensões e dispositivo bolsa-valva-máscara devem ser descartados ou reprocessados, conforme rotina do serviço.

Elaboração: Janeiro/2016

PE36 – Limpeza e desinfecção de equipamentos da ambulância

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

3/3





# SBV Ginecologia e Obstetrícia

# BGGO



**BGO**  
**1**

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Emergências Gineco-Obstétricas  
**SUPOORTE BÁSICO DE VIDA**



## BGO1 – Assistência ao trabalho de parto não expulsivo

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão

- Gestação  $\geq$  37 semanas; e
- Presença de contrações regulares em intervalos de 3 a 5 minutos, com duração maior que 30 segundos; e
- Ausência de partes fetais na vulva.

### Conduta

1. Garantir privacidade para a paciente;
2. Solicitar a presença de um acompanhante autorizado pela paciente, sempre que possível;
3. Informar e solicitar o consentimento da paciente para a realização de todos os procedimentos;
4. Realizar avaliação primária (Protocolo BC1);
5. Realizar avaliação secundária (Protocolo BC2) com ênfase para:
  - Sinais vitais;
  - Entrevista direcionada:
    - Realização de pré-natal;
    - Idade gestacional e/ou data provável do parto;
    - Histórico de paridade: número de filhos e partos anteriores;
    - Perda vaginal atual: muco, líquido ou sangue;
    - Presença de contração uterina, frequência e duração;
    - Presença de comorbidades: perguntar por doenças em tratamento;
  - Inspeção da vulva (sangramentos, perdas líquidas e presença de partes fetais);
6. Diante da caracterização do trabalho de parto não expulsivo, comunicar a paciente e os familiares;
7. Preparar para o transporte, posicionando a paciente em decúbito lateral esquerdo ou posição mais confortável, sob aquecimento;
8. Realizar contato com a Regulação Médica para definição do encaminhamento e/ou unidade de saúde de destino;
9. Manter atenção para a evolução do parto e a necessidade de assistência (Protocolo BGO2);
10. Registrar achados e procedimentos na ficha/boletim de ocorrência.

### Observações

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- O objetivo das avaliações primária e secundária é identificar e corrigir situações de risco imediato de morbimortalidade materno-fetal.
- Considerar a presença de: apresentações distócicas, síndrome hipertensiva, hemorragia, choque.

Elaboração: Janeiro/2016

BGO1 – Assistência ao trabalho de parto não expulsivo

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

1/1



**BGO  
2**

**Protocolo Samu 192**  
**Protocolos de Emergências Gineco-Obstétricas**  
**SUPORTE BÁSICO DE VIDA**



## BGO2 – Assistência ao parto iminente

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão

- Idade gestacional  $\geq$  22 semanas;
- Presença de contrações fortes e frequentes (duas ou mais em 10 minutos);
- Presença de puxos espontâneos;
- Sensação de pressão no períneo;
- Visualização da distensão perineal e/ou da apresentação fetal na vulva.

### Conduta

#### AVALIAÇÃO E PREPARAÇÃO PARA O PARTO

1. Garantir privacidade para a paciente;
2. Solicitar a presença de um acompanhante autorizado pela paciente, sempre que possível;
3. Informar e solicitar o consentimento da paciente para a realização de todos os procedimentos;
4. Realizar avaliação primária (Protocolo BC1);
5. Realizar avaliação secundária (Protocolo BC2) com ênfase para:
  - Sinais vitais;
  - Entrevista direcionada:
    - Realização de pré-natal;
    - Idade gestacional e/ou data provável do parto;
    - Histórico de paridade: número de filhos e tipo de partos;
    - Perda vaginal atual;
    - Presença de contração uterina, frequência e duração;
    - Presença de comorbidades.
  - Inspeção da vulva (sangramentos, perdas líquidas e presença de partes fetais);
6. Diante da caracterização do parto iminente:
  - Realizar contato imediato com a Regulação Médica para passar as informações de forma sistematizada e receber orientações;
  - Considerar a realização do parto em ambiente domiciliar ou quando em transporte, estacionar a viatura e realizar os procedimentos de assistência;
7. Reunir material mínimo necessário para a realização do parto:
  - 2 *clamps*
  - 1 lâmina de bisturi ou tesoura estéril
  - 2 pacotes de gaze estéril
  - 5 compressas
  - 2 sacos de plástico
  - 1 par de pulseiras de identificação [mãe e recém-nascido (RN)]
  - 2 mantas aluminizadas
  - 3 campos (mínimo)
  - Equipamentos de proteção individual (EPI): 2 pares de luva estéril; 2 pares de luva de procedimento; 1 avental descartável; máscara facial; luvas descartáveis e óculos de proteção

Elaboração: Janeiro/2016

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

BGO2 – Assistência ao parto iminente

1/3



**BGO  
2**

**Protocolo Samu 192  
Protocolos de Emergências Gineco-Obstétricas  
SUPORTE BÁSICO DE VIDA**

## BGO2 – Assistência ao parto iminente

### ASSISTÊNCIA AO PARTO IMINENTE

1. Utilizar EPI, iniciar com luvas de procedimento;
2. Posicionar a paciente adotando a posição que ofereça maior conforto:
  - Posição horizontal: decúbito dorsal horizontal com pernas e joelhos fletidos e afastados;
  - Posições não horizontais: cócoras ou Laborie-Duncan (decúbito dorsal elevado com maca verticalizada ao máximo, flexão e abdução dos membros inferiores);
  - Posição para pacientes com insuficiência cardíaca: decúbito lateral esquerda com perna direita ligeiramente mais fletida que a esquerda e apoiada sobre a cama ou maca (posição de Sims);
3. Higienizar períneo com soro fisiológico (SF) 0,9%, gazes e compressas estéreis se disponíveis;
4. Trocar luvas de procedimento por luvas estéreis;
5. Posicionar os campos sob os glúteos e abdome da paciente;
6. Durante o avanço da apresentação:
  - Proteger o períneo com uma das mãos com ajuda de uma compressa;
  - Controlar o desprendimento súbito da polo cefálico com a outra mão;
7. Avaliar a região do pescoço do RN para detectar a presença de circular de cordão umbilical. Em caso de presença de circular:
  - Se frouxa, liberar e desfazer com o dedo indicador;
  - Se tensa, clampear em dois pontos e cortar entre elas;
8. Acompanhar o desprendimento dos ombros. Na presença de distocia de ombro, considerar Protocolo BGO5;
9. Apoiar o RN lateralizado sobre o abdome da mãe, cobrindo-o com o campo, inclusive cabeça (exceto face) sem tracionar o cordão umbilical;
10. Aguardar cerca de 1 a 3 minutos para clampear o cordão, exceto em caso de sofrimento fetal, isoimunização ou comorbidades (como HIV positivo), quando a ligadura precoce do cordão umbilical deve ser realizada em até 30 segundos;
11. Realizar o clameamento do cordão umbilical:
  - 1º clamp: 15 a 20 cm a partir do abdome do RN;
  - 2º clamp: 3 a 4 cm a frente do 1º clamp;
  - Cortar com lâmina de bisturi estéril entre os dois clamp umbilicais;
12. Realizar a assistência ao RN (Protocolo BPed 10);
13. Realizar identificação da mãe e do RN com pulseira com nome da mãe, sexo do bebê, hora de nascimento e data;
14. Realizar novo contato com Regulação Médica e passar informações de forma sistematizada;

Elaboração | janeiro/2016

BGO2 – Assistência ao parto iminente  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

2/3



**BGO  
2**

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Emergências Gineco-Obstétricas  
**SUPORTE BÁSICO DE VIDA**



## BGO2 – Assistência ao parto iminente

15. Aguardar orientações da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para a unidade de saúde;
16. Preparar para o transporte posicionando a paciente em decúbito dorsal ou posição mais confortável sob aquecimento. Considerar as condições do RN para o transporte;
17. Se houver a dequitação, acondicionar a placenta em saco plástico e encaminhar junto com a paciente;
18. Registrar achados, procedimentos e condições do parto e RN na ficha/boletim de ocorrência. Preencher uma ficha/boletim de atendimento para a mãe e outra para o RN.

### Observações

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- Os serviços podem considerar a disponibilização de kits comerciais contendo materiais para a realização do parto e/ou recepção do RN.
- Os campos podem ser cirúrgicos ou de TNT, de acordo com a disponibilidade do serviço.
- Em caso de sofrimento fetal, isoimunização ou comorbidades como HIV positivo, realizar ligadura precoce do cordão umbilical em até 30 segundos.
- Garantir contato pele a pele imediato e contínuo em situações de boas condições clínicas do RN.
- Não recomendar amamentação do RN até a chegada ao hospital.
- Considerar a presença de: apresentações distólicas, síndrome hipertensiva, hemorragias, choque.

Elaboração: Janeiro/2016

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

BGO2 – Assistência ao parto iminente

3/3



**BGO  
3**

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Emergências Gineco-Obstétricas  
**SUPORTE BÁSICO DE VIDA**



## BGO3 – Assistência ao parto consumado

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão

- Expulsão completa do RN com idade gestacional  $\geq 22$  semanas.

### Conduta

1. Garantir privacidade para a paciente;
2. Solicitar a presença de acompanhante autorizado pela paciente, sempre que possível;
3. Informar e solicitar o consentimento da paciente para a realização de todos os procedimentos;
4. Realizar a avaliação primária da mãe (Protocolo BC1) e do RN (Protocolo BPed 10 ou BPed 11) com ênfase para:
  - Padrão respiratório;
  - Presença de hemorragias externas;
5. Realizar entrevista direcionada:
  - Pré-natal;
  - Idade gestacional e/ou data provável do parto;
  - Histórico de paridade;
  - Presença de comorbidades;
  - Tempo decorrido desde o nascimento;
6. Assistência ao parto consumado:
  - Apoiar o RN lateralizado sobre o abdome da mãe, cobrindo-o com a campo, inclusive cabeça (exceto face) sem tracionar o cordão umbilical;
  - Aguardar cerca de 1 a 3 minutos para clampar o cordão, exceto em caso de sofrimento fetal, isoimunização ou comorbidades (como HIV positivo), quando a ligadura precoce do cordão umbilical deve ser realizada em até 30 segundos;
  - Realizar o clameamento do cordão umbilical:
    - 1º clamp: 15 a 20 cm a partir do abdome do RN;
    - 2º clamp: 3 a 4 cm à frente do 1º clamp;
    - Cortar com lâmina de bisturi estéril entre os dois clamp umbilicais;
  - Realizar a assistência ao RN (Protocolo BPed 10 ou 11);
  - Realizar identificação da mãe e do RN com pulseira com nome da mãe, sexo do bebê, hora de nascimento e data;
  - Observar a dequitação espontânea e a presença de hemorragias vaginais (Protocolo BGO7).
7. Preparar para o transporte posicionando a paciente em decúbito dorsal ou posição mais confortável sob aquecimento. Considerar as condições do RN para o transporte;
8. Realizar contato com a Regulação Médica para definição de encaminhamento e/ou unidade de saúde.
9. Registrar achados, procedimentos e condições do parto e RN na ficha/boletim de ocorrência. Preencher uma ficha/boletim de atendimento para a mãe e outra para o RN.

Elaboração: Janeiro/2016

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

BGO3 – Assistência ao parto consumado

1/2



**BGO  
3**

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Emergências Gineco-Obstétricas  
**SUORTE BÁSICO DE VIDA**

### BGO3 – Assistência ao parto consumado

#### Observações

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3)
- Considerar a presença de: síndrome hipertensiva, hemorragia, choque.
- Garantir contato pele a pele imediato e contínuo em situações de boas condições clínicas do RN.
- Não recomendar amamentação do RN até a chegada ao hospital.
- Os serviços podem considerar a disponibilização de kits comerciais contendo materiais para a realização do parto e/ou recepção do RN.
- Os campos podem ser cirúrgicas ou de TNT, de acordo com a disponibilidade do serviço.

Elaboração: Janeiro/2016

BGO3 – Assistência ao parto consumado  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

2/2



**BGO**  
**4**

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Emergências Gineco-Obstétricas  
**SUPOORTE BÁSICO DE VIDA**



## BGO4 – Assistência ao trabalho de parto prematuro

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão

- Idade gestacional a partir de **22 semanas** e menor que **37 semanas**;
- Presença de contrações regulares com intervalo de pelo menos 5 a 8 min.

### Conduta

1. Garantir privacidade para a paciente;
2. Solicitar a presença de um acompanhante autorizado pela paciente, sempre que possível;
3. Informar e solicitar o consentimento da paciente para a realização de todos os procedimentos;
4. Realizar avaliação primária (Protocolo BC1);
5. Realizar avaliação secundária (Protocolo BC2) com ênfase para:
  - Sinais vitais;
  - Entrevista direcionada:
    - Realização de pré-natal;
    - Idade gestacional e/ou data provável do parto;
    - Histórico de paridade;
    - Perda vaginal atual;
    - Presença de contração uterina, frequência e duração;
    - Presença de comorbidades.
  - Inspeção da vulva (sangramentos, perdas líquidas e presença de partes fetais);
6. Diante da caracterização do trabalho de parto prematuro, comunicar a paciente e os familiares;
7. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de maneira sistematizada;
8. Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para a unidade de saúde de referência.
9. Preparar para o transporte posicionando a paciente em decúbito lateral esquerdo sob aquecimento;
10. Registrar achados e procedimentos na ficha/boletim de ocorrência;
11. Estar atento à evolução do parto e à necessidade de assistência (Protocolo BGO2).

### Observações

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3)
- Considerar a presença de: apresentações distólicas, síndrome hipertensiva, hemorragia, choque

Elaboração: Janeiro/2016

BGO4 – Assistência ao trabalho de parto prematuro

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

1/1





**BGO  
5**

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Emergências Gineco-Obstétricas  
**SUPOORTE BÁSICO DE VIDA**



## BGO5 – Assistência ao parto iminente distóxico (apresentação não cefálica)

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão

- Idade gestacional  $\geq$  22 semanas;
- Presença de contrações fortes e frequentes (duas ou mais em 10 minutos);
- Presença de puxos espontâneos;
- Sensação de pressão no períneo;
- Visualização da distensão perineal ou da apresentação fetal não cefálica (ombro, pelve, cordão umbilical ou membros).

### Conduta

1. Garantir privacidade para a paciente;
2. Solicitar a presença de um acompanhante autorizado pela paciente, sempre que possível;
3. Informar e solicitar o consentimento da paciente para a realização de todos os procedimentos;
4. Realizar avaliação primária (Protocolo BC1);
5. Realizar avaliação secundária (Protocolo BC2) com ênfase para:
  - Sinais vitais;
  - Entrevista direcionada:
    - Realização de pré-natal;
    - Idade gestacional e/ou data provável do parto;
    - Histórico de paridade: número de filhas e tipo de partos;
    - Perda vaginal atual;
    - Presença de contração uterina, frequência e duração;
    - Presença de comorbidades.
  - Inspeção da vulva (sangramentos, perdas líquidas e presença de partes fetais);
6. Diante da caracterização do trabalho de parto iminente com apresentação distócica (não cefálica) comunicar a paciente e os familiares;
7. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de maneira sistematizada;
8. Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para a unidade de saúde de referência;
9. Preparar para o transporte posicionando a paciente em decúbito lateral esquerdo sob aquecimento;
10. Registrar achados e procedimentos na ficha/boletim de ocorrência;
11. Estar atento à evolução do parto e à necessidade de assistência (Protocolo BGO2).

### Observações

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- Os serviços podem considerar a disponibilização de kits comerciais contendo materiais para a realização do parto e/ou recepção do RN.

Elaboração: Janeiro/2016

BGO5 – Assistência ao parto iminente distóxico (apresentação não cefálica)

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

1/1



**BGO**  
**6**

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Emergências Gineco-Obstétricas  
**SUPORTE BÁSICO DE VIDA**



## BGO6 – Hemorragia gestacional

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão

- Gravidez suspeitada;
- Perda sanguínea transvaginal;
- Dor pélvica e/ou sinais de irritação peritoneal;
- Sinais de choque: palidez cutâneo-mucosa; taquicardia materna; hipotensão materna; rebaixamento do nível de consciência.

### Conduta

1. Garantir privacidade para a paciente;
2. Solicitar a presença de um acompanhante autorizado pela paciente, sempre que possível;
3. Informar e solicitar o consentimento da paciente para a realização de todos os procedimentos;
4. Posicionar a paciente em decúbito dorsal;
5. Realizar avaliação primária (Protocolo BC1) com ênfase para:
  - Avaliação do nível de consciência;
  - Avaliação e garantia da permeabilidade das vias aéreas;
  - Oferecer oxigênio suplementar sob máscara não reinalante se  $\text{SatO}_2 < 94\%$ ;
  - Avaliação quanto à presença de hemorragias externas (perdas vaginais);
6. Realizar avaliação secundária (Protocolo BC2) com ênfase para:
  - Sinais vitais;
  - Entrevista direcionada:
    - Realização de pré-natal;
    - Idade gestacional e/ou data provável do parto;
    - História de paridade;
    - Perda vaginal atual;
    - Presença de contração uterina, frequência e duração;
    - Presença de comorbidades;
  - Inspeção da vulva (sangramentos, perdas líquidas e presença de partes fetais);
7. Na presença de choque, considerar Protocolo BC11;
8. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de maneira sistematizada;
9. Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para a unidade de saúde de referência;
10. Preparar para o transporte posicionando a paciente em decúbito lateral esquerdo sob aquecimento;

Elaboração: Janeiro/2016

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

BGO6 – Hemorragia gestacional

1/2



**BGO**  
**6**

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Emergências Gineco-Obstétricas  
**SUORTE BÁSICO DE VIDA**

## BGO6 – Hemorragia gestacional

11. Registrar achados e procedimentos na ficha/boletim de ocorrência;
12. Estar atento à evolução do parto e à necessidade de assistência (Protocolo BGO2).

### Observações

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- Na presença de síndromes hipertensivas ou parada cardiorrespiratória (PCR) da gestante, considerar protocolos correspondentes.

Elaboração: Janeiro/2016

BGO6 – Hemorragia gestacional  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

2/2



**BGO**  
**7**

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Emergências Gineco-Obstétricas  
**SUPORTE BÁSICO DE VIDA**



## BGO7 – Hemorragia puerperal

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão

- Perda sanguínea transvaginal excessiva no pós-parto;
- Perda sanguínea transvaginal;
- Dor pélvica e/ou sinais de irritação peritoneal;
- Sinais de choque: palidez cutâneo-mucosa; taquicardia materna; hipotensão materna; rebaixamento do nível de consciência.

### Conduta

1. Garantir privacidade para a paciente;
2. Solicitar a presença de um acompanhante autorizado pela paciente, sempre que possível;
3. Informar e solicitar o consentimento da paciente para a realização de todos os procedimentos;
4. Posicionar a paciente em decúbito dorsal;
5. Realizar avaliação primária (Protocolo BC1) com ênfase para:
  - Avaliação do nível de consciência;
  - Avaliação e garantia da permeabilidade das vias aéreas;
  - Oferecer oxigênio suplementar sob máscara não reinalante se  $\text{SatO}_2 < 94\%$ ;
  - Avaliação quanto a presença de hemorragias externas (perdas vaginais);
6. Realizar avaliação secundária (Protocolo BC2) com ênfase para:
  - Sinais vitais;
  - Entrevista direcionada:
    - Realização de pré-natal;
    - Histórico de paridade;
    - Presença de comorbidades;
    - Tempo decorrido desde o parto;
  - Inspeção da vulva (sangramentos, perdas líquidas e presença de partes fetais);
7. Na presença de choque considerar Protocolo BC11;
8. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de maneira sistematizada;
9. Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para a unidade de saúde de referência;
10. Preparar para o transporte em posição mais confortável sob aquecimento;
11. Registrar achados e procedimentos na ficha/boletim de ocorrência.

### Observações:

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- Na presença de síndromes hipertensivas ou parada cardiorrespiratória (PCR) considerar protocolos correspondentes.

Elaboração: Janeiro/2016

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

BGO7 – Hemorragia puerperal

1/1



**BGO**  
**8**

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Emergências Gineco-Obstétricas  
SUPORTE BÁSICO DE VIDA



## BGO8 – Síndromes hipertensivas da gestação: Pré-eclâmpsia e Eclâmpsia

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

Paciente com Idade gestacional  $\geq 20$  semanas associada a

- Pressão arterial sistólica  $\geq 140$  mmHg; e/ou
- Pressão arterial diastólica  $\geq 90$  mmHg.

### Podem estar presentes:

- Histórico de proteinúria
- Sinais de gravidade:
  - Cefaleia, tontura, confusão mental;
  - Distúrbios visuais (diplopia, escotomas, visão turva);
  - Epigastralgia, dor em hipocôndrio direito, náuseas e vômitos;
  - Dispneia e/ou dor torácica retroesternal;
  - Sangramento vaginal;
  - Diminuição do volume urinário diário.

ATENÇÃO: A evolução da pré-eclâmpsia pode levar a convulsão e/ou coma, caracterizando a eclâmpsia.

### Conduta

1. Garantir privacidade para a paciente;
2. Solicitar a presença de um acompanhante autorizado pela paciente, sempre que possível;
3. Informar e solicitar o consentimento da paciente para a realização de todos os procedimentos;
4. Posicionar a paciente em decúbito lateral esquerdo
5. Realizar avaliação primária (Protocolo BC1), com ênfase em:
  - Avaliação do nível de consciência;
  - Proteção das vias aéreas: considerar intubação orotraqueal, quando houver rebaixamento do nível de consciência;
  - Presença de hemorragias externas e perdas vaginais.
6. Realizar avaliação secundária (Protocolo BC2), com ênfase em:
  - Sinais vitais;
  - Monitorar respiração, oximetria de pulso e pressão arterial.
  - Anamnese obstétrica:
    - Realização de pré-natal;
    - Idade gestacional e/ou data provável do parto;
    - Histórico de paridade;
    - Perda vaginal atual;
    - Presença de contração uterina, frequência e duração;
    - Comorbidades;
    - Exames laboratoriais anteriores, se disponíveis;
  - Inspeção da vulva (presença de hemorragias, perdas líquidas e partes fetais).
7. Oferecer oxigênio suplementar sob máscara não reinalante se  $\text{SatO}_2 < 94\%$ .

Elaboração: Abril/2016

BGO8 – Síndromes hipertensivas da gestação: Pré-eclâmpsia e Eclâmpsia  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/2



**BGO**  
**8**

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Emergências Gineco-Obstétricas  
**SUORTE BÁSICO DE VIDA**

## BGO8 – Síndromes hipertensivas da gestação: Pré-eclâmpsia e Eclâmpsia

8. Realizar contato com Regulação Médica e passar dados de forma sistematizada;
9. Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para unidade de destino.
10. Registrar achados e procedimentos na ficha/boletim de ocorrência.

### Observações

- Considerar os 3'S' (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- Na presença de Choque, ver Protocolo BC11.
- Na presença de crise convulsiva, ver Protocolo BC16.

Elaboração: Abril/2016

BGO8 – Síndromes hipertensivas da gestação: Pré-eclâmpsia e Eclâmpsia  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

2/2



# SBV Pediátrico

# BP Ped



**BPed  
1**
**Protocolo Samu 192  
Protocolos de Emergências Pediátricas  
SUPORTE BÁSICO DE VIDA**

**BPed1 – Parâmetros pediátricos**
**Parâmetros de idade**

DEFINIÇÃO	IDADE
<b>Período neonatal</b>	De 0 até 28 dias de vida
<b>Bebê</b>	De 29 dias até 11 meses e 29 dias (< 1 ano)
<b>Criança</b>	1 ano até início da puberdade (meninas: broto mamário; meninos: pelos axilares)
<b>Adolescente</b>	10 a 19 anos (Organização Mundial da Saúde); reportar-se aos protocolos de adultos se iniciada a puberdade

**Parâmetros de peso**

Quando não houver informação sobre o peso atual do paciente pediátrico, podem ser utilizados os seguintes critérios para um cálculo rápido e aproximado do peso:

DEFINIÇÃO	IDADE
<b>Primeiros dias de vida</b>	Perda de 10% do peso de nascimento nos primeiros dias de vida, que deve ser recuperado até o 10º dia de vida
<b>Peso de nascimento</b>	Dobra no 4º mês de vida; triplica com 1 ano; quadruplica com 2 anos
<b>3 aos 12 meses</b>	$\text{Peso} = (0,5 \times \text{idade em meses}) + 4,5$
<b>2 a 8 anos</b>	$\text{Peso} = (2 \times \text{idade em anos}) + 8$

**Frequência respiratória (incursões por minuto):**

IDADE	FREQUÊNCIA
< 1 ano	30 a 60
1 a 3 anos	24 a 40
Pré-escolar (4 a 5 anos)	22 a 34
Escolar (6 a 12 anos)	18 a 30
Adolescente (13 a 18 anos)	12 a 16

Elaboração: Janeiro/2016

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

BPed1 – Parâmetros pediátricos

1/5





**BPed  
1**

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Emergências Pediátricas  
**SUORTE BÁSICO DE VIDA**

## BPed1 – Parâmetros pediátricos

Frequência cardíaca (batimentos por minuto)

IDADE	ACORDADO	MÉDIA	DURANTE O SONO
Recém-nascido (RN) até 3 meses	85 a 205	140	80 a 160
3 meses a 2 anos	100 a 190	130	75 a 160
2 a 10 anos	60 a 140	80	60 a 90
> 10 anos	60 a 100	75	50 a 90

Definição de hipotensão por pressão arterial sistólica e idade

IDADE	PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA (MMHG)
Neonatos a termo (0 a 28 dias)	< 60
Bebês (1 a 12 meses)	< 70
Crianças (1 a 10 anos)	< $70 + (\text{idade em anos} \times 2)$
Crianças > 10 anos	< 90

Elaboração: Janeiro/2016

BPed1 – Parâmetros pediátricos  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

2/5



**BPed  
1**
**Protocolo Samu 192  
Protocolos de Emergências Pediátricas  
SUPORTE BÁSICO DE VIDA**

**BPed1 – Parâmetros pediátricos**

Escala de Coma de Glasgow

PARÂMETRO	ADULTO	CRIANÇAS	BEBÊ (<1 ANO)	PONTUAÇÃO
<b>Abertura ocular</b>	Espontânea	Espontânea	Espontânea	4
	Ao estímulo verbal	Ao estímulo verbal	Ao estímulo verbal	3
	Ao estímulo doloroso	Ao estímulo doloroso	Ao estímulo doloroso	2
	Ausência de resposta	Ausência de resposta	Ausência de resposta	1
<b>Melhor resposta verbal</b>	Orientada	Palavras apropriadas, orientada	Murmura ou balbucia	5
	Confusa	Confusa	Inquieta, imitada, chorosa	4
	Palavras inapropriadas	Palavras inapropriadas	Chora em resposta à dor	3
	Sons incompreensíveis	Palavras incompreensíveis ou sons inespecíficos	Geme em resposta à dor	2
	Ausência de resposta	Ausência de resposta	Ausência de resposta	1
<b>Melhor resposta motora</b>	Obedece a comandos	Obedece comando verbal simples	Move-se espontânea e intencionalmente	6
	Localiza estímulos dolorosos	Localiza estímulos dolorosos	Retira o membro ao toque	5
	Retira o membro ao estímulo doloroso	Retira o membro ao estímulo doloroso	Retira o membro ao estímulo doloroso	4
	Flexão dos braços e extensão das pernas (descerebração) ao estímulo doloroso	Flexão dos braços e extensão das pernas (descorticação) ao estímulo doloroso	Flexão dos braços e extensão das pernas (descorticação) ao estímulo doloroso	3
	Extensão dos braços e extensão das pernas (descerebração) ao estímulo doloroso	Extensão dos braços e extensão das pernas (descerebração) ao estímulo doloroso	Extensão dos braços e extensão das pernas (descerebração) ao estímulo doloroso	2
	Ausência de resposta	Ausência de resposta	Ausência de resposta	1

Elaboração: Janeiro/2016

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

BPed1 – Parâmetros pediátricos

3/5



**BPed  
1**
**Protocolo Samu 192  
Protocolos de Emergências Pediátricas  
SUPORTE BÁSICO DE VIDA**
**BPed1 – Parâmetros pediátricos**

Escore de trauma pediátrico

CARACTERÍSTICAS	PONTOS		
	+ 2	+ 1	- 1
Peso (kg)	> 20	10 a 20	< 10
Vias aéreas	Normal	Assistida: por máscara ou cânula de oxigênio (O <sub>2</sub> )	Via aérea avançada (intubação orotraqueal ou cricotireoidostomia)
Pressão arterial sistólica (mmHg)	> 90 ou pulsos periféricos bons, boa perfusão	50 a 90 ou pulsos centrais palpáveis (carotídeo e femural)	< 50 ou pulsos fracos ou ausentes
Consciência	Acordado	Obrubilado, perda da consciência	Coma, Irresponsivo
Pele	Nenhuma lesão visível	Contusão, abrasão, laceração < 7 cm, sem atingir fáscia	Perda tecidual, lesão por armas de fogo ou branca, atinge a fáscia
Fratura	Nenhuma	Fratura fechada única, em qualquer local	Fraturas expostas ou múltiplas

O maior escore possível é + 12 e o menor possível é - 6 (mais grave).  
ESCORE < 8: transportar para hospital terciário.

Elaboração: Janeiro/2016

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

BPed1 – Parâmetros pediátricos

4/5



**BPed  
1**
**Protocolo Samu 192  
Protocolos de Emergências Pediátricas  
SUPORTE BÁSICO DE VIDA**

**BPed1 – Parâmetros pediátricos**

Parâmetros dos equipamentos pediátricos

EQUIPAMENTO	RN/BEBÊ (3-5 KG)	< 1 ANO (6-9 KG)	1-2 ANOS (10-11 KG)	CRIANÇA PEQUENA (3-4 ANOS) (12-14 KG)	CRIANÇA (5-6 ANOS) (15-18 KG)	CRIANÇA (7-8 ANOS) (19-23 KG)	CRIANÇA (9-10 ANOS) (24-29 KG)	ADOLESCENTE (> 10 ANOS) (30-36 KG)
<b>DBVM (1)</b>	Neonatal/ bebê	Infantil	Infantil	Infantil	Infantil	Infantil	Infantil	Adulto
<b>Máscara de O<sub>2</sub></b>	Neonatal	Pediátrica	Pediátrica	Pediátrica	Pediátrica	Pediátrica	Pediátrica	Pediátrica/ adulto
<b>Sonda aspiração</b>	8	8	10	10	10	10	10	12
<b>Jelco</b>	22-24	22-24	20-24	18-22	18-22	18-20	18-20	16-20

Fonte: Adaptado de Suporte Avançado de Vida em Pediatria (PALS). Professional Manual. Edição em português, 2012, pg 111 (adaptado da Fita de Ressuscitação Pediátrica de Broselow, 2007)

(1) DBVM - dispositivo bolsa-valva-máscara

Elaboração: Janeiro/2016

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

BPed1 – Parâmetros pediátricos

5/5



**BPed  
2**

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Emergências Pediátricas  
SUPORTE BÁSICO DE VIDA



## BPed 2 – Avaliação primária do paciente pediátrico (agravo clínico)

Quando suspeitar ou critérios de inclusão  
Na abordagem de pacientes pediátricos com agravo clínico.

### Conduta

- 1. Realizar impressão inicial:** observação rápida (avaliação visual e auditiva do paciente pediátrico nos primeiros segundos de atendimento), considerando:
  - Consciência: alerta, irritável ou não responde;
  - Respiração: esforço respiratório, sons anormais (estridor, chiado, gemência) ou ausência de movimentos respiratórios;
  - Coloração anormal da pele: palidez, cianose ou aspecto de mármore.
- 2. Se o paciente não responde:** um membro da equipe deve comunicar imediatamente a Regulação Médica e solicitar apoio do suporte avançado de vida (SAV), enquanto o outro profissional continua avaliando o paciente.
- 3. Se o paciente não responde e não respira ou apresenta *gasping*, verificar pulso simultaneamente e:**
  - Se pulso ausente: reportar-se ao Protocolo de PCR (BPed 7);
  - Se pulso presente, mas que permanece com frequência  $\leq 60$  batimentos por minuto (bpm) e com sinais de perfusão insuficiente, apesar da oxigenação e ventilação adequadas: reportar-se ao Protocolo de PCR (BPed 7);
  - Se pulso presente e  $> 60$  bpm: reportar-se ao Protocolo de Parada Respiratória (BPed 6).
- 4. Se o paciente não responde, mas respira:** solicitar apoio do SAV e realizar a avaliação primária.
- 5. Se o paciente responde:** realizar a avaliação primária.

### Avaliação primária (A, B, C, D, E)

- 1. Avaliar a permeabilidade da via aérea e, se indicado, corrigir situações de risco com as seguintes ações:**
  - Permitir que o paciente adote uma posição confortável espontaneamente;
  - Realizar a manobra de inclinação da cabeça e elevação da queixo ou de anteriorização da mandíbula;
  - Inspeccionar a cavidade oral: aspirar secreções e retirar corpos estranhos;
  - Instalar cânula orofaríngea (somente em paciente inconsciente).
- 2. Avaliar ventilação:**
  - Frequência respiratória (taquipneia, bradipneia ou apneia): frequência menor do que 10 ou maior do que 60 incursões por minuto (ipm), em qualquer idade pediátrica, sugere problema potencialmente grave;
  - Sinais de esforço respiratório: batimento de asa de nariz, retrações no tórax (intercostais e outras), balanço toracoabdominal (tórax retrai e abdome expande durante a inspiração), balanço da cabeça ao respirar, gemência;
  - Expansão e simetria torácica;
  - Oximetria de pulso: considerar a administração de oxigênio ( $O_2$ ) se saturação de  $O_2 < 94\%$ ;
  - Considerar suporte ventilatório: máscara com reservatório ou ventilação assistida com dispositivo bolsa-valva-máscara (BVM) (se orientado pela Regulação Médica);
  - Se for necessária ventilação assistida com BVM: ventilar com volume suficiente apenas para garantir a elevação visível do tórax, monitorizando oximetria de pulso (manter saturação de  $O_2$  entre 94 e 99%); cuidado para não hiperventilar (ver Protocolo BPed 30 – Técnico de ventilação com BVM).

Elaboração: Janeiro/2016

BPed 2 – Avaliação primária do paciente pediátrico (agravo clínico)  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/2



**BPed  
2**

**Protocolo Samu 192  
Protocolos de Emergências Pediátricas  
SUPORTE BÁSICO DE VIDA**

## BPed 2 – Avaliação primária do paciente pediátrico (agravo clínico)

### 3. Avaliar estado circulatório:

- Frequência cardíaca;
  - Pulsos periféricos ou centrais: amplitude e simetria;
  - Tempo de enchimento capilar;
  - Pele: coloração, umidade e temperatura;
  - Pressão arterial;
  - Na presença de sangramento ativo visível, realizar compressão direta;
  - Na presença de sinais de choque, realizar contato com a Regulação Médica imediatamente (Protocolo BPed 12).
- ATENÇÃO: considerar os parâmetros vitais de acordo com a faixa etária (BPed 1).

### 4. Avaliar estado neurológico:

- AVDI (alerta, verbal, dor e irresponsivo);
- Escala de Coma de Glasgow (BPed 1);
- Avaliação pupilar: tamanho, fotoreatividade e simetria.

### 5. Exposição:

- Manter o paciente confortável e aquecido;
- Procurar por manchas e lesões em pele, deformidades, etc.;
- Buscar evidências de trauma ou sinais de maus tratos;
- Evitar hipotermia.

## Observações

- Considerar as 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- Atentar para o direito da criança de ter um acompanhante (responsável legal ou outro).
- O objetivo da avaliação primária é identificar e corrigir situações de risco imediato de morte. Considera-se crítico todo paciente que apresentar alterações significativas em qualquer etapa da avaliação.
- Se o paciente for considerado crítico, o tempo de permanência na cena deve ser o mínimo possível.
- Para manter a permeabilidade da via aérea: considerar o uso de manobras manuais e de dispositivos de abertura de via aérea, com atenção para a técnica adequada de inserção da cânula orofaríngea em pediatria (Protocolo BPed 32).
- Para determinar a frequência respiratória no paciente pediátrico, deve-se contar por pelo menos 30 segundos e multiplicar por dois, para evitar imprecisões.
- Lembrar que a ventilação do paciente pediátrico deve ser realizada com técnica e equipamento adequados à idade e peso (BPed 1).
- Cuidado ao ventilar o paciente pediátrico: a ventilação muito agressiva ou com grandes volumes correntes pode causar hiperinsuflação e barotrauma, além de levar à distensão gástrica, resultando em regurgitação, aspiração e impedimento da ventilação adequada pela limitação da movimentação do diafragma.
- Repetir avaliação primária durante o transporte.

**BPed  
3**

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Emergências Pediátricas  
SUPORTE BÁSICO DE VIDA



## BPed 3 – Avaliação secundária do paciente pediátrico (agravo clínico)

Quando suspeitar ou critérios de inclusão  
Na abordagem de pacientes pediátricos com agravo clínico.

### Conduta

**1. Realizar entrevista SAMPLE (com o paciente, familiares ou terceiros):**

- Nome e idade;
- Queixa principal;
- S: sinais e sintomas no início da enfermidade;
- A: história de alergias;
- M: medicamentos em uso e/ou tratamentos em curso; horário da última dose;
- P: passado médico – problemas de saúde ou doença prévia;
- L: horário da última ingestão de líquidos ou alimentos;
- E: eventos que levem à doença ou lesão atual.

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

**2. Realizar avaliação complementar:**

- Monitorizar oximetria de pulso;
- Avaliar glicemia capilar: se < 60 mg/dL (ou < 50 mg/dL no neonato), informar imediatamente ao médico regulador.

**3. Realizar o exame físico da cabeça aos pés:**

- Objetivo: identificar condições não detectadas na avaliação primária.
- Técnicas a serem utilizadas: inspeção seguida de palpação.

### Cabeça (crânio e face)

- Inspecionar e palpar o couro cabeludo, orelhas, ossos da face, olhos, pupilas (verificar diâmetro, reação à luz e simetria pupilar), nariz, boca;
- Identificar abaulamento e tensão de fontanela anterior (fechamento entre 9 e 18 meses);
- Identificar presença de secreções, sangue e/ou líquido em cavidades naturais;
- Identificar presença de corpos estranhos;
- Identificar sinais de esforço respiratório: batimento de asa de nariz, balanço da cabeça ao respirar;
- Observar alterações na coloração e temperatura da pele e mucosas.

### Pescoço

- Inspecionar região anterior e posterior: procurar por contusões, ferimentos, crepitações, deformidades;
- Observar se há distensão das veias.

### Tórax

- Identificar sinais de esforço respiratório: retrações no tórax (intercostais e outras), balancim toracoabdominal (tórax retrai e abdome expande durante a inspiração), gemêncio;
- Observar lesões e cicatrizes na pele;
- Realizar a palpação cuidadosa em busca de crepitações subcutâneas e/ou ósseas.

### Abdome

- Observar distensão, contusões, abrasões, ferimentos, equimoses, cicatrizes;
- Pesquisar à palpação: dor, rigidez, presença de massas palpáveis.

Elaboração: Janeiro/2016

BPed 3 – Avaliação secundária do paciente pediátrico (agravo clínico)

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

1/2



**BPed  
3**

**Protocolo Samu 192  
Protocolos de Emergências Pediátricas  
SUPORTE BÁSICO DE VIDA**

### BPed 3 – Avaliação secundária do paciente pediátrico (agravo clínico)

#### Pelve

- Observar formato da região, realizar palpação das cristas ilíacas em busca de dor, realizando os dois testes de pressão (laterolateral e anteroposterior) **uma única vez**;
- Inspeccionar a região genital na presença de história de trauma local e/ou de sangramentos evidentes na região;
- Inspeccionar, nos bebês e crianças, a região sob as fraldas/roupas, incluindo a região glútea, em busca de lesões sugestivas de maus tratos.

#### Membros superiores e inferiores

- Observar à inspeção: deformidades, desvios, coloração e ferimentos;
- Pesquisar sensibilidade, crepitações, pulsos distais (descrever simetria e amplitude) e perfusão dos membros;
- Avaliar a força motora (excelo no membro com suspeita de fratura), solicitando que o paciente (se possível para a idade):
  - Movimente os pés e/ou eleve uma perna de cada vez;
  - Aperte a mão do profissional e/ou eleve um braço de cada vez;
- Realizar a avaliação sempre comparando um membro com o outro.

#### Dorso (se possível)

- Inspeccionar a presença de deformidades, contusões, hematomas, cicatrizes, ferimentos;
- Palpar caixa torácica posterior e a coluna vertebral em busca de dor.

4. Realizar avaliações seriadas dos sinais vitais, reenchimento capilar e nível de consciência.

#### Observações

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- Alertar para o direito da criança de ter um acompanhante (responsável legal ou outro).
- A avaliação secundária é importante, porém não obrigatória, principalmente nos pacientes críticos ou se a sua realização implicar em atraso de transporte.
- O objetivo da avaliação secundária é detectar problemas que não foram identificados na avaliação primária e cuidar das condições que não ameaçam a vida.
- Registrar detalhadamente os achados da avaliação secundária.
- No paciente pediátrico, estar sempre atento à presença de lesões e sinais de maus tratos, **mesmo quando a história não sugerir essa hipótese**. Procurar por lesões em áreas não expostas; reportar-se aos Protocolos: Avaliação Primária e Secundária no Trauma (BPed 24 e BPed 25) e Maus Tratos.



**BPed  
4**

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Emergências Pediátricas  
**SUORTE BÁSICO DE VIDA**



## BPed 4 – Ovace na criança

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão

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

### Conduta

#### 1. Avaliar a gravidade:

- Obstrução leve: paciente capaz de responder se está engasgado. Consegue tossir, emitir alguns sons e respirar;
- Obstrução grave: paciente apresenta início súbito de grave dificuldade respiratória; não consegue tossir ou emitir qualquer som (tosse silenciosa); pode apresentar o sinal de angústia (sinal universal de asfixia).



Sinal universal de asfixia

AHA. AAP. Suporte Avançado de Vida em Pediatria. Manual para provedores, 2003

#### 2. Considerar abordagem específica:

- **OBSTRUÇÃO LEVE EM CRIANÇA RESPONSIVA**
  - Não realizar manobras de desobstrução;
  - Acalmar o paciente;
  - Incentivar tosse vigorosa;
  - Observar atenta e constantemente;
  - Se evoluir para obstrução grave: ver item Obstrução grave.
- **OBSTRUÇÃO GRAVE EM CRIANÇA RESPONSIVA**
  - Executar a **manobra de Heimlich**, conforme descrito a seguir:

Abaixar-se, posicionando-se atrás do paciente com os braços à altura da crista ilíaca;

Fechar uma das mãos em punho e posicioná-la no abdome do paciente, na linha média, acima do umbigo, com o polegar voltado para o abdome;

Com a outra mão espalmada sobre a primeira, comprimir o abdome em movimentos rápidos, direcionados para dentro e para cima (em J);

Repetir a manobra até a desobstrução ou o paciente tornar-se irresponsivo.

Após a expulsão do corpo estranho, realizar a avaliação primária e oferecer oxigênio por máscara, se necessário.



Fonte: AHA. SBV para profissionais da saúde. Manual do aluno, 2006, p. 61.

Obs.: Lembrar-se de dosar a força aplicada no paciente pediátrico.

Elaboração: Janeiro/2016

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

BPed 4 – Ovace na criança

1/2



**BPed  
4**

**Protocolo Samu 192  
Protocolos de Emergências Pediátricas  
SUPORTE BÁSICO DE VIDA**

**BPed 4 – Ovace na criança**

- **OBSTRUÇÃO GRAVE EM CRIANÇA IRRESPONSIVA**
  - Se a criança tornar-se irresponsiva, o profissional deve interromper a manobra de Heimlich e iniciar manobras de ressuscitação cardiopulmonar;
  - Posicionar o paciente em decúbito dorsal em uma superfície rígida;
  - Iniciar manobras aplicando inicialmente 30 compressões torácicas com o objetivo de expelir o corpo estranho;
  - Abrir vias aéreas e, antes de ventilar, inspecionar a cavidade oral e remover o corpo estranho, se visível e facilmente alcançável (com os dedos ou pinça);
  - Caso nada seja encontrado, realizar uma insuflação com dispositivo bolsa-valva-máscara; se o ar não passar ou o tórax não expandir, reposicionar a cabeça e insuflar novamente;
  - Se ainda assim o ar não passar ou o tórax não expandir, realizar 30 compressões torácicas (um profissional) ou 15 compressões (dois profissionais) e inspecionar cavidade oral;
  - Na ausência de sucesso, repetir ciclos de compressões e ventilações;
  - Considerar o transporte imediato, mantendo as manobras básicas de reanimação;
  - Se o objeto for expelido e ocorrer a passagem do ar (tórax expandir), realizar a avaliação primária e oferecer oxigênio;
  - Na ausência de responsividade e de movimentos respiratórios, palpar pulso.
- 3. Atentar para ocorrência de parada cardiorrespiratória (BPed 7).
- 4. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada.
- 5. Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para a unidade de saúde.

**Observações**

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- Lembrar sempre de inspecionar a cavidade oral antes de cada ventilação.
- Não realizar a varredura digital às cegas para a localização e retirada de corpo estranho.

Elaboração: Janeiro/2016

BPed 4 – Ovace na criança  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

2/2



**BPed  
5**

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Emergências Pediátricas  
**SUPORTE BÁSICO DE VIDA**



## BPed 5 – Ovace no bebê

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão

Episódio testemunhado (ou referido) de engasgo com tosse e/ou sinais de sufocação em paciente < 1 ano de idade.

### Conduta

#### 1. Avaliar a gravidade:

- Obstrução leve: paciente consegue tossir, emitir alguns sons e respirar;
- Obstrução grave: paciente apresenta início súbito de grave dificuldade respiratória; não consegue tossir ou emitir qualquer som (choro ou tosse silenciosos).

#### 2. Considerar abordagem específica:

- **OBSTRUÇÃO LEVE EM BEBÊ RESPONSIVO**
  - Não realizar manobras de desobstrução;
  - Acalmar o paciente;
  - Permitir tosse vigorosa;
  - Observar atenta e constantemente;
  - Se evoluir para obstrução grave: ver abaixo;
- **OBSTRUÇÃO GRAVE EM BEBÊ RESPONSIVO**
  - Executar as **manobras de desobstrução**, conforme descrito a seguir:

O profissional deve sentar-se para realizar a manobra;

Posicionar o bebê em decúbito ventral sobre o antebraço do profissional, que deve apoiar a região mentoniana do bebê com os dedos em fúrcula;

Apoiar o antebraço que suporta o bebê sobre sua coxa, mantendo a cabeça em nível discretamente inferior ao tórax;

Aplicar ciclos repetidos de cinco golpes no dorso (entre as escápulas e com o calcanhar da mão), seguidos de cinco compressões torácicas logo abaixo da linha intermamilar, até que o objeto seja expelido ou o bebê torne-se irresponsivo.



Fonte: AHA. SBV para profissionais da saúde. Manual do aluno, 2006, p. 65.

Obs.: Lembrar-se de dosar a força aplicada no paciente pediátrico.

Elaboração: Janeiro/2016

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

BPed 5 – Ovace no bebê

1/2



**BPed  
5**

**Protocolo Samu 192  
Protocolos de Emergências Pediátricas  
SUPORTE BÁSICO DE VIDA**

### BPed 5 – Ovace no bebê

- **OBSTRUÇÃO GRAVE EM BEBÊ IRRESPONSIVO**
  - Se o bebê tornar-se irresponsivo, um dos profissionais da equipe deve entrar em contato com a Regulação Médica e solicitar apoio do suporte avançado de vida;
  - Assim que o bebê tornar-se irresponsivo, o profissional que realiza as manobras deve parar de aplicar golpes no dorso e, imediatamente, iniciar manobras de ressuscitação cardiopulmonar;
  - Posicionar o paciente em decúbito dorsal em uma superfície rígida;
  - Iniciar as manobras aplicando inicialmente 30 compressões torácicas sobre o esterno, logo abaixo da linha intermamilar, com o objetivo de expelir o corpo estranho;
  - Abrir vias aéreas e, antes de ventilar, inspecionar a cavidade oral e remover (com os dedos) o corpo estranho, se visível e facilmente alcançável;
  - Caso nada seja encontrado, realizar uma insuflação com dispositivo bolsa-valva-máquina; se o ar não passar ou o tórax não expandir, reposicionar a cabeça e insuflar novamente;
  - Se ainda assim o ar não passar ou o tórax não expandir, realizar 30 compressões torácicas (um profissional) ou 15 compressões (dois profissionais) e inspecionar a cavidade oral;
  - Repetir ciclos de compressões e ventilações até que o objeto seja expelido;
  - Considerar o transporte imediato, sob orientação da Regulação Médica, mantendo as manobras básicas de reanimação, com ciclos de 30 compressões torácicas (com um profissional) ou 15 compressões (com dois profissionais) e duas ventilações após inspecionar a cavidade oral;
  - Se o objeto for expelido e ocorrer a passagem do ar (tórax expandir), realizar a avaliação primária e oferecer oxigênio;
  - Na ausência de responsividade e de movimentos respiratórios, palpar pulso.
- 3. Atentar para ocorrência de parada cardiorrespiratória (BPed 7).
- 4. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada.
- 5. Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para a unidade de saúde.

#### Observação

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- Lembrar sempre de inspecionar a cavidade oral antes de cada ventilação.
- Não realizar a varredura digital às cegas para a localização e retirada de corpo estranho.

Elaboração: Janeiro/2016

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

BPed 5 – Ovace no bebê

2/2



**BPed  
6**

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Emergências Pediátricas  
SUPORTE BÁSICO DE VIDA



## BPed6 – Parada respiratória no paciente pediátrico

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão

Paciente irresponsivo ao estímulo, com respiração agônica ou ausente, com pulso central palpável e com frequência maior do que 60 batimentos por minuto (bpm).

### Conduta

**1. Checar responsividade:**

- No bebê: estimula plantar;
- Na criança: tocar os ombros e chamar o paciente em voz alta.

**2. Se paciente não responsivo:**

- Um dos profissionais da equipe deve comunicar imediatamente a Regulação Médica e solicitar apoio do suporte avançado de vida (SAV), além de providenciar o desfibrilador externo automático (DEA) e os equipamentos de emergência;
- Outro(s) profissional(is) da equipe deve(m):
  - Permanecer com o paciente;
  - Checar respiração e pulso simultaneamente.

**ATENÇÃO: checar pulso central por, no máximo, 10 segundos:**

- No bebê: pulso braquial;
- Na criança: pulso carotídeo ou femoral.

**3. Posicionar o paciente em decúbito dorsal em superfície plana, rígida e seca.**

**4. Se respiração ausente ou agônica (*gaspings*) e pulso presente e com frequência maior do que 60 bpm:**

- Abrir via aérea e administrar insuflações com dispositivo bolsa-valva-máscara (a insuflação de boa qualidade deve ter duração de 1 segundo e promover visível elevação do tórax);
- Administrar uma insuflação de boa qualidade a cada 3 a 5 segundos (12 a 20 insuflações/minuto) e verificar a presença de pulso a cada 2 minutos;
- Lembrar da proteção cervical na presença de trauma;
- Instalar rapidamente suprimento de oxigênio 100% em alto fluxo (10 a 15 L/min) na bolsa-valva-máscara;
- Considerar a instalação da cânula orofaríngea – Protocolo BPed 32;
- Confirmar constantemente a efetiva insuflação (visível elevação do tórax).

**5. Instalar oxímetro de pulso.**

**6. Manter constante atenção para a ocorrência de parada cardiorrespiratória.**

**7. Se, a qualquer momento, ocorrer ausência de pulso, iniciar manobras de ressuscitação cardiopulmonar (RCP), começando pelas compressões torácicas, conforme Protocolo BPed7, e instalar o DEA;**

**8. Se, a qualquer momento, ocorrer pulso com frequência  $\leq$  60 bpm, com sinais de perfusão inadequada apesar da ventilação e oxigenação adequadas: iniciar manobras de RCP (começando pelas compressões torácicas), recheando o pulso a cada 2 minutos, conforme Protocolo BPed7, e instalar o DEA.**

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

**10. Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e ou transporte para a unidade de saúde.**

Elaboração: Janeiro/2016

BPed6 – Parada respiratória no paciente pediátrico

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

1/2



**BPed  
6**

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Emergências Pediátricas  
**SUORTE BÁSICO DE VIDA**

## BPed6 – Parada respiratória no paciente pediátrico

### Observações

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

Elaboração: Janeiro/2016

BPed6 – Parada respiratória no paciente pediátrico

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

2/2



**BPed**  
**7**

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Emergências Pediátricas  
**SUPOORTE BÁSICO DE VIDA**



## BPed 7 – PCR e RCP no bebê e na criança

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão

Identificar parada cardiopulmonar (PCR) quando o paciente pediátrico estiver irresponsivo ao estímulo, com respiração agônica ou ausente e sem pulso central palpável.

Critérios de inclusão para a necessidade de ressuscitação cardiopulmonar (RCP) em pediatria:

- Paciente que apresente PCR;
- Paciente irresponsivo e com respiração agônica ou ausente, que apresente pulso central palpável mas com frequência  $\leq 60$  batimentos por minuto (bpm) e com sinais de perfusão insuficiente, apesar da oxigenação e ventilação adequadas.

### Conduta

#### 1. Checar responsividade:

- No bebê: estímulo plantar;
- Na criança: tocar os ombros e chamar o paciente em voz alta.

#### 2. Se paciente não responsivo:

- Um dos profissionais da equipe deve comunicar imediatamente a Regulação Médica e solicitar apoio do suporte avançado de vida (SAV), além de providenciar o desfibrilador externo automático (DEA) e os equipamentos de emergência;
- Outro(s) profissional(is) da equipe deve(m):
  - Permanecer com o paciente;
  - Checar respiração e pulso simultaneamente.

**ATENÇÃO: verificar pulso central por, no máximo, 10 segundos:**

- No bebê: pulso braquial;
- Na criança: pulso carotídeo ou femoral

#### 3. Posicionar o paciente em decúbito dorsal em superfície plana, rígida e seca.

#### 4. Se respiração ausente ou agônica (*gaspings*), considerar:

- SE PULSO PRESENTE E MAIOR DO QUE 60 BPM (Protocolo BPed 6 – Parada respiratória)
  - Abrir via aérea;
  - Aplicar uma insuflação efetiva com dispositivo bolsa-valva-máscara (BVM) e oxigênio ( $O_2$ ) suplementar a 100% a cada 3 a 5 segundos (12 a 20 insuflações/min);
  - Verificar a presença de pulso a cada 2 minutos.
- SE PULSO PRESENTE, MAS QUE PERMANECE COM FREQUÊNCIA MENOR OU IGUAL A 60 BPM E COM SINAIS DE PERFUSÃO INADEQUADA, APESAR DE VENTILAÇÃO E OXIGENAÇÃO ADEQUADAS
  - Iniciar imediatamente as manobras de RCP (começando pelas compressões torácicas) e verificar pulso a cada 2 minutos.
- SE PULSO AUSENTE
  - Iniciar imediatamente as manobras de RCP, começando pelas compressões torácicas, enquanto é instalado o DEA;
- Após 30 compressões torácicas (se um profissional realiza as manobras), abrir manualmente as vias aéreas e aplicar duas insuflações com dispositivo BVM com  $O_2$  suplementar a 100% (10 a 15 L/min)

Elaboração: Janeiro/2016

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

BPed 7 – PCR e RCP no bebê e na criança

1/3



**BPed**  
**7**

**Protocolo Samu 192**  
**Protocolos de Emergências Pediátricas**  
**SUORTE BÁSICO DE VIDA**

## BPed 7 – PCR e RCP no bebê e na criança

- A relação compressão e insuflação deve ser de:
  - 30:2 se houver apenas um profissional realizando a RCP, com frequência de 100 a 120 compressões por minuto;
  - 15:2 se houver dois profissionais realizando a RCP (um para compressões e um para insuflações), com frequência de 100 a 120 compressões por minuto.
- Assim que o DEA estiver disponível e sem interrupção dos ciclos de RCP, posicionar os eletrodos no tórax desnudo e seco do paciente. Se o DEA for equipado com atenuador de carga, utilizar da seguinte forma:
  - No bebê (< 1 ano): se disponível, usar DEA com sistema eletrodos-cabos pediátricos (que atenuam a carga de energia);
  - Na criança entre 1 e 8 anos ou < 25 kg de peso: se disponível, usar DEA com sistema eletrodos-cabos pediátricos (que atenuam a carga de energia);
  - Na criança > 8 anos ou > 25 kg: usar DEA com sistema eletrodos-cabos adulto.

**IMPORTANTE:** caso não disponha de sistema eletrodos-cabos pediátricos, podem ser utilizadas pás de adulto em qualquer idade pediátrica, devendo assegurar-se de que as pás não se toquem ou se superponham quando posicionadas no tórax do paciente; se necessário, pode ser colocada uma pá na parede anterior do tórax e a outra no dorso (na região interescapular).

- Interromper as compressões torácicas para a análise do ritmo.
  - Seguir as orientações do DEA e aplicar choque se indicado pelo aparelho.
  - Reiniciar ciclos de RCP (sempre começando pelas compressões torácicas) imediatamente após:
    - A aplicação do choque ou
    - Na ausência de pulso após o aparelho não ter indicado choque.
    - Se, a qualquer momento após a análise do ritmo pelo DEA, o aparelho não indicar choque, deve-se checar o pulso e:
    - Se pulso não palpável: reiniciar imediatamente os ciclos de RCP (começando pelas compressões torácicas);
    - Se pulso palpável mas com frequência  $\leq 60$  bpm e sinais de perfusão inadequada (apesar de ventilação e oxigenação adequadas) e respiração ausente, reiniciar imediatamente as manobras de RCP (começando pelas compressões torácicas);
    - Se pulso palpável (e com frequência  $> 60$  bpm) e respiração ausente: seguir o Protocolo BPed 6 (Parada Respiratória);
    - Se pulso palpável e respiração presente ou paciente apresentando sinais de circulação (respiração espontânea, tosse e/ou movimento): interromper as manobras de RCP e insuflar Cuidados Pós Ressuscitação (Protocolo BPed 8).
- 5.** Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada.
- 6.** Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e ou transporte para a unidade de saúde.



**BPed  
7**

**Protocolo Samu 192  
Protocolos de Emergências Pediátricas  
SUPORTE BÁSICO DE VIDA**



**BPed 7 – PCR e RCP no bebê e na criança**

**Observações**

- Considerar as 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- Atentar para o direito da criança de ter um acompanhante (responsável legal ou outro).
- Compressões torácicas de boa qualidade compreendem:

- Paciente pediátrico posicionado em decúbito dorsal horizontal, sobre superfície rígida e plana;
- No bebê: comprimir o esterno com dois dedos posicionados imediatamente abaixo da linha intermamilar, deprimindo pelo menos 1/3 do diâmetro anteroposterior do tórax ou cerca de 4 cm;



Fonte: FMSP. Manual de Prevenção de Acidentes e Primeiros Socorros nas Escolas, 2007.

- Na criança: realizar compressões com uma ou duas mãos posicionadas na metade inferior do esterno, deprimindo pelo menos 1/3 do diâmetro anteroposterior do tórax ou cerca de 5 cm;



Fonte: AAP/AHA. Suporte Avançado de Vida em Pediatria. Manual para Provedores, 2003, p 62.



Fonte: AHA. SBV para Profissionais de Saúde, 2006, p. 41.

- Permitir o completo retorno do tórax após cada compressão; não se apoiar sobre o tórax após cada compressão;
- Minimizar ao máximo as interrupções nas compressões torácicas (limitar as interrupções a menos de 10 segundos);
- Comprimir na frequência de 100 a 120 compressões/min;
- Alternar os profissionais que aplicam as compressões a cada 2 minutos.
- **Insuflações de boa qualidade compreendem:**
  - Insuflação com duração de 1 segundo, com volume suficiente apenas para promover a elevação do tórax; e
  - Visível elevação do tórax.
- Utilizar o DEA assim que disponível, mantendo as manobras de reanimação até a efetiva instalação e disponibilidade do equipamento.
- Manter os ciclos de RCP ininterruptamente até a chegada do apoio (SAV) ou até chegar à unidade de saúde, conforme orientação da Regulação Médica, ou se o paciente apresentar sinais de circulação (respiração espontânea, tosse e/ou movimento).
- **NÃO HÁ INDICADORES SEGUROS DE RESULTADOS PARA ORIENTAR QUANDO TERMINAR OS ESFORÇOS DE REANIMAÇÃO NO PACIENTE PEDIÁTRICO.**

Elaboração: Janeiro/2016

BPed6 – Parada respiratória no paciente pediátrico  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

3/3



**BPed  
8**

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Emergências Pediátricas  
SUPORTE BÁSICO DE VIDA



## BPed 8 – Cuidados pós-ressuscitação em pediatria

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão

Paciente com retorno da circulação espontânea após manobras de ressuscitação cardiopulmonar (RCP).

### Conduta

1. Manter os eletrodos do desfibrilador externo automático (DEA) instalados no tórax do paciente.
2. **Otimizar a ventilação e oxigenação com ênfase para:**
  - Manter permeabilidade da via aérea: aspirar secreções e instalar cânula orofaríngea (Guedel) se necessário;
  - Se respiração espontânea, oferecer oxigênio (O<sub>2</sub>) por máscara não reinhalante 10 a 15 L/min, a suficiente para:
    - Manter saturação de O<sub>2</sub>  $\geq$  94% e  $<$  100% (entre 94 e 99%);
    - Se saturação de O<sub>2</sub>  $<$  90% após receber O<sub>2</sub> 100% por máscara não reinhalante, considerar suporte ventilatório com dispositivo bolsa-valva-máscara com reservatório, sob orientação da Regulação Médica;
  - Se respiração ausente ou *gasping* e com pulso, considerar:
    - Se pulso presente e  $>$  60 batimentos por minuto (bpm): aplicar uma insuflação efetiva com bolsa-valva-máscara e O<sub>2</sub> suplementar a 100% a cada 3 a 5 segundos (12 a 20 insuflações/min) e verificar a presença de pulso a cada 2 minutos. Seguir o Protocolo BPed 6 (Parada respiratória);
    - Se, a qualquer momento, pulso presente mas  $\leq$  60 bpm com sinais de perfusão inadequada apesar de ventilação e oxigenação adequadas; reiniciar imediatamente as manobras de RCP (começando pelas compressões torácicas) e checar pulso a cada 2 minutos. Seguir o Protocolo BPed 7 (PCR e RCP).
3. Avaliar sinais vitais.
4. Na presença de sinais de choque, realizar contato com a Regulação Médica imediatamente (Protocolo BPed 12);
5. Monitorar glicemia capilar: se hipoglicemia, comunicar imediatamente a Regulação Médica e reportar-se ao Protocolo BPed 18.
6. Atentar para a recorrência de parada cardiorrespiratória e a necessidade de reiniciar RCP, seguindo as orientações do DEA.
7. Preparar para o transporte, conforme orientação da Regulação Médica.
8. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada.
9. Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para a unidade de saúde.

### Observações

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- Atentar para o direito da criança de ter um acompanhante (responsável legal ou outro).

Elaboração: Janeiro/2016

BPed 8 – Cuidados pós-ressuscitação em pediatria

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

1/1

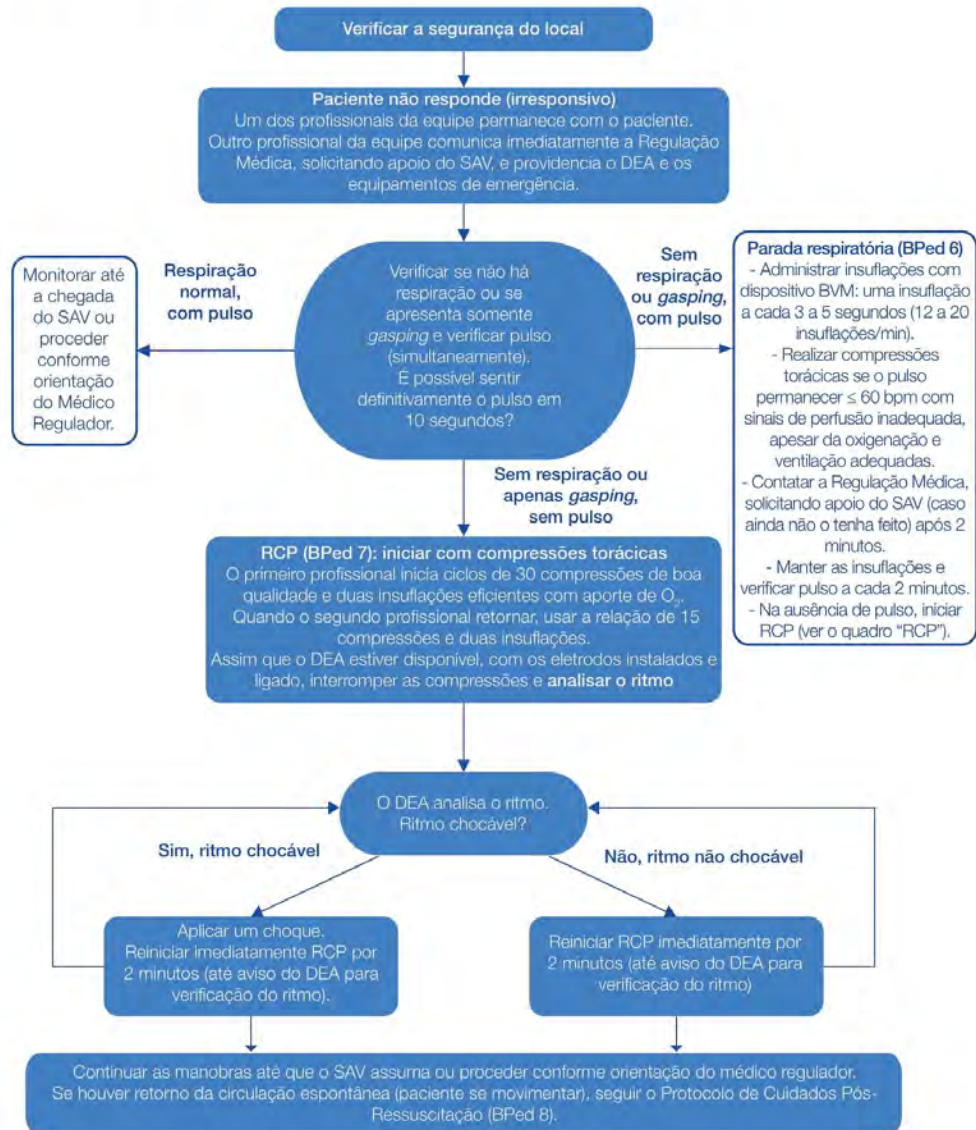


**BPed  
9**

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Emergências Pediátricas  
SUPORTE BÁSICO DE VIDA



**BPed 9 – Algoritmo geral da RCP pediátrica – suporte básico**



Fonte: Adaptado de AHA Guidelines 2015. Part 11. Pediatric BLS. Circulation 2015;132(suppl 2):p. S522.

Elaboração: Janeiro/2016

BPed 9 – Algoritmo geral da RCP pediátrica – suporte básico  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/1



**BPed  
10**

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Emergências Pediátricas  
SUPORTE BÁSICO DE VIDA



## BPed 10 – Assistência ao recém-nascido (RN) que nasce bem (não necessita de reanimação)

Quando suspeitar ou critérios de inclusão

Para todo recém-nascido que, imediatamente após a saída da cavidade uterina, receber TODAS as respostas SIM para as seguintes perguntas:

- A gestação foi a termo?
- RN está respirando (considerar respiração regular) ou chorando ao nascer?
- RN apresenta bom tônus muscular (tônus muscular em flexão e movimentos ativos)?

Se todas as respostas forem "SIM": o RN a termo está com boa vitalidade e não necessita de manobras de reanimação.

Conduta:

Realizar a avaliação e a estabilização inicial do RN na seguinte sequência:

### 1. Clampamento do cordão umbilical no RN $\geq$ 34 semanas:

- Posicionar o RN sobre o abdome materno, sem lacerar o cordão umbilical ou, se isso não for possível, apoiá-lo na cama ou maca sobre campo estéril, entre as pernas da mãe; cobrir o RN com campo estéril, inclusive a cabeça (exceto a face), independente da posição em que for colocado;
- Aguardar 1 a 3 minutos para clampar o cordão;
- Medir cerca de 10 a 15 cm a partir do abdome do RN e colocar o 1º cord clamp; medir mais 3 a 4 cm e colocar o 2º cord clamp;
- Cortar o cordão umbilical com lâmina de bisturi estéril entre os dois cord clamp.

### 2. Após o clampamento do cordão, iniciar a assistência ao RN > 34 semanas realizando rapidamente os seguintes cuidados:

- Ainda envolvido em campo estéril, retirar o RN do abdome materno ou do espaço entre as pernas da mãe e colocá-lo sobre superfície plana;
- Posicionar a cabeça do RN em leve extensão;
- Aspirar boca e nariz (sonda nº 8 ou 10), somente se tiver secreção;
- Secar o corpo e a cabeça, em especial a região das fontanelas, e desprezar os campos (ou compressas) úmidos;
- Colocar touca de lã ou de algodão;
- Envolver em outro campo estéril limpo e seco, mantendo abertura frontal suficiente para terminar a avaliação;
- Se necessário, reposicionar a cabeça em leve extensão;
- Avaliar inicialmente a frequência cardíaca (FC) com o estetoscópio no precórdio, o tônus muscular e a respiração/choro;
- Depois, observar continuamente a atividade, o tônus muscular e a respiração/choro;
- Avaliar a temperatura axilar: temperatura ideal entre 36,5 e 37,5°C;
- Avaliar o Escore de Apgar no primeiro minuto ou à chegada da equipe (registrando o tempo decorrido do nascimento);
- Após esses cuidados iniciais e estabilização do RN: apresentá-lo para mãe e pai e identificar mãe e RN com pulseiras; envolver o RN em campo estéril seco;
- Avaliar o Escore de Apgar no quinto minuto ou 4 minutos após o primeiro Apgar;
- Preparar o RN para o transporte:
  - Se temperatura axilar normal (entre 36,5 e 37,5°C), envolver o RN em campo estéril e manta metálica sobre o campo (sem tocar a pele do RN);
  - Se temperatura axilar < 36,5°C, envolver o RN em campo estéril, colocar sobre esse campo um cobertor e, sobre o cobertor, a manta metálica;
  - Se temperatura axilar > 37,5°C, envolver o RN somente em campo estéril.

BPed 10 – Assistência ao recém-nascido (RN) que nasce bem (não necessita de reanimação)

Elaboração: Abril/2016

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

1/2



**BPed  
10**
**Protocolo Samu 192  
Protocolos de Emergências Pediátricas  
SUPORTE BÁSICO DE VIDA**
**BPed 10 – Assistência ao recém-nascido (RN) que nasce bem (não necessita de reanimação)**

Escore de Apgar

SINAL	0	1	2
Frequência cardíaca (bpm)	ausente	lenta (< 100)	maior que 100
Movimentos respiratórios	ausentes	lentos, irregulares	bons, choro
Tônus muscular	flácido	alguma flexão	movimentação ativa
Irritabilidade reflexa (cateter nasal)	sem resposta	careta	tosse reflexa, espirros, choro
Cor	azul ou pálido	corpo róseo, extremidades azuis	completamente róseo

- Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada.
- Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte do binômio Mãe e RN para a unidade de saúde.

**Observações:**

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2 e PE3)
- Atentar para o direito da criança de ter um acompanhante (responsável legal ou outro).
- Temperatura ambiente ideal para o nascimento: 23 a 26°C, inclusive na ambulância. Nesse caso, manter portas e janelas fechadas, sem corrente de ar e sem ventiladores ou ar condicionado ligados.
- Considerar as definições:
  - RN a termo: idade gestacional entre 37 e 41 semanas;
  - RN pré-termo (premature): idade gestacional < 37 semanas;
  - RN pré-termo tardio: entre 34 e 36 semanas;
  - RN pós-termo: idade gestacional ≥ 42 semanas.
- ATENÇÃO:** Realizar **IMEDIATAMENTE** o clameamento do cordão umbilical do RN de qualquer idade gestacional que não inicia a respiração ou não apresenta tônus muscular em flexão e movimentos ativos; também deve ser clameado imediatamente se ocorrer sangramento vaginal abundante durante o parto ou a presença de nó verdadeiro de cordão. **Nesses casos reportar-se rapidamente à Regulação Médica!**
- O contato pele-a-pele entre mãe e bebê ao nascimento favorece o início precoce da amamentação e aumenta a chance do aleitamento materno exclusivo ser bem sucedido nos primeiros meses de vida. Por isso, sempre que possível, o RN deve ser posicionado sobre o abdome materno até a finalização do clameamento do cordão, sempre prevendo calor (cobrindo-o), mantendo as vias aéreas pervias e avaliando continuamente sua vitalidade.
- É importante reavaliar continuamente e simultaneamente a frequência cardíaca (FC) e a respiração, pois a indicação de reanimação depende dessa avaliação para detecção de alterações da respiração (irregular ou apneia) e/ou da FC (< 100 bpm).
- Para melhor realização do atendimento, é recomendável que todos mantenham na vitura um Kit Parto (campos estéreis, cord clamp, touca, pulseiras de identificação, lâmina de bisturi, sacos plásticos e manta aluminizada).

BPed 10 – Assistência ao recém-nascido (RN) que nasce bem (não necessita de reanimação)

Elaboração: Abril/2016

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

2/2



**BPed  
11**

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Emergências Pediátricas  
SUPORTE BÁSICO DE VIDA



## BPed 11 - Reanimação neonatal (recém-nascido que necessita de reanimação)

Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

Para todo recém-nascido que, imediatamente após a saída da cavidade uterina, receber pelo menos uma resposta **NÃO** para as seguintes perguntas:

- A gestação foi a termo?
- O RN está respirando (considerar respiração regular) ou chorando ao nascer?
- O RN apresenta bom tônus muscular (tônus muscular em flexão e movimentos ativos)?

Se pelo menos uma das respostas for "**NÃO**": avaliar se o RN necessita de manobras de reanimação, de acordo com a situação encontrada.

Conduza:

**1. Realizar clameamento do cordão umbilical:**

- **EM 30 A 60 SEGUNDOS**, se o RN for pré-termo < 34 semanas e apresentar respiração regular e movimentação ativa e com tônus em flexão:
  - O RN pode ser colocado sobre o abdome materno durante esse período, sem tracionar o cordão umbilical; tomando o cuidado de envolver a região das fontanelas e o corpo em campo estéril para evitar hipotermia; se isso não for possível, apoiá-lo na cama ou maca sobre campo estéril, entre as pernas da mãe, cobrindo-o com o campo estéril.
- **IMEDIATAMENTE** se o RN, de qualquer idade gestacional, não iniciar a respiração ou estiver hipotônico (não apresentar tônus muscular em flexão e movimentos ativos). **Nesses casos reportar-se rapidamente à Regulação Médica.**

**2. Realizar estabilização inicial após o clameamento do cordão (em até 30 segundos, obedecendo à sequência abaixo):**

**A. Prover calor:**

- Ainda envolvido em campo estéril, retirar o RN do abdome materno ou do espaço entre as pernas da mãe e colocá-lo sobre superfície plana;
- Atenção para envolver todo o corpo e a cabeça (em especial a região das fontanelas) do RN no campo estéril, exceto a face;
- Conduza para o **prematureo com idade gestacional menor que 34 semanas**:
  - sem secá-lo, introduzir seu corpo, exceto a face, dentro de um saco plástico transparente (saco de polietileno de 30x50cm), cobrindo também o couro cabeludo com triângulo plástica (principalmente sobre as fontanelas);
  - por cima, colocar touca de lã ou algodão; realizar todas as manobras de reanimação com o RN envolvido em plástico. O saco plástico só será retirado no hospital.

**B. Colocar o RN em decúbito dorsal com leve extensão do pescoço, para manter a permeabilidade das vias aéreas. ATENÇÃO:** pode ser necessário colocar um coxim sob os ombros para facilitar o posicionamento adequado da cabeça, especialmente no RN pré-termo.

**C. Somente se tiver secreção, aspirar delicadamente as vias aéreas, com sonda nº 8 ou 10, com pressão negativa máxima de 100 mmHg:**

- aspirar primeiro a boca e, a seguir, as narinas;
- evitar introduzir a sonda de aspiração de forma brusca ou na faringe posterior, para evitar resposta vagal e espasmo laríngeo, com apnéia e bradicardia.

**ATENÇÃO:** no caso do RN não ser a termo ou não estar com respiração regular ou apresentar hipotonia, se o líquido amniótico for meconial, é prudente, durante a realização dos passos iniciais, aspirar boca e narinas com sonda nº 10.

Elaboração: Abril/2016

BPed 11 - Reanimação neonatal (recém-nascido que necessita de reanimação)  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços

1/5



**BPed  
11**

**Protocolo Samu 192  
Protocolos de Emergências Pediátricas  
SOPORTE BÁSICO DE VIDA**

### BPed 11 - Reanimação neonatal (recém-nascido que necessita de reanimação)

D. Secar o corpo e a cabeça, em especial a região das fontanelas, e desprezar os campos (ou compressas) úmidos; exceto o RN < 34 semanas, que estará dentro do saco plástico.

E. Colocar touca de lã ou algodão.

F. Envolver em outro campo estéril limpo e seco, mantendo abertura frontal suficiente para terminar a avaliação.

G. Se necessário, reposicionar a cabeça em leve extensão.

#### 3. Avaliação simultânea da respiração e a frequência cardíaca (FC):

Atenção: Os passos iniciais da estabilização atuam como um estímulo sensorial importante para o início da respiração.

- Se há respiração espontânea e regular ou choro e FC > 100 bpm (verificada inicialmente pela ausculta do precórdio com estetoscópio, contando por 6 segundos e multiplicando por 10), finalizar os cuidados de rotina e observar continuamente a atividade, tônus muscular e respiração/choro (ver Protocolo BPed 10 – Assistência ao RN que nasce bem);
- Se o RN apresentar apneia, respiração irregular e/ou FC < 100 bpm: enquanto um profissional da equipe inicia ventilação com pressão positiva (VPP), o outro instala o sensor do oxímetro de pulso. Nesses RN, é preciso iniciar a VPP nos primeiros 60 segundos de vida (*Golden minute*) e acompanhar a FC e a saturação de oxigênio (SatO<sub>2</sub>) pelo oxímetro de pulso. Nesse caso, reportar-se à Regulação Médica e relatar a situação.
  - Técnica de Ventilação com pressão positiva (VPP):  
Realizar com bolsa-valva-máscara no ritmo de 40 a 60 insuflações por minuto (regra mnemônica: “aperta...solta...solta...aperta...solta...solta...aperta...solta...solta...”),
  - Técnica para instalação do sensor do oxímetro:  
Instalar o sensor neonatal no pulso radial direito do RN (localização pré-ductal), cuidando para que o sensor que emite luz fique na posição diretamente oposta ao que recebe a luz e envolvendo-os com uma faixa ou bandagem elástica;  
- Avaliar a SatO<sub>2</sub> de acordo com o tempo de vida, conforme quadro a seguir:

#### Valores de SatO<sub>2</sub> pré-ductal desejáveis após o nascimento:

- até 5 minutos de vida: 70 - 80%
- 5 a 10 minutos de vida: 80 - 90%
- > 10 minutos de vida: 85 - 95%
- a leitura confiável da SatO<sub>2</sub> demora cerca de 1 a 2 minutos após o nascimento, desde que haja débito cardíaco suficiente, com perfusão periférica.

#### 4. Conduta no RN que apresenta apneia, respiração irregular e/ou FC < 100 bpm:

- Iniciar VPP com balão e máscara facial em ar ambiente nos primeiros 60 minutos de vida (*Golden minute*); se o RN for prematuro < 34 semanas, iniciar VPP com O<sub>2</sub> 30% se o *blender* estiver disponível ou VPP com O<sub>2</sub> a 100% se não houver *blender*;
- O outro profissional da equipe instala o sensor do oxímetro de pulso enquanto entra em contato com a Regulação Médica para relatar a situação; deve controlar FC e a SatO<sub>2</sub>;
- Se após 30 segundos de VPP com ar ambiente o RN apresentar FC > 100 bpm e respiração espontânea e regular, suspender o procedimento e reportar-se ao Protocolo BPed 10 (Assistência ao RN que nasce bem).

Elaboração: Abril/2016

BPed 11 - Reanimação neonatal (recém-nascido que necessita de reanimação)

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

2/5



**BPed  
11**
**Protocolo Samu 192  
Protocolos de Emergências Pediátricas  
SUPORTE BÁSICO DE VIDA**

**BPed 11 - Reanimação neonatal (recém-nascido que necessita de reanimação)**

- Se após 30 segundos de VPP com ar ambiente o RN não melhorar, reavaliar e corrigir a técnica da VPP (ajuste da máscara, permeabilidade de vias aéreas, pressão inspiratória) e ventilar por mais 30 segundos;
  - Se após a correção da técnica da VPP em ar ambiente o RN não melhorar (mantiver FC < 100 bpm ou respiração irregular ou a  $\text{SatO}_2$  é baixa), manter a VPP enquanto o outro profissional da equipe reporta-se à Regulação Médica para receber orientações; nesse momento, aumentar em 20% a concentração de  $\text{O}_2$  se *blender* disponível ou para 100% se não houver *blender* e, após 30 segundos, avaliar a FC, a  $\text{SatO}_2$  e o retorno da respiração espontânea e regular.
  - Mais importante para o paciente recém-nascido é a aplicação da VPP com balão e máscara com a técnica correta do que o uso do oxigênio suplementar;
  - Se, após 30 segundos de VPP com balão e máscara com a técnica correta e  $\text{O}_2$  100%, a FC for < 60 bpm; além da ventilação, iniciar compressões torácicas, preferencialmente com a técnica dos **polegares sobrepostos** sobre o terço inferior do esterno (logo abaixo da linha intermamilar) e as mãos envolvendo o tórax do RN, sincronizando compressão e ventilação, na proporção de 3 (três) compressões para 1 (uma) ventilação (3:1) com  $\text{O}_2$  100%; comprimir na profundidade de 1/3 do diâmetro anteroposterior do tórax, permitindo a reexpansão plena do tórax após cada compressão;  
ATENÇÃO: a técnica com os polegares justapostos para realização das compressões torácicas aumenta a chance de lesões dos pulmões e do fígado; por isso, é mais segura a técnica com os polegares sobrepostos, a qual também gera maior pico de pressão.
  - Se após 60 segundos de insuflações com  $\text{O}_2$  100% e compressões torácicas a FC for > 60 bpm: interromper a compressão torácica e manter insuflações (40 a 60 ipm) até que FC > 100 bpm e respiração regular, controlando a  $\text{SatO}_2$ ;
  - Se após 60 segundos de insuflações com  $\text{O}_2$  100% coordenadas com compressões torácicas o RN mantiver FC < 60 bpm: verificar as técnicas da ventilação e compressão torácica e corrigir se necessário;
  - Se todas as técnicas estiverem corretas e a FC permanecer < 60 bpm: manter as manobras de ressuscitação com ritmo de 3:1 e seguir as orientações da Regulação Médica.
5. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada.
  6. Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte do binômio Mãe e RN para a unidade de saúde.

**Escore de Apgar**

Avaliar no primeiro e no quinto minuto de vida. Se no quinto minuto for menor do que 7, avaliar a cada 5 minutos, até o total de 20 minutos.

SINAL	0	1	2
Frequência cardíaca (bpm)	ausente	lenta (< 100)	maior que 100
Movimentos respiratórios	ausentes	lentos, irregulares	bons, choro
Tônus muscular	flácido	alguma flexão	movimentação ativa
Irritabilidade reflexa (cateter nasal)	sem resposta	careta	tosse reflexa, espirros, choro
Cor	azul ou pálido	corpo róseo, extremidades azuis	completamente róseo

Elaboração: Abaill/2016 | **BPed 11 - Reanimação neonatal (recém-nascido que necessita de reanimação)** | Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis. Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

**3/5**




**BPed  
11**

**Protocolo Samu 192**  
**Protocolos de Emergências Pediátricas**  
**SUORTE BÁSICO DE VIDA**

## BPed 11 - Reanimação neonatal (recém-nascido que necessita de reanimação)

### Observações:

- Considerar as 3 "S" (Protocolos PE1, PE2 e PE3)
- Atentar para o direito da criança de ter um acompanhante (responsável legal ou outro);
- Temperatura ambiente ideal para o nascimento: 23 a 26°C, inclusive na ambulância. Nesse caso, manter portas e janelas fechadas, sem corrente de ar e sem ventiladores ou ar condicionada ligadas.
- Considerar as definições:
  - RN a termo: idade gestacional entre 37 e 41 semanas;
  - RN pré-termo (prematura): idade gestacional < 37 semanas;
  - RN pré-termo tardio: entre 34 e 36 semanas;
  - RN pós-termo: idade gestacional ≥ 42 semanas.
- **ATENÇÃO:** em caso de suspeita de descolamento prematuro de placenta, placenta prévia, ruptura ou prolapso ou nó verdadeiro de cordão, o clampamento do cordão deve ser **imediate**.
- A temperatura axilar deve ser mantida entre 36,5 e 37,5°C (normotermia) durante os procedimentos de reanimação.
- Lembrar: no RN, o procedimento mais importante para corrigir a bradicardia é a ventilação adequada.
- Técnica correta de VPP: o ajuste correto da máscara neonatal à face do RN (a máscara é aplicada no sentido do queixo para o nariz e deve cobrir a ponta do queixo, boca e nariz; os dedos indicador e polegar, formam a letra "C", exercendo leve pressão, e os demais dedos formam a letra "E"), com manutenção da permeabilidade das vias aéreas (posição da cabeça em leve extensão, aspiração de secreções se necessário e manutenção da boca do RN aberta) e pressão adequada no balão;
- O balão autoinflável fornece concentração de oxigênio de 21% (ar ambiente, quando não está conectado ao oxigênio e ao reservatório) ou de 90-100% (conectado à fonte de oxigênio a 5L/minuto e ao reservatório). Concentrações intermediárias de oxigênio só podem ser administradas se houver o misturador de oxigênio e ar comprimido (*blender*) pronto para uso;
- Cuidado com a pressão (inspiratória) aplicada no balão durante a VPP: ela deve produzir visível movimento torácico leve e ausculta da entrada de ar, sem levar à superdistensão, sendo individualizada para que o RN alcance e mantenha FC >100bpm.
- **ATENÇÃO:** a verificação contínua da técnica de ventilação, com ênfase no ajuste adequado da máscara à face, na permeabilidade das vias aéreas e no uso de pressão adequada (não insuficiente nem excessiva) no balão é fundamental para o sucesso da reanimação. O indicador mais importante de que a VPP está sendo efetiva é o aumento da FC; depois, o estabelecimento da respiração espontânea.
- Lembrar: no RN, o procedimento mais importante para corrigir a bradicardia é a ventilação adequada.
- Atenção especial à extrema fragilidade do recém-nascido prematuro, o que indica a necessidade de delicadeza adicional na execução das manobras.

Elaboração: Abril/2016

BPed 11 - Reanimação neonatal (recém-nascido que necessita de reanimação)

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

4/5



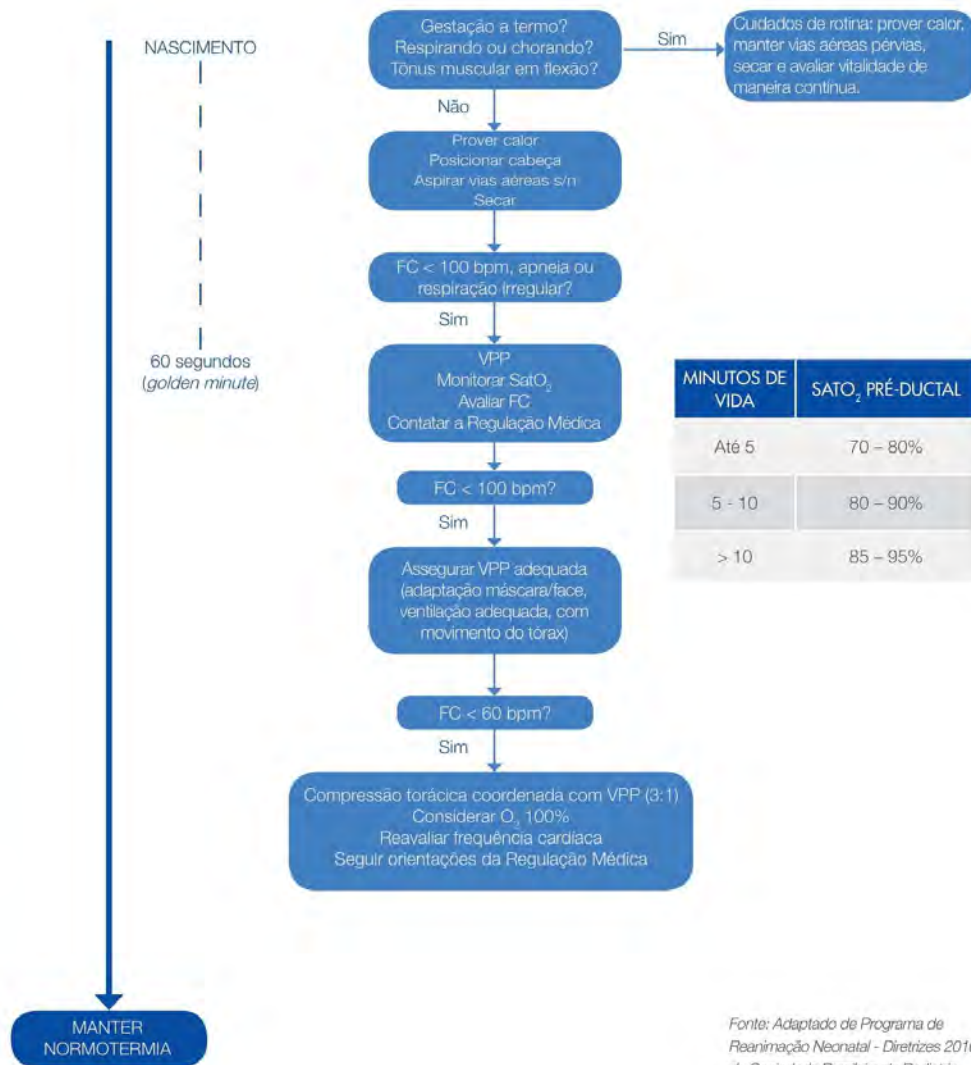
**BPed  
11**

**Protocolo Samu 192**  
**Protocolos de Emergências Pediátricas**  
**SUPOORTE BÁSICO DE VIDA**



**BPed 11 - Reanimação neonatal (recém-nascido que necessita de reanimação)**

**FLUXOGRAMA DA REANIMAÇÃO NEONATAL – SUPOORTE BÁSICO DE VIDA**



*Fonte: Adaptado de Programa de Reanimação Neonatal - Diretrizes 2016 da Sociedade Brasileira de Pediatria.*

Elaboração: Abril/2016 | **BPed 11 - Reanimação neonatal (recém-nascido que necessita de reanimação)** | Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis. Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços. | **5/5**



**BPed  
12**
**Protocolo Samu 192  
Protocolos de Emergências Pediátricas  
SUPORTE BÁSICO DE VIDA**

**BPed12 – Choque**
**Quando suspeitar ou critérios de inclusão**

- Reconhecimento dos sinais clínicos de choque.

**SINAIS CLÍNICOS DE CHOQUE (CONSIDERANDO OS PARÂMETROS PARA CADA IDADE)**

Frequência respiratória	Aumentada
Esforço respiratório	Presente ou ausente
Frequência cardíaca	Aumentada
Pulso periférico	Fraco
Temperatura da pele	Fria, úmida, pegajosa
Coloração da pele	Pálida, moteada (aspecto de mármore)
Tempo de enchimento capilar	> 2 segundos
Pressão arterial	Normal ou diminuída
Nível de consciência	Alterado: irritável (precoce) → diminuído

**Conduta**

1. Realizar a impressão inicial e a avaliação primária (Protocolo BPed 2), com ênfase para:
  - Avaliar responsividade: se paciente não responsivo, informar imediatamente à Regulação Médica e solicitar apoio do suporte avançado de vida;
  - Assegurar permeabilidade das vias aéreas: instalar cânula orofaríngea se indicado;
  - Avaliar oximetria de pulso e administrar oxigênio (O<sub>2</sub>) 100% por máscara não reinalante se a saturação de O<sub>2</sub> < 94%;
  - Considerar suporte ventilatória (com dispositivo bolsa-valva-máscara com reservatório), se orientado pela Regulação Médica;
  - Avaliar pulsos (amplitude e simetria), tempo de enchimento capilar, pele (coloração e temperatura), pressão arterial;
  - Avaliar nível de consciência: se escala de Glasgow ≤ 8, informar imediatamente à Regulação Médica;
  - Realizar a prevenção da hipotermia: manter temperatura adequada da ambulância, remover roupas molhadas e usar manta térmica ou cobertor.
2. Realizar avaliação secundária (Protocolo BPed 3), com ênfase para:
  - Entrevista SAMPLE e sinais vitais;
  - Avaliar glicemia capilar e, se glicemia < 60 mg/dL (ou < 50 mg/dL no neonato), informar imediatamente à Regulação Médica;
  - Monitorar sinais vitais, oximetria de pulso, tempo de enchimento capilar, glicemia capilar, nível de consciência;
  - Realizar exame físico detalhado.

Elaboração: Janeiro/2016

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

BPed12 – Choque

1/2



**BPed  
12**

**Protocolo Samu 192**  
**Protocolos de Emergências Pediátricas**  
**SUORTE BÁSICO DE VIDA**

**BPed12 – Choque**

3. Estar atento à possibilidade de parada respiratória (Protocolo BPed 6) ou parada cardiorrespiratória (Protocolo BPed 7).
4. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada.
5. Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para a unidade de saúde.

**Observações**

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- Atentar para o direito da criança de ter um acompanhante (responsável legal ou outro).
- Se presença de sinais de choque associado a trauma, ver Protocolo BTPed 26.

Elaboração: Janeiro/2016

BPed12 – Choque  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

2/2



**BPed  
13**

**Protocolo Samu 192**  
Protocolos de Emergências Pediátricas  
**SUPORTE BÁSICO DE VIDA**



## BPed13 – Insuficiência respiratória aguda

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão

Paciente com dificuldade respiratória ou alteração de ritmo e/ou frequência ventilatória, de início súbito ou como evolução de um desconforto respiratório, e de gravidade variável.

### Sinais e sintomas de gravidade:

- Alteração do nível de consciência (agitação, confusão, sonolência, inconsciência);
- Cianose;
- Uso de musculatura acessória: batimento de asa de nariz, retrações subcostais e/ou de fúrcula esternal;
- Dificuldade na fala (frases curtas e monossilábicas);
- Alteração na frequência cardíaca (bradicardia ou taquicardia  $> 140$  batimentos por minuto); e
- Saturação de oxigênio ( $\text{SatO}_2$ )  $< 90\%$ .

### Conduta

1. Realizar a impressão inicial: nível de consciência, respiração e coloração da pele (Protocolo BPed2);
2. Realizar a avaliação primária (Protocolo BPed2) com ênfase para:
  - Manter a permeabilidade da via aérea; aspirar secreções se necessário;
  - Considerar a possibilidade de obstrução de vias aéreas por corpo estranho (Protocolo BPed4 e BPed5);
  - Manter o paciente em decúbito elevado, em graus variáveis, de acordo com a intensidade do desconforto respiratório, permitindo que assuma uma posição de conforto;
  - Avaliar parâmetros da ventilação:
    - **Frequência respiratória:** lembrar que frequência menor do que 10 ou maior do que 60 incursões por minuto, em qualquer idade pediátrica, sugere problema potencialmente grave;
    - **Sinais de esforço respiratório:** batimento de asa nariz; retração subcostal, subesternal, intercostal, supraclavicular e supraesternal; respiração em balancim; meneios da cabeça; gemência;
    - **Expansão e simetria torácica;**
    - **Avaliar oximetria de pulso** e administrar oxigênio suplementar por máscara não reinalante 10 a 15 L/min. se  $\text{SatO}_2 < 94\%$ ;
  - Avaliar o nível de consciência; se Escala de Glasgow  $\leq 8$ , informar à Regulação Médica.
3. Realizar avaliação secundária (Protocolo BPed3) com ênfase para:
  - Monitorar o padrão respiratório (frequência, amplitude e assimetria) e ruídos respiratórios;
  - Monitorar oximetria, frequência cardíaca, pressão arterial;
  - Realizar entrevista Sinais vitais, Alergias, Medicamentos em uso, Passado médico, Líquidos e alimentos, Eventos relacionados com o trauma ou doença (SAMPLE).
4. Estar atento à possibilidade de parada respiratória (Protocolo BPed6) ou parada cardiorrespiratória (Protocolo BPed7).
5. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada.
6. Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para a unidade de saúde.
7. Registrar achados e procedimentos na ficha/boletim de ocorrência.

Elaboração Janeiro/2016

BPed13 – Insuficiência respiratória aguda  
Este protocolo foi atualizado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/2



**BPed  
13**

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Emergências Pediátricas  
**SUORTE BÁSICO DE VIDA**

## BPed13 – Insuficiência respiratória aguda

### Observações

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- Atentar para o direito da criança de ter um acompanhante (responsável legal ou outro).
- Para determinar a frequência respiratória no paciente pediátrico, deve-se contar por 30 segundos e multiplicar por dois, para evitar imprecisões.
- Tentar evitar, por meio de medidas apropriadas, que um desconforto respiratório evolua para insuficiência respiratória aguda.
- Definições:
  - Desconforto respiratório: caracterizado por frequência respiratória anormal e esforço, que podem variar em intensidade. Os sinais clínicos são: taquipneia, esforço respiratório elevado (batimento de asa de nariz, retrações), esforço respiratório inadequado (bradipneia), sons anormais nas vias aéreas (estridor, gemido), taquicardia, pele pálida e fria, alterações do nível de consciência.
  - Insuficiência respiratória: estado de oxigenação e/ou ventilação inadequada, podendo ser o estágio final do desconforto respiratório. Sinais clínicos: taquipneia nítida (precoce); bradipneia/apneia (tardias); esforço respiratório elevado, reduzido ou ausente; taquicardia (precoce), bradicardia (tardia); cianose; estupor/coma (tardia).
- Se o paciente for considerado crítico, o tempo de permanência na cena deve ser o mínimo possível.

Elaboração: Janeiro/2016

BPed13 – Insuficiência respiratória aguda  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

2/2



**BPed  
14**

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Emergências Pediátricas  
**SUORTE BÁSICO DE VIDA**



## BPed14 – Rebaixamento do nível de consciência

Quando suspeitar ou critérios de inclusão

Paciente pediátrico não reativo/irresponsivo aos estímulos externos (verbais, táteis e/ou dolorosos).

Conduta

1. Realizar a impressão inicial (BPed2), com ênfase para responsividade e padrão respiratório.
2. Se o paciente não responde, **informar imediatamente a Regulação Médica e solicitar apoio do suporte avançado de vida (SAV)** e avaliar a expansibilidade torácica.
3. Se o paciente não responde e não respira ou apresenta *gasping*, **checar pulso central**.
  - Se pulso presente, considerar a possibilidade de obstrução de via aérea (Protocolo BPed4 ou BPed5) ou reportar-se ao Protocolo de Parada Respiratória (BPed6);
  - Se pulso ausente ou  $\leq 60$ bpm, reportar-se ao Protocolo de Parada Cardiorrespiratória (PCR) e ressuscitação cardiopulmonar (RCP) (BPed7).
4. Se o paciente não responde e respira, proceder a Avaliação Primária (A, B, C, D, E).
5. Realizar a avaliação primária (Protocolo BPed2), com ênfase para:
  - Manter a permeabilidade das vias aéreas, realizando aspiração se necessário;
  - Avaliar o padrão respiratório;
  - Avaliar oximetria e instalar oxigênio sob máscara não reinhalante, se saturação de oxigênio ( $\text{SatO}_2$ )  $< 94\%$ ;
  - Manter ventilação adequada; considerar suporte ventilatório se necessário;
  - Avaliar glicemia capilar precocemente e tratar hipoglicemia, se presente;
  - Avaliar tempo de enchimento capilar e coloração da pele;
  - Avaliar sinais vitais (Protocolo BPed1);
  - Instalar acesso vascular intravenoso (IV) ou intraósseo (IO) e repor volume, se indicado;
  - Avaliar pela Escala de Coma de Glasgow (Protocolo BPed1);
  - Avaliar pupilas.
6. Realizar a avaliação secundária (Protocolo BPed3), com ênfase para:
  - Sinais vitais, Alergias, Medicamentos em uso, Passado médico, Líquidos e alimentos, Eventos relacionados com o trauma ou doença (SAMPLE), complementando com dados de história que possam indicar intoxicação, trauma, crise convulsiva e maus tratos;
  - Realizar exame físico detalhado, com atenção para a presença de abaulamento de fontanela e/ou de sinais meníngeos, além de lesões petequiais ou púrpuras em pele;
  - Sempre buscar por possíveis lesões sugestivas de maus tratos;
  - Monitorar oximetria, frequência e ritmo cardíacos, sinais vitais, glicemia capilar.
7. Reconhecer e tratar causas reversíveis, conforme protocolos específicos.
8. Realizar contato com a Regulação Médica para definição do encaminhamento e/ou unidade de saúde de destino.
9. Registrar achados e procedimentos na ficha/boletim de ocorrência.

Elaboração: Janeiro/2016

BPed14 – Rebaixamento do nível de consciência

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

1/2



**BPed  
14**

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Emergências Pediátricas  
**SUORTE BÁSICO DE VIDA**

## BPed14 – Rebaixamento do nível de consciência

### Observações

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- Atentar para o direito da criança de ter um acompanhante (responsável legal ou outro).
- Conceitualmente a inconsciência é o estado de desconhecimento de si próprio e do ambiente, caracterizado pela ausência de alerta/responsividade após estímulos externos.
- Principais causas de alteração do estado mental no paciente pediátrico: lesão cerebral difusa decorrente de trauma, alterações metabólicas (hipóxia, hipoglicemia, distúrbio hidroeletrólítico e/ou do equilíbrio ácido-base), infecções (meningite, meningoencefalite, infecção sistêmica), crise convulsiva, intoxicações, perfusão cerebral deficiente.
- A presença de ferimentos em lábios e/ou língua ou de liberação de esfíncteres podem sugerir estado pós-convulsivo.
- Considerar a possibilidade de intoxicação na presença de alterações pupilares simétricas.
- Obter informações com acompanhantes ou outras testemunhas.



**BPed  
15**

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Emergências Pediátricas  
SUPORTE BÁSICO DE VIDA



## BPed15 – Crise convulsiva

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão

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

### Conduta

1. Realizar impressão inicial e avaliação primária (Protocolo BPed 2), com ênfase para:
  - Avaliar responsividade;
  - Aspirar secreções, se necessário;
  - Manter permeabilidade de vias aéreas;
  - Avaliar oximetria de pulso e oferecer oxigênio (O<sub>2</sub>) suplementar sob máscara não reinalante, se saturação de O<sub>2</sub> < 94%.
2. Realizar avaliação secundária (Protocolo BPed 3, com ênfase para:
  - Monitorizar oximetria de pulso e sinais vitais;
  - Avaliar glicemia capilar: comunicar a Regulação Médica se glicemia < 60 mg/dL;
  - Realizar entrevista SAMPLE e sinais vitais;
  - Proteger o paciente para evitar traumas adicionais, principalmente na cabeça;
  - Prevenir hipotermia.
3. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada. Solicitar apoio do suporte avançado de vida, se persistirem as crises convulsivas.
4. Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para a unidade de saúde.

### Observações

- Considerar as 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- Atentar para o direito da criança de ter um acompanhante (responsável legal ou outro).
- A **crise convulsiva** ou **epiléptica** pode ser uma manifestação de um processo patológico sistêmico reversível ou de uma disfunção inerente ao sistema nervoso central.
- O **estado de mal epiléptico** é a ocorrência de crises epiléticas prolongadas (acima de 5 minutos) ou repetitivas, persistindo por 30 minutos ou mais, que não permitem a recuperação da consciência entre os eventos.
- Anotar sempre a frequência, a duração e as características da crise, quando presenciadas, ou obter informações junto aos circundantes e/ou testemunhas quando a crise não for presenciada pela equipe.
- Cuidado com medidas intempestivas para evitar a mordedura da língua e lesões dentárias, com conseqüente hemorragia potencialmente perigosa.

Elaboração: Janeiro/2016

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

BPed15 – Crise Convulsiva

1/1



**BPed  
17**

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Emergências Pediátricas  
**SUORTE BÁSICO DE VIDA**



## BPed17 – Hiperglicemia

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão

- Glicemia capilar > 200 mg/dL associada a um ou mais dos seguintes sinais clínicos: fadiga, náuseas, vômitos, hálito cetônico, polidipsia, poliúria, sinais clínicos de desidratação, taquicardia, taquipneia, dor abdominal (frequente) e alteração do nível de consciência.
- Paciente sabidamente diabético com glicemia > 600 mg/dL, com história de uso irregular de medicação e/ou transgressão de dieta com sintomas menos exuberantes, com predomínio de poliúria e polidipsia, podendo apresentar alteração variável do nível de consciência (confusão à coma).

### Conduta

1. Realizar impressão inicial (Protocolo BPed2): nível de consciência, padrão respiratório e coloração da pele.
2. Realizar avaliação primária (Protocolo BPed2), com ênfase para:
  - Avaliar responsividade;
  - Avaliar o padrão respiratório (taquipneia);
  - Avaliar circulação (sinais clínicos de choque);
  - Avaliar sinais vitais;
  - Avaliar consciência (progressiva redução do nível de consciência).
3. Realizar avaliação secundária (Protocolo BPed3), com ênfase para:
  - Realizar entrevista Sinais vitais, Alergias, Medicamentos em uso, Passado médico, Líquidos e alimentos, Eventos relacionados com o trauma ou doença (SAMPLE);
  - Mensurar glicemia capilar;
  - Monitorar oximetria de pulso e sinais vitais;
  - Detectar sinais clínicos de desidratação.
4. Oferecer oxigênio (O<sub>2</sub>) suplementar por máscara não reinalante com fluxo de 10 a 15 L/min se saturação de O<sub>2</sub> < 94%.
5. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada.
6. Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para a unidade de saúde.
7. Registrar achados e procedimentos na ficha/boletim de ocorrência.

### Observações

- Considerar as 3 "S" (Protocolos PE1, PE2 e PE3).
- Sinais de desidratação no paciente pediátrico: mucosas secas, olhos encovados, fontanela deprimida, diminuição do turgor da pele (turgor pastoso), extremidades frias e pulsos finos.

Elaboração: Janeiro/2016

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

BPed17 – Hiperglicemia

1/1



**BPed  
18**

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Emergências Pediátricas  
SUPORTE BÁSICO DE VIDA



## BPed18 – Hipoglicemia

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão

- Em pacientes pediátricos com idade  $\geq$  1 mês (bebês e crianças) com glicemia capilar  $<$  60 mg/dL. Reconhecer, para essa faixa etária, sinais e sintomas de hipoglicemia como: sudorese, ansiedade, taquicardia, fraqueza, cefaleia, confusão mental, fadiga, alteração de comportamento e sinais de hipoglicemia grave, como crises convulsivas e coma.
- Em pacientes no período neonatal ( $<$  1 mês) e sintomáticos com glicemia capilar  $<$  50 mg/dL. Reconhecer sintomas e sinais de hipoglicemia: letargia, apatia, hipotonia, irritabilidade ou tremores, reflexo de Moro exagerado, choro estridente, convulsões e mioclonia, cianose, apneia e irregularidade respiratória, taquipneia, hipotermia, instabilidade vasomotora, sucção débil, recusa alimentar, coma.

### Conduta

1. Realizar impressão inicial e avaliação primária (Protocolo BPed 2), com ênfase para:
  - Avaliar responsividade: se paciente não responsivo, comunicar imediatamente ao médico regulador;
  - Assegurar permeabilidade de vias aéreas;
  - Avaliar respiração e pulso;
  - Avaliar nível de consciência.
2. Realizar avaliação secundária (Protocolo BPed 3), com ênfase para:
  - Realizar entrevista SAMPLE;
  - Avaliar oximetria de pulso;
  - Avaliar glicemia capilar: se hipoglicemia, comunicar imediatamente ao Médico Regulador.  
*ATENÇÃO: sempre que o paciente estiver inconsciente, avaliar glicemia capilar o mais rápido possível.*
3. Oferecer oxigênio (O<sub>2</sub>) por máscara não reinalante 10 a 15 L/min se saturação de O<sub>2</sub>  $<$  94%.
4. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada.
5. Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para a unidade de saúde.

### Observações

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3)
- Atentar para o direito da criança de ter um acompanhante (responsável legal ou outro).

Elaboração: Janeiro/2016

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

BPed18 – Hipoglicemia

1/1



**BPed  
19**

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Emergências Pediátricas  
SUPORTE BÁSICO DE VIDA



## BPed19 – Anafilaxia

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão

Anafilaxia é altamente provável quando preencher qualquer um dos três critérios a seguir.

#### • 1º critério

Doença de início aguda (minutos a horas), com envolvimento de pele e/ou mucosas (urticária, prurido ou rubor, inchaço de lábios, língua ou úvula) e pelo menos mais uma das condições a seguir:

- Acometimento respiratório (dispneia, broncoespasmo, estridor, hipoxemia); ou
- Redução da pressão arterial (PA) ou sintomas relacionados à disfunção de órgãos-alvo (síncope, hipotonia, incontinência).

- O primeiro critério está presente em 80% dos casos.

#### • 2º critério

Dois ou mais dos seguintes fatores, que ocorrem agudamente (minutos a horas) após exposição a um provável alérgeno:

- Envolvimento de pele e/ou mucosas;
- Comprometimento respiratório;
- Redução da PA ou sintomas associados à disfunção de órgãos-alvo (síncope, hipotonia, incontinência);
- Sintomas gastrointestinais persistentes (dor abdominal, diarreia, vômitos).

#### • 3º critério

Redução da PA com início agudo (minutos a horas) após exposição a alérgeno conhecido para o paciente:

- Bebê e criança: pressão sistólica baixa (idade específica – ver Protocolo de Parâmetros Pediátricos BPed1) ou queda maior que 30% na pressão sistólica basal;
- Adolescente: pressão sistólica < 90 mmHg ou queda maior que 30% da pressão basal do paciente.

### Conduta

#### 1. Observar impressão inicial e realizar avaliação primária (Protocolo BPed2), com ênfase para:

- Reconhecer precocemente o quadro, identificando um dos três critérios de inclusão;
- Suspender, se possível, a exposição ao provável agente desencadeante;
- Avaliar rapidamente o paciente: vias aéreas, respiração, circulação, estado mental, pele/mucosas.

#### 2. Se anafilaxia for fortemente suspeitada, realizar, SIMULTÂNEA E IMEDIATAMENTE, os dois passos a seguir:

- Posicionar o paciente: colocá-lo em decúbito dorsal e elevar os membros inferiores;
  - Se o paciente apresentar dispneia ou vômitos, colocar em posição de conforto (com leve inclinação da cabeceira), mantendo os membros inferiores elevados;
  - Não permitir que o paciente sente ou se levante bruscamente, nem colocá-lo em posição vertical, pelo risco de morte súbita;
- Entrar em contato com a Regulação Médica, passando os dados de forma sistematizada, para obtenção de apoio e/ou orientações.

#### 3. Prosseguir na avaliação primária, com ênfase para:

- Garantir a permeabilidade das vias aéreas;
- Monitorar oximetria de pulso e oferecer oxigênio suplementar a 100%, 10 a 15 l/min., por máscara não reinhalante, se saturação de oxigênio (SatO<sub>2</sub>) < 94%;
- Avaliar sinais vitais;
- Detectar sinais de choque;
- Ocorrência de parada respiratória e/ou parada cardiorespiratória (PCR).

Elaboração: Janeiro/2016

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

BPed19 – Epistaxe

1/2



**BPed  
19**

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Emergências Pediátricas  
**SUORTE BÁSICO DE VIDA**

### BPed19 – Anafilaxia

4. Realizar avaliação secundária (Protocolo BPed3) com ênfase para:
  - Entrevista Sinais vitais, Alergias, Medicamentos em uso, Passado médico, Líquidos e alimentos, Eventos relacionados com o trauma ou doença (SAMPLE) , procurando identificar o agente alérgico e história pregressa de alergias;
  - Exame físico detalhado, assim que a condição clínica do paciente permitir;
  - Monitorar: frequência cardíaca, pressão arterial, oximetria de pulso, condição respiratória.
- Atenção para a ocorrência de PCR: se ocorrer PCR, seguir o Protocolo BPed7,
5. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada.
6. Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para a Unidade de Saúde.

### Observações

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- Atenção para o direito da criança de ter um acompanhante (responsável legal ou outro).
- Sinais de choque no paciente pediátrico (Protocolo BPed12): taquicardia (sinal precoce); taquipneia; pele fria, pálida, úmida, rendilhada; tempo de reenchimento capilar > 2 segundos; pulsos periféricos fracos; diminuição do nível de consciência; hipotensão arterial.

Elaboração: Janeiro/2016

BPed19 – Anafilaxia  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

2/2



**BPed  
20**

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Emergências Pediátricas  
SUPORTE BÁSICO DE VIDA



## BPed20 – Febre

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão

- Evidência de elevação da temperatura corporal em resposta a uma variedade de estímulos.
- Paciente pediátrica apresentando temperatura axilar > 37,8 °C, temperatura retal ≥ 38,3 °C, ou temperatura oral > 38 °C.
- Sinais clínicos de febre: extremidades frias, tremores e/ou calafrios, alteração do humor e/ou do nível de consciência, ocorrência de desidratação.

### Conduta

1. Realizar a impressão inicial (Protocolo BPed2): nível de consciência, padrão respiratório e coloração da pele.
2. Realizar avaliação primária (Protocolo BPed2), com ênfase para:
  - Avaliar responsividade, respiração, pulso;
  - Assegurar permeabilidade de vias aéreas;
  - Instituir medidas físicas para redução da temperatura corpórea: remover excesso de roupas, exposição corpórea;
  - Manter o paciente em posição confortável.
3. Realizar avaliação secundária (Protocolo BPed3), com ênfase para:
  - realizar entrevista Sinais vitais, Alergias, Medicamentos em uso, Passado médico, Líquidos e alimentos, Eventos relacionados com o trauma ou doença (SAMPLE);
  - verificar temperatura corpórea (axilar, oral ou retal);
  - monitorar pressão arterial, frequência cardíaca, oximetria de pulso e glicemia capilar.
4. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada.
5. Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para a unidade de saúde.
6. Registrar achados e procedimentos na ficha/boletim de ocorrência.

### Observações

- Considerar as 3 "S" (Protocolos PE1, PE2 e PE3).
- Utilização de medidas físicas para redução da temperatura corpórea:
  - a. exposição corpórea;
  - b. considerar a utilização de compressas mornas ou frias, nunca geladas;
  - c. não utilizar compressas com álcool devido ao risco de absorção transcutânea.

Elaboração: Janeiro/2016

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

BPed20 – Febre

1/1



## BPed 21

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Emergências Pediátricas  
SUPORTE BÁSICO DE VIDA



### BPed21 – Vômitos

#### Quando suspeitar ou critérios de inclusão

- Evidência de eliminação de conteúdo digestivo pela boca em decorrência de condições patológicas agudas ou crônicas.
- Evidência de comprometimento de outros sistemas (neurológico, gastrointestinal, respiratório, endocrinológico, geniturinário) e/ou outros fatores desencadeantes (intoxicações, rádio e quimioterapia).

#### Conduta

1. Realizar a impressão inicial (Protocolo BPed2): nível de consciência, padrão respiratório e coloração da pele.
2. Realizar avaliação primária (Protocolo BPed2) com ênfase para:
  - Avaliar responsividade, respiração, pulso;
  - Assegurar permeabilidade de vias aéreas;
  - Instituir medidas posturais para proteção de vias aéreas.
3. Realizar avaliação secundária (Protocolo BPed3) com ênfase para:
  - Realizar entrevista Sinais vitais, Alergias, Medicamentos em uso, Passado médico, Líquidos e alimentos, Eventos relacionados com o trauma ou doença (SAMPLE) e identificar possíveis causas;
  - Monitorar pressão arterial, frequência cardíaca, oximetria de pulso e glicemia capilar;
  - Caracterizar aparência do vômito (resíduo alimentar, bilioso, borra de café, fecaloide, presença de sangue), incidência e duração do quadro;
  - Detecção de sinais de desidratação.
4. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada.
5. Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou para definição da unidade de saúde de destino.
6. Registrar achados e procedimentos na ficha/boletim de ocorrência.

#### Observações

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2 e PE3).
- Sinais de desidratação no paciente pediátrico: mucosas secas, olhos encovados, fontanela deprimida, diminuição do turgor da pele (turgor pastoso), extremidades frias e pulsos finos.

Elaboração: Janeiro/2016

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

BPed21 – Vômitos

1/1



**BPed  
22**

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Emergências Pediátricas  
**SUPORTE BÁSICO DE VIDA**



## BPed22 – Epistaxe

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão

Sangramento nasal ativo, espontâneo ou associado às seguintes situações:

- História de trauma de face;
- Introdução de corpo estranho em cavidade nasal;
- Uso de medicações anticoagulantes ou história de alterações sanguíneas.

### Conduta

1. Realizar impressão inicial e avaliação primária (Protocolo BPed2), com ênfase para:
  - Garantir permeabilidade das vias aéreas;
  - Manter cabeça elevada;
  - Controlar sangramento por meio de compressão digital por 5 a 10 min;
  - Aplicar compressa gelada na dorso nasal, se disponível.
2. Realizar avaliação secundária (Protocolo BPed3) com ênfase para:
  - Entrevista Sinais vitais, alergias, medicamentos em uso, passado médico, líquidos e alimentos, ambiente (SAMPLE).
3. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada.
4. Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para a unidade de saúde.
5. Registrar achados e procedimentos na ficha/boletim de ocorrência.

### Observações

- Considerar as 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- Atentar para o direito da criança de ter um acompanhante (responsável legal ou outro).
- Se o paciente for considerado crítico, o tempo de permanência na cena deve ser o mínimo possível.
- Não retardar o transporte na impossibilidade de obtenção de gelo.
- No caso de sangramento incoercível, com instabilidade hemodinâmica, considerar Protocolo de Choque (Protocolo BPed12).

Elaboração: Janeiro/2016

BPed22 – Epistaxe  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/1





**BPed  
23**
**Protocolo Samu 192  
Protocolos de Emergências Pediátricas  
SUPORTE BÁSICO DE VIDA**

**BPed23 – Manejo da dor**
**Quando suspeitar ou critérios de inclusão**

- Evidência de dor, ou dor referida decorrente de trauma ou agravo clínico.
- A experiência de dor no paciente pediátrico envolve a interação de fatores físicos, psicológicos e comportamentais; além disso, depende do seu grau de desenvolvimento e do ambiente.
- Caracterização da intensidade da dor por meio de aplicação das seguintes escalas:

**ESCALA FLACC (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability):** utilizada na faixa etária de 0 a 6 anos

PONTUAÇÃO			
Categorias	0	1	2
<b>Face</b>	Nenhuma expressão facial ou sorriso	Caretas ou sobrancelhas franzidas de vez em quando, introversão, desinteresse	Tremor frequente do queixo, mandíbulas cerradas
<b>Pernas</b>	Normais ou relaxadas	Inquietas, agitadas, tensas	Chutando ou esticadas
<b>Atividade</b>	Quieto, na posição normal, movendo-se facilmente	Contorcendo-se, movendo-se para frente e para trás, tenso	Curvada, rígida ou com movimentos bruscos
<b>Choro</b>	Sem choro (acordado ou dormindo)	Gemidos ou choramingos; queixa ocasional	Choro continuado, grito ou soluço; queixa com frequência
<b>Consolabilidade</b>	Satisfeito, relaxado	Tranquilizado por toques, abraços ou conversas ocasionais; pode ser distraído	Difícil de consolar ou confortar

**SCORE:** dor leve = 1 a 3; moderada = 4 a 6; intensa = 7 a 9; insuportável = 10.

**ESCALA NUMÉRICA DE DOR:** utilizada a partir dos 7 anos de idade.

- Solicitar ao paciente que caracterize uma nota para qualificar a intensidade da dor referida.
- Escora: dor leve = 1 a 3; moderada = 4 a 6; intenso = 7 a 9; insuportável = 10.

**Conduta**

1. Realizar a impressão inicial (Protocolo BPed2): nível de consciência, padrão respiratório e coloração da pele.
2. Realizar avaliação primária (Protocolo BPed2).

Elaboração: Janeiro/2016

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

BPed23 – Manejo da dor

1/2



## BPed 23

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Emergências Pediátricas  
**SUORTE BÁSICO DE VIDA**

### BPed23 – Manejo da dor

3. Realizar avaliação secundária (Protocolo BPed3), com ênfase para:
  - Realizar entrevista Sinais vitais, Alergias, Medicamentos em uso, Passado médico, Líquidos e alimentos, Eventos relacionados com o trauma ou doença (SAMPLE);
  - Caracterizar a dor;
  - Obter dados sobre fatores associados à dor;
  - Avaliar a intensidade da dor de acordo com a escala adequada à faixa etária;
  - Remover o agente causal da dor, se possível.
4. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada.
5. Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou para definição da unidade de saúde de destino.

### Observações

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PET, PE2, PE3).
- Atentar para o direito da criança de ter um acompanhante (responsável legal ou outro).
- A caracterização da dor inclui (quando possível no paciente pediátrico):
  - a. Localização
  - b. Intensidade
  - c. Tempo de duração (início)
  - d. Periodicidade
  - e. Tipologia: cólica, peso, choque, queimação, etc.
  - f. Presença de irradiação
  - g. Características de instalação
  - h. Fatores de melhora e piora
- Os fatores associados com a dor de interesse na avaliação são, dentre outros:
  - a. Febre
  - b. Vômitos; alteração do ritmo intestinal
  - c. Alterações urinárias e ginecológicas
- Considerar a abordagem de cada tipo de agravo conforme protocolo específico.

Elaboração: Janeiro/2016

BPed23 – Manejo da dor  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

2/2



**BPed  
24**

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Emergências Pediátricas  
SUPORTE BÁSICO DE VIDA



## BPed 24 – Avaliação primária do paciente pediátrico com suspeita de trauma ou em situação ignorada

### Critérios de inclusão

Na abordagem de pacientes com suspeita de trauma ou em situação ignorada (onde não é possível excluir a possibilidade de trauma).

### Conduta

1. **Garantir a segurança do local** (Protocolo PE1).
2. **Realizar impressão inicial:** observação rápida (avaliação visual e auditiva do paciente nos primeiros segundos de atendimento), considerando:
  - Consciência: alerta, irritável ou não responde;
  - Respiração: esforço respiratório, sons anormais (estridor, chiado, gemência) ou ausência de movimentos respiratórios;
  - Coloração anormal da pele; palidez, cianose ou aspecto de mármore.
3. Ao avaliar a responsividade, executar simultaneamente a estabilização manual da coluna cervical.
4. Se o paciente não responde:
  - 1º profissional: comunicar imediatamente a Regulação Médica e solicitar apoio do suporte avançado de vida (SAV);
  - 2º profissional: avaliar o paciente.
5. Se o paciente não responde e não respira ou apresenta *gasping*, checar pulso simultaneamente e:
  - SE PULSO AUSENTE: reportar-se ao Protocolo de PCR (BPed 7);
  - SE PULSO PRESENTE, MAS QUE PERMANECE COM FREQUÊNCIA  $\leq 60$  BATIMENTOS POR MINUTO (BPM) e com sinais de perfusão insuficiente, apesar da oxigenação e ventilação adequadas: reportar-se ao Protocolo de PCR (BPed 7);
  - SE PULSO PRESENTE E  $> 60$  BPM: reportar-se ao Protocolo de Parada Respiratória (BPed 6).
6. Se o paciente não responde, mas respira:
  - Solicitar apoio do SAV e em seguida prosseguir com a avaliação primária.
7. Se o paciente responde, realizar a avaliação primária.

### Avaliação primária (A, B, C, D, E)

1. Avaliar a permeabilidade da via aérea e, se indicado, corrigir situações de risco com as seguintes ações:
  - Manter a permeabilidade das vias aéreas;
  - Inspeccionar a cavidade oral e, se necessário, aspirar secreções e retirar corpos estranhos (Protocolo BPed 31);
  - Considerar as manobras manuais de abertura de vias aéreas para o trauma (Protocolo BPed 29);
  - Considerar a utilização de cânula orofaríngea (Guedel) nos pacientes inconscientes, conforme Protocolo BPed 32;
  - Assim que possível, colocar o colar cervical e um coxim (2 a 3 cm de espessura), na região dorsal, das escápulas até o quadril, para manter a posição neutra da cabeça (Protocolo BPed 36 – Imobilização em prancha rígida).



**BPed  
24**

**Protocolo Samu 192  
Protocolos de Emergências Pediátricas  
SUPORTE BÁSICO DE VIDA**

## **BPed 24 – Avaliação primária do paciente pediátrico com suspeita de trauma ou em situação ignorada**

- 2. Ventilação: avaliar a presença de boa respiração e oxigenação**
  - Ofertar oxigênio suplementar por máscara, independentemente da oximetria de pulso;
  - Observar se há distensão das veias do pescoço;
  - Frequência respiratória (taquipneia, bradipneia ou apneia): frequência < 10 ou > 60 incursões por minuto, em qualquer idade pediátrica, sugere problema potencialmente grave;
  - Expor o tórax e avaliar: ventilação, simetria na expansão torácica, presença de sinais de esforço respiratório;
  - Avaliar a presença de lesões abertas e/ou fechadas no tórax;
  - Avaliar constantemente a oximetria de pulso;
  - Considerar suporte ventilatório: ventilação assistida com dispositivo bolsa-valva-máscara (BVM), se orientado pela Regulação Médica, conforme BPed 30 (ventilar com volume suficiente apenas para garantir a elevação visível do tórax, monitorizando oximetria de pulso (no trauma, manter saturação de oxigênio entre 95 e 99%); cuidado para não hiperventilar.
  - Na presença de lesões abertas no tórax, realizar curativo de três pontos.
- 3. Circulação:**
  - Controlar sangramentos externos com compressão direta da lesão e/ou torniquete (conforme indicado no Protocolo BP 8 ou BP 9);
  - Considerar os parâmetros vitais de acordo com a faixa etária (BPed 1);
  - Avaliar frequência cardíaca;
  - Avaliar o reenchimento capilar (normal até 2 segundos);
  - Avaliar características da pele (temperatura, umidade e coloração);
  - Avaliar pulsos periféricos: amplitude e simetria;
  - Verificar pressão arterial;
  - Observar distensão abdominal, que pode indicar a presença de sangramento intra-abdominal importante, além de poder ser causada por distensão gástrica (por deglutição de ar, choro ou ventilação com dispositivo BVM);
  - Na presença de sinais de choque, realizar contato com a Regulação Médica imediatamente (Protocolo BPed 12).
- 4. Avaliar o estado neurológico:**
  - AVDI (alerta, verbal, dor e irresponsivo);
  - Escala de Coma de Glasgow (BPed 1);
  - Exame pupilar: tamanho, reatividade e simetria.
- 5. Expor com prevenção da hipotermia:**
  - Cortar as vestes do paciente sem movimentação excessiva;
  - Proteger o paciente da hipotermia com auxílio de cobertor ou manta aluminizada;
  - Utilizar outras medidas para prevenir a hipotermia (ex: desligar o ar condicionado da ambulância);
  - Procurar por manchas e lesões em pele, deformidades, etc.;
  - Buscar evidências de sinais de maus tratos.

**BPed  
24**

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Emergências Pediátricas  
SUPORTE BÁSICO DE VIDA



## BPed 24 – Avaliação primária do paciente pediátrico com suspeita de trauma ou em situação ignorada

### Observações

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- Atentar para o direito da criança de ter um acompanhante (responsável legal ou outro).
- Considerar a cinemática do trauma e sempre buscar possíveis lesões associadas.
- Para determinar a frequência respiratória no paciente pediátrico, deve-se contar por pelo menos 30 segundos e multiplicar por dois, para evitar imprecisões.
- Sinais de esforço respiratório: batimento de asa de nariz, retrações no tórax (intercostais e outras), balanço toracoabdominal (tórax retrai e abdome expande durante a inspiração), balanço da cabeça ao respirar, gemência.
- Lembrar que a ventilação do paciente pediátrico deve ser realizada com técnica e equipamento adequados à idade e peso (BPed 1).
- Cuidado ao ventilar o paciente pediátrico; a ventilação muito agressiva ou com grandes volumes correntes pode causar hiperinsuflação e barotrauma, além de levar à distensão gástrica, resultando em regurgitação, aspiração e impedimento da ventilação adequada pela limitação da movimentação do diafragma.
- Atenção para a técnica adequada de inserção da cânula orofaríngea em pediatria (Protocolo BPed 32)
- Considerar e registrar na Ficha de Atendimento a suspeita de sinais de maus tratos, quando:
  - Os pais demoram muito para chamar ajuda após o trauma;
  - Existe comportamento esquivo dos pais ou desinteresse dos mesmos quanto ao estado da criança;
  - As histórias da mãe, do pai e da criança e/ou de outras pessoas são incongruentes;
  - Houver discrepância entre a história e a intensidade das lesões;
  - Houver lesões em crânio, face (inclusive orais e periorais), genitais ou perianais;
  - Na presença de cicatrizes antigas múltiplas ou lesões hemorrágicas em pele em diferentes estágios de evolução;
  - Houver suspeita de fraturas de ossos longos em crianças menores de 3 anos de idade;
  - Na presença de lesões bizarras, como queimaduras de cigarro, mordidas, marcas de cordas ou cintos, especialmente em áreas habitualmente não expostas;
  - Sempre informar a suspeita de maus tratos ao profissional da unidade de destino.



**BPed  
25**

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Emergências Pediátricas  
SUPORTE BÁSICO DE VIDA



## BPed 25 – Avaliação secundária do paciente pediátrico com suspeita de trauma ou em situação ignorada

### Critérios de inclusão

Na abordagem de pacientes com suspeita de trauma ou em situação ignorada após a realização da avaliação primária e estabilização do paciente (Protocolo BPed 24).

### Conduta

**1. Realizar entrevista SAMPLE (com o paciente, familiares ou terceiros)**

- Nome e idade;
- Queixa principal;
- Entrevista SAMPLE:
  - S: sinais e sintomas;
  - A: história de alergias;
  - M: medicamentos em uso e/ou tratamentos em curso; horário da última dose;
  - P: passado médico – problemas de saúde ou doença prévia;
  - L: horário da última ingestão de líquidos ou alimentos;
  - E: eventos que levem à doença ou lesão atual; riscos no local.

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

**2. Realizar a avaliação complementar**

- Monitorizar oximetria de pulso;
- Glicemia capilar: se < 60 mg/dL (ou < 50 mg/dL no neonato), informar imediatamente ao médico regulador.

**3. Realizar o exame físico da cabeça aos pés, frente e dorso**

- Objetivo específico: localizar ferimentos, sangramentos, afundamentos, desvios, hematomas, alterações na cor da pele ou mucosas, assimetrias, instabilidades, alterações de molricidade e sensibilidade;
- Técnicas a serem utilizadas: inspeção seguida de palpação.

### Cabeça (crânio e face)

- Inspeccionar e palpar o couro cabeludo, orelhas, ossos da face, olhos, pupilas (verificar diâmetro, reação à luz e simetria pupilar), nariz, boca;
- Identificar presença de secreções, sangue e/ou líquidos em cavidades naturais;
- Identificar presença de corpos estranhos;
- Identificar contusões, ferimentos abertos, deformidades ósseas, crepitações;
- Observar alterações na coloração e temperatura da pele.

### Pescoço

- Avaliar região anterior e posterior: procurar por contusões, ferimentos, crepitações, deformidades;
- Observar em especial se há distensão das veias;
- Palpar com muito cuidado a coluna cervical.

### Tórax

- Inspeção: identificar sinais de esforço respiratório (batimento de asa de nariz; retração costal; balancim toracoabdominal, gemência), movimentos assimétricos, contusões, abrasões, ferimentos abertos e fechados; afundamentos, "sinal do cinto de segurança", cicatrizes;
- Realizar a palpação cuidadosa em busca de crepitações subcutâneas e/ou ósseas.



## BPed 25

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Emergências Pediátricas  
SUPORTE BÁSICO DE VIDA

### BPed 25 – Avaliação secundária do paciente pediátrico com suspeita de trauma ou em situação ignorada

#### Abdome

- Inspeção: observar contusões, lesões abertas e evisceração, abrasões, equimoses, distensão abdominal, "sinal do cinto de segurança";
- Palpação: pesquisar dor à palpação e rigidez.

#### Pelve

- Inspeção: observar formato da região, sangramentos, contusões, abrasões, equimoses, lacerações, fraturas expostas;
- Realizar palpação das cristas ilíacas na busca de dor e/ou instabilidade, realizando compressão lateralateral e anteroposterior – **palpar uma única vez**;
- Inspeccionar a região genital na presença de história de trauma local e/ou de sangramentos evidentes na região;
- Inspeccionar, nos bebês e crianças, a região sob as fraldas/roupas, incluindo a região glútea, em busca de lesões sugestivas de maus tratos.

#### Membros

- Inspeção: observar deformidades, desvios, ferimentos, equimoses, hematomas, hemorragias, lesões cicatriciais, coloração, fraturas expostas;
- Palpar pulsos distais bilateralmente, descrevendo simetria e amplitude;
- Avaliar perfusão dos membros (reenchimento capilar);
- Avaliar a força motora (exceto no membro com suspeita de fratura), solicitando que o paciente (se possível para a idade):
  - Movimente os pés e/ou eleve uma perna de cada vez;
  - Aperte a mão do profissional e/ou eleve um braço de cada vez;
- Realizar a avaliação sempre comparando um membro com o outro.

#### Dorso:

- Inspeccionar a presença de deformidades, contusões, hematomas, ferimentos;
- Palpar caixa torácica posterior e a coluna durante o posicionamento na prancha longa em busca de dor.

4. Realizar avaliações seriadas dos sinais vitais, reenchimento capilar e nível de consciência.

#### Observações

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3)
- Atentar para o direito da criança de ter um acompanhante (responsável legal ou outro).
- Considerar a cinemática do trauma na busca das lesões.
- A avaliação secundária é importante, porém não obrigatória, principalmente nos pacientes críticos ou se sua realização implicar em atraso de transporte.
- Retomar a avaliação primária a qualquer momento se houver deterioração do quadro clínico do paciente.
- No paciente pediátrico, estar sempre atento à presença de lesões e sinais de maus tratos, **mesmo quando a história não sugerir essa hipótese**. Procurar por lesões em áreas não expostas.

BPed 25 – Avaliação secundária do paciente pediátrico com suspeita de trauma ou em situação ignorada  
Elaboração: Janeiro/2016 | Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

2/3



**BPed  
25**

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Emergências Pediátricas  
SUPORTE BÁSICO DE VIDA



## BPed 25 – Avaliação secundária do paciente pediátrico com suspeita de trauma ou em situação ignorada

- Considerar e registrar na Ficha de Atendimento a suspeita de sinais de maus tratos, quando:
  - Os pais demoram muito para chamar ajuda após o trauma;
  - Existe comportamento esquivo dos pais ou desinteresse dos mesmos quanto ao estado da criança;
  - As histórias da mãe, do pai e da criança e/ou de outras pessoas são incongruentes;
  - Houver discrepância entre a história e a intensidade das lesões;
  - Houver lesões em crânio, face (inclusive orais e periorais), genitais ou perianais;
  - Na presença de cicatrizes antigas múltiplas ou lesões hemorrágicas de pele em diferentes estágios de evolução;
  - Houver suspeita de fraturas de ossos longos em crianças menores de 3 anos de idade;
  - Na presença de lesões bizarras, como queimaduras de cigarro, mordidas, marcas de cordas ou cintos, especialmente em áreas habitualmente não expostas;
  - Sempre informar a suspeita de maus tratos ao profissional da unidade de destino.



**BPed  
27**

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Emergências Pediátricas  
SUPORTE BÁSICO DE VIDA



## BPed 27 – Afogamento

Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

Quando houver tosse, dificuldade respiratória ou parada respiratória decorrente de imersão/submersão em líquido.

Conduta:

1. Realizar impressão inicial e avaliação primária (BPed 24), com ênfase em:
  - Permeabilidade da via aérea: aspirar em caso de presença de espuma ou líquido em grande quantidade em cavidade nasal e oral;
  - Avaliar padrão respiratório: taquipneia ou bradipneia, desconforto respiratório (dispneia, retrações no tórax), respiração superficial, apneia;
  - Avaliar oximetria e administrar O<sub>2</sub> 100% por máscara facial ou, se necessário, ventilação assistida com bolsa-valva-máscara (BVM), em caso de SatO<sub>2</sub> < 94% ou na presença de desconforto respiratório;
  - Avaliar a presença de sinais de choque;
  - Avaliar nível de consciência.
2. Realizar avaliação secundária (BPed 25), com ênfase em:
  - Monitorar oximetria de pulso;
  - Exame físico detalhado, em busca de lesões traumáticas;
  - História SAMPLE.
3. Tranquilizar o paciente consciente.
4. Se o paciente estiver em parada respiratória, atender conforme protocolo específico de parada respiratória em suporte básico de vida (SBV) (BPed 6).
5. Se o paciente estiver em parada cardiorrespiratória (PCR), atender conforme protocolo de parada cardiorrespiratória em SBV (BPed 7), lembrando que, na vítima de submersão, as manobras devem seguir o padrão A-B-C, com prioridade para a abordagem da via aérea (permeabilidade e ventilação).
6. Realizar a mobilização cuidadosa e considerar a necessidade de imobilização adequada da coluna cervical, do tronco e dos membros, em prancha longa com alinhamento anatômico, sem atraso para o transporte.
7. Na ausência de trauma associado ou diante da demora do transporte, providenciar repouso em posição de recuperação, pelo risco de vômitos, se indicado.
8. Controlar hipotermia: retirada das roupas molhadas, uso de mantas térmicas e/ou outros dispositivos para aquecimento passivo.
9. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada.
10. Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para a unidade de saúde.

Elaboração: Abril/2016

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

BPed 27 – Afogamento

1/2



**BPed  
27**

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Emergências Pediátricas  
**SUPOORTE BÁSICO DE VIDA**

**BPed 27 – Afogamento**

**Observações:**

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- Atentar para o direito da criança de ter um acompanhante (responsável legal ou outro).
- Considerar a cinemática do trauma e sempre buscar possíveis lesões associadas.
- Atenção para a possibilidade de lesão de coluna cervical.
- **ATENÇÃO:** todos os pacientes pediátricos vítimas de submersão, mesmo que assintomáticos, devem ser transportados para o hospital, devido à possibilidade de aparecimento tardio de sintomas respiratórios.
- Os pacientes em PCR devem ser transportados para o hospital, pois deverão receber esforços de ressuscitação por período mais prolongado.

Elaboração: Abril/2016

BPed 27 – Afogamento  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

2/2



**BPed  
28**
**Protocolo Samu 192  
Protocolos de Emergências Pediátricas  
SUPORTE BÁSICO DE VIDA**

**BPed 28 – Queimaduras térmicas (calor)**
**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**

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

**Conduta:**

1. 1. Afastar o paciente do agente causador ou o agente do paciente.
2. 2. Realizar impressão inicial e avaliação primária (Protocolo BPed 24), tratando as condições que ameacem a vida.
3. 3. No politraumatizado grave, tratar primeiro o trauma e os efeitos sistêmicos da queimadura, e depois a queimadura.
4. 4. Manter a permeabilidade da via aérea com especial atenção para o aspecto geral da face do paciente: observar presença de sinais que sugiram possível queimadura de vias aéreas (queimaduras em cílios, sobrancelhas, pelos do nariz) e condições respiratórias; nesses casos, entrar em contato imediatamente com a Regulação Médica.
5. 5. Monitorizar a oximetria de pulso.
6. 6. Administrar oxigênio em alto fluxo.
7. 7. Estimar a porcentagem de superfície corpórea queimada (SCQ) utilizando a regra dos nove:

Queimadura térmica (calor): regra dos nove para estimativa da SCQ

ÁREA CORPORAL	% NO ADULTO	% NA CRIANÇA
Cabeça e pescoço	9	18
Membros superiores	9 (cada)	9 (cada)
Membros inferiores	18 (cada)	13,5 (cada)
Tronco anterior	18	18
Tronco posterior	18	18
Genitais	1	1
TOTAL	100	100

Elaboração: Abril/2016

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

BPed 28 – Queimaduras térmicas (calor)

1/2



**BPed  
28**

**Protocolo Samu 192  
Protocolos de Emergências Pediátricas  
SUPORTE BÁSICO DE VIDA**

**BPed 28 – Queimaduras térmicas (calor)**

8. Expor a área queimada, retirando as roupas que não estejam aderidas.
9. Irrigar com soro fisiológico (SF) em abundância (em temperatura ambiente), objetivando o resfriamento da área queimada; em seguida, cobrir com compressas secas, estéreis e não aderentes.
10. Realizar avaliação secundária (Protocolo BPed 25), procurando identificar outras lesões ou condições clínicas que não coloquem em risco imediato a vida do paciente.
11. Avaliar glicemia capilar e, na presença de hipoglicemia, comunicar o médico regulador (Protocolo BPed 18).
12. Retirar objetos como anéis, brincos, pulseiras, relógio, carteira, cinto, desde que não estejam aderidos à pele.
13. Prevenir a hipotermia, preferencialmente com manta metálica.
14. Realizar a mobilização cuidadosa e considerar a necessidade de imobilização adequada da coluna cervical, do tronco e dos membros, em prancha longa com alinhamento anatômico, sem atraso para o transporte.
15. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada.
16. Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos adicionais e/ou transporte para a unidade de saúde.

**Observações:**

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- Atentar para o direito da criança de ter um acompanhante (responsável legal ou outro).
- Considerar a cinemática do trauma e sempre buscar possíveis lesões associadas, como: outras lesões traumáticas, queimaduras de vias aéreas, inalação de fumaça e resíduos tóxicos.
- Não romper ou perfurar bolhas no atendimento pré-hospitalar (APH).
- O uso de água gelada ou gelo é **contraindicado** para o resfriamento da queimadura.
- CUIDADO: o resfriamento de queimaduras extensas pode provocar hipotermia, especialmente no paciente pediátrico.
- Na presença de queimaduras que envolvam toda a circunferência do pescoço, do tórax ou dos membros, informar imediatamente o médico regulador.
- ATENÇÃO para a possibilidade de MAUS-TRATOS. Sempre remover o paciente para um hospital quando houver essa possibilidade, mesmo que a queimadura seja de primeiro grau e em pequena superfície corpórea. Anotar detalhadamente na ficha de atendimento (registrar inclusive que há suspeita de maus-tratos) e informar essa suspeita ao médico que receber o caso no hospital. Deixar cópia da ficha de atendimento (com o registro dessa situação) no hospital, que deverá desencadear o processo de notificação compulsória do caso.
- **Lesões que indicam maus-tratos:** queimaduras com pontas de cigarro, marcas de ferro de passar roupas ou contato com outras superfícies quentes, queimaduras com líquido escaldante por imersão (limites bem definidos nas extremidades e nádegas), lesões envolvendo perfúneo, ou quando as informações da história são conflitantes com os achados clínicos.
- Lembrar que maus-tratos serão informados pelos familiares ou cuidadores como "acidentes". O grau de suspeição de quem presta atendimento pode salvar a vida de uma criança. A notificação é compulsória.

**BPed  
29**

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Emergências Pediátricas  
SUPORTE BÁSICO DE VIDA



## BPed 29 - Técnicas básicas de manejo das vias aéreas – Manobras manuais de abertura

### Indicação

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

### Material

- Equipamento de proteção individual (EPI) obrigatório.

### Procedimentos

#### 1. Utilizar EPI.

#### 2. Realizar a manobra conforme indicado:

- Agravos clínicos: manobra de inclinação da cabeça com elevação do mento;
- Agravos traumáticos: manobra de tração da mandíbula no trauma e suas variações.

#### MANOBRA DE INCLINAÇÃO DA CABEÇA COM ELEVÇÃO DO MENTO

Indicada para pacientes com agravos clínicos em que não há suspeita de lesão raquimedular ou história de trauma.

#### Técnica:

- Posicionar uma das mãos sobre a testa e os dedos indicador e médio da outra mão na região submentoniana do paciente.
- Realizar movimento de elevação do mento do paciente.
- Simultaneamente, efetuar uma leve extensão do pescoço.



Fonte: Bledsoe BE, Porter RS, Shade BR, Brady. Paramedic Emergency Care. 3rd edition. Prentice Hall, 1997, p. 942.

#### MANOBRA DE TRAÇÃO DA MANDÍBULA NO TRAUMA (JAW

#### THRUST)

Indicada para pacientes com agravos traumáticos em que há suspeita de lesão raquimedular.

#### Técnica:

- Manter a boca do paciente aberta.
- Posicionar-se à cabeceira do paciente.
- Realizar o controle manual da coluna cervical para alinhamento e estabilização em posição neutra, colocando as mãos espalmadas uma de cada lado da face do paciente. Os dedos indicadores do profissional devem inicialmente apontar em direção aos pés.
- Posicionar os dedos polegares próximos ao mento e os demais ao redor do ângulo da mandíbula do paciente.
- Simultaneamente, enquanto mantém o alinhamento com as mãos, aplicar força simétrica para elevar a mandíbula anteriormente (para frente), enquanto promove a abertura da boca.



Fonte: Bledsoe BE, Porter RS, Shade BR, Brady. Paramedic Emergency Care. 3rd edition. Prentice Hall, 1997, p. 922.

BPed 29 - Técnicas básicas de manejo das vias aéreas – Manobras manuais de abertura

Elaboração: Abril/2016

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

1/2



**BPed  
29**

**Protocolo Samu 192  
Protocolos de Emergências Pediátricas  
SUPORTE BÁSICO DE VIDA**

## BPed 29 - Técnicas básicas de manejo das vias aéreas – Manobras manuais de abertura

### MANOBRA DE TRAÇÃO DA MANDÍBULA NO TRAUMA (JAW THRUST) – ALTERNATIVA

Indicada para pacientes com agravos traumáticos em que há suspeita de lesão raquimedular.

**Técnica:**

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



Fonte: PHTLS. Tradução da 7ª edição, 2012, p.158

### MANOBRA DE ELEVAÇÃO DO MENTO NO TRAUMA (CHIN LIFT)

Indicada para pacientes com agravos traumáticos em que há suspeita de lesão raquimedular.

**Técnica:**

- São necessários dois profissionais (ideal).
- O primeiro profissional se posiciona à cabeceira do paciente e executa o alinhamento manual da cabeça em posição neutra, estabilizando a coluna.
- O segundo profissional se posiciona ao lado do paciente, olhando para sua cabeça e, com a mão mais próxima dos pés do paciente, pinça a arcada dentária inferior entre o polegar e os dois primeiros dedos, colocados abaixo do queixo do paciente.
- Com os dedos posicionados, o profissional traciona o queixo anteriormente e levemente para baixo, elevando a mandíbula enquanto abre a boca do paciente.



Fonte: Bledsoe BE, Porter RS, Shade BR, Brady. Paramedic Emergency Care. 3rd edition. Prentice Hall, 1997, p. 942.

### Observações

- Retirar manualmente, com espátulas ou pinças de Magill, quaisquer corpos estranhos que possam ser observados na cavidade bucal.
- Aspirar secreções preferencialmente com sonda de aspiração de ponta rígida.

BPed 29 - Técnicas básicas de manejo das vias aéreas – Manobras manuais de abertura

Elaboração: Abril/2016

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

2/2



**BPed  
30**

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Emergências Pediátricas  
SUPORTE BÁSICO DE VIDA



## BPed 30 – Técnica de ventilação com dispositivo bolsa-valva-máscara (BVM)

### Indicação

Paciente pediátrico que não respira ou que respira de forma inadequada apesar de ter via aérea patente – apresenta frequência respiratória anormal, sons respiratórios inadequados e/ou hipoxemia apesar de receber oxigênio (O<sub>2</sub>) suplementar – e que, portanto, tem indicação de ventilação assistida.

### Material e equipamentos

- Equipamento de proteção individual (EPI) obrigatório
- Fonte de oxigênio
- Fonte de vácuo ou aspirador portátil
- Oxímetro de pulso;
- Ter disponíveis os seguintes equipamentos em diferentes tamanhos, adequados para a idade e peso do paciente pediátrico (ver Protocolo BPed 1);
  - Dispositivo bolsa-valva-máscara (BVM) com reservatório: máscara adequada acoplada à bolsa autoinsufável;
  - Cateter de aspiração;
- Coxim para alinhar a via aérea.

### Procedimento

1. Usar EPI: luvas, máscara, óculos de proteção.
2. Escolher a máscara facial adequada e acoplá-la à bolsa autoinsufável. A máscara facial deve:
  - Cobrir da ponte nasal até a fenda do queixo, recobrando o nariz e a boca, sem comprimir os olhos (Figura 1);
  - Ter a borda macia, que se molde facilmente e crie uma vedação firme contra a face, para impedir o escape de ar;
  - Idealmente ser transparente, para permitir a visualização da coloração dos lábios do paciente, da condensação da máscara (que indica exalação do ar) e de eventual regurgitação.



Fonte: Suporte Avançado de Vida em Pediatria (PALS). Manual do Profissional. Edição em português, 2012, p. 61.

Figura 1: Tamanho correto da máscara facial: área da face para aplicação da máscara.

3. Escolher a bolsa autoinsufável (que apresenta uma válvula de entrada e uma válvula de saída sem reinalação):
  - Para neonatos, bebês e crianças pequenas: bolsa com volume de pelo menos 450 a 500 mL, máximo de 750 mL;
  - Crianças maiores e adolescentes: talvez seja necessário usar bolsa de adulto (1.000 mL) para obter a elevação do tórax.
4. Testar o dispositivo antes do uso:
  - Verificar a presença de vazamentos: ocluir a válvula de saída do paciente com a mão e comprimir a bolsa;
  - Verificar se as válvulas de controle do fluxo de gás estão funcionando adequadamente;
  - Verificar se a tubulação de O<sub>2</sub> está firmemente conectada ao dispositivo e à fonte de O<sub>2</sub>;
  - Escutar se há som do O<sub>2</sub> fluindo para a bolsa.
5. Conectar um reservatório de O<sub>2</sub> à válvula de entrada para poder transferir alta concentração de O<sub>2</sub> (60 a 95%). Manter fluxo de O<sub>2</sub> de 10 a 15 L/min para o reservatório conectado à bolsa pediátrica e de pelo menos 15 L/min para reservatório conectado à bolsa de adulto.

Elaboração: Janeiro/2016

BPed 30 – Técnica de ventilação com dispositivo bolsa-valva-máscara (BVM)  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/3



**BPed  
30**

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Emergências Pediátricas  
**SUORTE BÁSICO DE VIDA**

## BPed 30 – Técnica de ventilação com dispositivo bolsa-valva-máscara (BVM)

1. Certificar-se de que o aspirador está funcionando, caso seja necessário utilizá-lo.
2. Posicionar o paciente, para manter a via aérea aberta e otimizar a ventilação:
  - Colocar na posição "olfativa", sem hiperextensão do pescoço, que é a melhor para bebês e crianças de 1 a 3 anos. Para obter essa posição, pode ser necessário:
    - Colocar coxim (de 2 a 3 cm de espessura) sob os ombros nos bebês e crianças até 2 anos (Figura 2);
    - Colocar coxim (de 2 a 3 cm de espessura) sob a cabeça/occipício da criança > 2 anos (Figura 2);
    - Observar que o posicionamento correto coloca a abertura do canal auditivo externo em posição anterior ao ombro;
    - Ter cuidado ao manipular se houver suspeita de trauma na coluna cervical; nesse caso, manter posição neutra, sem extensão do pescoço.

### Posicionamento da criança > 2 anos:

A: em superfície plana, os eixos oral (O), faríngeo (P) e traqueal (T) passam por 3 planos divergentes;  
B: o coxim sob o occipício alinha os eixos faríngeo e traqueal;  
C: a extensão da articulação atlanto-occipital (posição olfativa) alinha os três eixos. Essa posição não deve ser realizada na suspeita de trauma de coluna cervical.

### No bebê:

D: posição incorreta, com flexão do pescoço;  
E: posição correta, com coxim sob os ombros.

Observação: o posicionamento correto coloca o canal auditivo externo em posição anterior ao ombro.

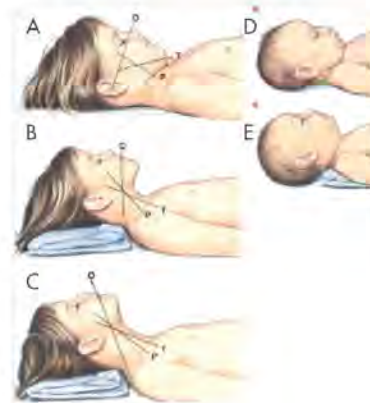


Figura 2: Posicionamento correto do paciente para a ventilação.

Fonte: Suporte Avançado de Vida em Pediatria (PALS). Manual do Profissional. Edição em português, 2012, p. 64.

3. Executar a ventilação:
  - Adaptar a máscara à face do paciente, utilizando a técnica do "E-C":
    - O polegar e o dedo indicador formam um "C" sobre a máscara, para vedá-la firmemente sobre a face;
    - Enquanto isso, os outros dedos da mesma mão formam um "E" e são posicionados ao longo da mandíbula, para elevá-la para frente, puxando a face em direção à máscara (Figura 3), tendo o cuidado de não pressionar tecidos moles do pescoço.

Figura 3: Técnica do "E-C" para aplicação da máscara facial com uma mão.



Fonte: Suporte Avançado de Vida em Pediatria (PALS). Manual para Provedores. Edição em português, 2003, p. 93.



**BPed  
30**

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Emergências Pediátricas  
**SUPORTE BÁSICO DE VIDA**



## BPed 30 – Técnica de ventilação com dispositivo bolsa-valva-máscara (BVM)

- Técnica de ventilação realizada por um profissional (Figura 4):
  - Abrir a via aérea;
  - Manter a máscara vedada contra a face do paciente com uma das mãos, utilizando a técnica do "EC";
  - Se possível, manter a boca aberta sob a máscara;
  - Comprimir a bolsa/insuflador com a outra mão.



Fonte: Suporte Avançado de Vida em Pediatria (PALS). Manual para Provedores. Edição em português, 2003, p. 53.

Figura 4: Técnica de ventilação com dispositivo BVM com um profissional.

- Técnica de ventilação realizada por dois profissionais (Figura 5):
  - Um dos profissionais deve utilizar as duas mãos para abrir a via aérea e vedar a máscara contra a face do paciente;
  - O outro profissional deve comprimir a bolsa/insuflador;
  - Ambos devem observar a elevação do tórax.



Fonte: Suporte Avançado de Vida em Pediatria (PALS). Manual para Provedores. Edição em português, 2003, p. 94.

Figura 5: Técnica de ventilação com dispositivo BVM com dois profissionais.

- 4. Atentar para o fornecimento de ventilação eficaz:**
- Evitar ventilação excessiva: usar apenas a força e o volume corrente necessários para simplesmente promover a elevação do tórax;
  - Administrar cada ventilação por cerca de 1 segundo;
  - Avaliar a eficácia da oxigenação e ventilação monitorando frequentemente os seguintes parâmetros:
    - Elevação visível do tórax a cada ventilação;
    - Saturação de  $O_2$ ;
    - Frequência cardíaca;
    - Pressão arterial;
    - Sinais de melhora ou deterioração (aparência, cor, agitação).
  - Titular a administração de  $O_2$  para manter saturação de  $O_2$  entre 94 e 99%.

### Observação

- A ventilação excessiva é nociva porque:
  - Aumenta a pressão intratorácica e impede o retorno venoso, diminuindo o débito cardíaco, a perfusão coronária e o fluxo sanguíneo cerebral;
  - Causa retenção de gás e barotrauma em pacientes com obstrução em vias aéreas pequenas;
  - Aumenta o risco de regurgitação e aspiração em pacientes sem via aérea avançada instalada;
  - Promove distensão gástrica que pode comprometer a ventilação.

Elaboração: Janeiro/2016

BPed 30 – Técnica de ventilação com dispositivo bolsa-valva-máscara (BVM)

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

3/3



**BPed  
31**

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Emergências Pediátricas  
SUPORTE BÁSICO DE VIDA



## BPed 31 – Técnicas básicas de manejo das vias aéreas - aspiração

### Indicação

Paciente incapaz de eliminar de maneira eficiente o acúmulo de secreções em vias aéreas superiores.

### Material e equipamentos

- Equipamento de proteção individual (EPI) obrigatório
- Dois pacotes de gazes estéreis
- Luvas de procedimentos ou estéreis
- Solução salina 0,9% – ampola de 10 mL
- Fonte de vácuo ou aspirador portátil
- Sonda de aspiração de tamanho apropriado à idade/peso do paciente (BPed 1) ou cânula de ponta rígida para uso no caso de suspeita de trauma, se disponível
- Mangueira intermediária do aspirador, para conectar a sonda ao aspirador
- Oxímetro de pulso

### Procedimento

1. Utilizar EPI.
2. Comunicar o paciente sobre o procedimento necessário.
3. Abrir o pacote da sonda de aspiração e conectá-la ao intermediário do aspirador (látex), mantendo-a dentro do invólucro.
4. Calçar as luvas de procedimentos ou estéreis, de acordo com o tipo de procedimento.
5. Retirar a sonda do pacote.
6. Segurar a extremidade da sonda com uma gaze.
7. Ligar o aspirador.
8. Pinçar manualmente a mangueira que conecta a sonda ao aspirador (látex), se for usada sonda sem válvula de sucção, ou acionar a válvula de sucção (se disponível).
9. Considerar a técnica de introdução da sonda de acordo com o tipo de agravo do paciente (ver abaixo).

### Aspiração oral e nasotraqueal

#### Agravos clínicos:

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

#### Agravos traumáticos:

- Introduzir a sonda de ponta rígida (se disponível), posicionando-a lateralmente na cavidade oral e, com o látex pinçado manualmente, liberar o fluxo para aspiração, retirando-a lentamente em movimento único;
- Não realizar movimentos circulares na retirada.

**ATENÇÃO:** quando indicado, aspirar primeiro a cavidade oral e depois a nasofaringe, com o objetivo de diminuir contaminações.

**IMPORTANTE:** em casos de trauma de crânio, realizar somente a aspiração oral.

Elaboração: Janeiro/2016 | Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis. Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/2



**BPed  
31**

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Emergências Pediátricas  
**SUPOORTE BÁSICO DE VIDA**

## BPed 31 – Técnicas básicas de manejo das vias aéreas - aspiração

### Aspiração de cânula de traqueostomia

Diante de um paciente traqueostomizado, que provavelmente necessita de aspiração da cânula de traqueostomia, a equipe deverá entrar em contato com o médico regulador para receber orientações.

10. Monitorizar frequência cardíaca e oximetria de pulso durante o procedimento de aspiração.
11. Interromper a aspiração e oxigenar imediatamente caso ocorra bradicardia ou queda brusca da saturação de oxigênio, ou ainda se observar piora na aparência clínica do paciente.
12. Desprezar a sonda de aspiração descartável (ou encaminhar para o reprocessamento, se tiver ponta rígida metálica).
13. Retirar as luvas.
14. Registrar o procedimento na ficha de atendimento, incluindo aspecto e quantidade de secreções e resposta do paciente.

### Observações

- Para determinar a profundidade de inserção da sonda por via nasotraqueal, mensurar o cateter do lóbulo da orelha até a comissura labial do paciente.
- Observar, durante todo o procedimento, a ocorrência de náusea e vômito.
- Realizar o procedimento quantas vezes for necessário.
- Observar possível resposta vagal, como: espasmo laringeo, apnéia e bradicardia.
- Considerar a posição semi-fowler ou fowler para a aspiração (contraindicada nos casos de trauma).
- Especialmente os pacientes com rebaixamento do nível de consciência e com grande quantidade de sangue ou vômitos na cavidade oral podem ser colocados em decúbito lateral, **mantendo-se a estabilização da coluna cervical em caso de trauma**, para que a força da gravidade auxilie na limpeza da via aérea, enquanto o material é preparado e nos primeiros momentos da aspiração.
- **ATENÇÃO:** nos casos de trauma de crânio, especialmente se houver sangramento por nariz, boca e/ou orelha, está **CONTRAINDICADA** a aspiração nasofaríngea.

Elaboração: Janeiro/2016

BPed 31 – Técnicas básicas de manejo das vias aéreas - aspiração

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

2/2



**BPed  
32**

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Emergências Pediátricas  
SUPORTE BÁSICO DE VIDA



## BPed 32 – Técnicas básicas de manejo das vias aéreas - cânula orofaríngea - Guedel

### Indicações

- Paciente inconsciente sem reflexo de vômito ou tosse, incapaz de manter a via aérea permeável.

### Material e equipamentos

- Equipamento de proteção individual (EPI) obrigatório
- Cânulas orofaríngeas (COF) de tamanhos variados

### Técnica para avaliar o tamanho adequado da COF

- Posicionar a COF próxima à face do paciente;
- Nos bebês e crianças: realizar a medida da distância entre a comissura labial e o ângulo da mandíbula do mesmo lado (ver figura abaixo);
- Aproximar a saliência circular da COF da comissura labial (canto da boca) e direcionar a ponta da COF para o ângulo da mandíbula do mesmo lado;
- É ideal o tamanho que alcançar tais extremidades.

Seleção do tamanho adequado da COF:

- A: com saliência circular na comissura labial, a ponta da COF deve terminar exatamente no ângulo da mandíbula;
- B: se a COF for muito comprida, a ponta se localizará posteriormente ao ângulo da mandíbula
- C: e obstruirá a abertura glótica, empurrando a epiglote para baixo;
- D: se a COF for muito pequena, a ponta se localizará bem acima do ângulo da mandíbula e aumentará a obstrução da via aérea, empurrando a língua em direção à hipofaringe.



Fonte: Suporte Avançado de Vida em Pediatria (PALS). Manual para Provedores. Edição em português, 2003, p. 90.

### Procedimento

1. Utilizar EPI.
2. Selecionar o tamanho adequado da COF, conforme técnica apresentada acima.
3. Remover secreções ou sangue da boca e faringe por meio da aspiração.
4. Inserir a COF conforme técnica: no paciente pediátrico, INSERIR A COF COM A CONCAVIDADE VOLTADA PARA BAIXO, até atingir a parede posterior da faringe e ficar acomodada. Idealmente, a cânula deve ser inserida enquanto uma espátula (abaixador de língua) mantém a língua no assoalho da boca.

#### IMPORTANTE:

- Cuidado para não deslocar a língua para trás durante o procedimento, causando obstrução de vias aéreas;
- NÃO DEVE SER REALIZADA ROTAÇÃO DE 180 GRAUS, para evitar lesões de tecidos moles da orofaringe e sangramento.

5. Registrar o procedimento na ficha de atendimento.

Elaboração: Janeiro/2016 | BPed 32 – Técnicas básicas de manejo das vias aéreas - cânula orofaríngea - Guedel | Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis. Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/2



**BPed  
32**

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Emergências Pediátricas  
**SUORTE BÁSICO DE VIDA**

**BPed 32 – Técnicas básicas de manejo das vias aéreas - cânula orofaríngea - Guedel**

**Observações**

- Equívocos na indicação, medição e posicionamento podem ativar o reflexo de tosse, causar obstrução das vias aéreas ou gerar laringoespasmos e vômitos.
- Se ocorrer reflexo de tosse ou vômito, suspender o procedimento.
- Observar possível resposta vagal, como: espasmo laríngeo, apnéia e bradicardia.
- Avaliar a resposta do paciente ao procedimento, dentre outras formas, por meio da oximetria.
- **ATENÇÃO:** a cânula orofaríngea deve ser colocada com a curvatura voltada para baixo, ao contrário do adulto, em que se faz a introdução com a curvatura para cima, seguida de rotação de 180°. A rotação é desaconselhada na criança, pois pode provocar lesões e sangramento importante na orofaringe.

Elaboração: Janeiro/2016

BPed 32 – Técnicas básicas de manejo das vias aéreas - cânula orofaríngea - Guedel

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

2/2



**BPed  
33**

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Emergências Pediátricas  
**SUPORTE BÁSICO DE VIDA**



## BPed 33 - Colocação do colar cervical

### Indicação

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

### Material e equipamentos

- Equipamento de proteção individual (EPI) obrigatório;
- Colar cervical de tamanho apropriado.

### Procedimento

1. Utilizar EPI.
2. Identificar-se e explicar o procedimento ao paciente, na medida do possível.
3. Realizar manobra conforme indicado:
  - O profissional 1 realiza a estabilização manual da cabeça com a duas mãos e, com a ajuda de uma leve tensão no sentido axial, realiza o alinhamento em posição neutra.

**ATENÇÃO:** O alinhamento deve ser evitado ou interrompido se houver resistência ou dor ao movimento, piora da condição ventilatória ou ocorrência de espasmos musculares do pescoço e parestesia.

- O profissional 2 realiza a avaliação do pescoço e da região mentoniana para rápida detecção de lesões que necessitem de abordagem antes da instalação do colar ou que impeçam sua instalação. Devem ser avaliados rapidamente: face, pescoço, região da traqueia, condições de jugulares, clavículas, coluna cervical e pulso carotídeo.
- Em seguida, o profissional 2 utiliza os dedos para medir o pescoço do paciente (distância entre a mandíbula e o ombro).
- Usando essa medida aproximada, o profissional 2 seleciona o tamanho adequado do colar pediátrico.
- Enquanto a estabilização e o alinhamento da cabeça são mantidos, o profissional 2 instala o colar.
- Pode haver variação da técnica de instalação dependendo da posição do paciente:
  - paciente em decúbito dorsal horizontal (DDH): a colocação se inicia com a passagem do colar por trás, entre o pescoço e a superfície, complementada pelo ajuste do apoio mentoniano à frente, sob o mento;
  - paciente sentado ou em pé: a instalação do colar se inicia pela adequação do apoio mentoniano do colar sob o mento, complementada com a passagem por trás do pescoço.
- O ajuste do colar é complementado pela checagem do posicionamento correto:
  - do apoio mentoniano do colar sob a mandíbula, de um ângulo ao outro;
  - do apoio esternal do colar sobre a região do esterno no tórax do paciente; e
  - dos apoios laterais do colar sobre as clavículas e o trapézio.
- Após a colocação do colar cervical, a estabilização manual da cabeça e do pescoço deve ser mantida até que o paciente seja colocado na prancha e seja instalado o imobilizador lateral da cabeça.
- Deve-se colocar um coxim baixo (2 a 3 cm de espessura), feito com lençol, entre o paciente e a prancha, que vá desde o ombro até o quadril, para manter a posição neutra da coluna cervical na criança < 8 anos.
- Registrar o procedimento realizado na ficha/boletim de atendimento.

Elaboração: Abril/2016

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

BPed 33 - Colocação do colar cervical

1/2



**BPed**  
**33**

**Protocolo Samu 192**  
**Protocolos de Emergências Pediátricas**  
**SUORTE BÁSICO DE VIDA**

## **BPed 33 - Colocação do colar cervical**

### **Observações:**

- A instalação do colar não é prioridade máxima no atendimento ao politraumatizado enquanto a estabilização manual da cabeça puder ser realizada de forma eficiente por um profissional. No entanto, esse dispositivo é importante para a imobilização, pois limita os movimentos da coluna cervical e ajuda a sustentar o pescoço, protegendo a coluna de compressão.
- O paciente que apresenta comprometimento das vias aéreas ou da respiração deve receber as intervenções de correção desses problemas antes da instalação do colar cervical, enquanto um profissional executa a estabilização manual da cabeça. Assim que for possível, o colar deverá ser instalado.
- No paciente consciente, com boa respiração, e no paciente inconsciente, sem comprometimento das vias aéreas, o colar cervical pode ser aplicado concomitantemente ao controle manual da coluna.
- É contraindicado o uso do colar cervical:
  - em situações em que o alinhamento não possa ser obtido. Nesses casos, o posicionamento da cabeça deve ser mantido com controle manual e outras estratégias de imobilização para evitar movimentação.
  - na presença de objeto encaixado no pescoço ou nessa região. Nesses casos, o objeto deve ser fixado e o controle manual mantido em associação a outras estratégias de fixação para evitar a movimentação da cabeça.
- Poderá não haver um tamanho de colar cervical adequado para bebês e crianças pequenas. Nesses casos, poderá ser improvisado um colar com material semirrígido, como tira de papelão, envolto em faixas ou malhas ortopédicas para acolchoamento, ou ainda com rolos de tecidos (como lençóis pequenos ou toalhas).

Elaboração: Abril/2016

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

BPed 33 - Colocação do colar cervical

2/2



**Bped  
34**

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Emergências Pediátricas  
SUPORTE BÁSICO DE VIDA



## Bped 34 – Imobilizações pediátricas

### Indicações

- Toda situação em que o mecanismo de trauma sugere transferência significativa de energia cinética para o corpo da criança, com ou sem evidência de fraturas.
- Mecanismo de trauma sugestivo de lesão da medula espinal: trauma multissistêmico; trauma penetrante na cabeça, no pescoço ou no tronco; lesões por submersão ou mergulho; queda de altura; lesão de rápida aceleração-desaceleração.
- Perda de mobilidade ou sensibilidade súbita após acidente.
- Detecção de deformidade do pescoço, da coluna vertebral ou de extremidades.
- Alteração do estado de consciência após acidente.
- No contexto de trauma fechado, presença de qualquer lesão que coloque em risco a vida.

### Princípios da imobilização pediátrica:

- Em pediatria, são os mesmos princípios utilizados nos adultos, embora os dispositivos e as técnicas devam ser adequados à faixa etária da criança, com atenção especial às especificidades anatômica, fisiológica e psicológica desses pacientes.
- A imobilização da coluna inclui estabilização manual alinhada, seguida da colocação do colar cervical de tamanho adequado e imobilização do paciente na prancha, mantendo cabeça, pescoço, tronco, pelve e membros inferiores em posição neutra e alinhada.
- Pelo fato de crianças menores de 8 anos apresentarem tamanho desproporcionalmente grande do occipício, o que promove a flexão passiva do pescoço, é necessário colocar um coxim de 2 a 3 cm sob o tronco (dos ombros até a bacia) para conseguir que a cabeça fique em posição neutra, com alinhamento da coluna cervical e manutenção da permeabilidade da via aérea.
- Devem também ser colocados coxins entre os laterais do corpo e as bordas da prancha, para evitar movimentos laterais quando se movimentar a prancha.
- A imobilização não poderá impedir a ventilação, a abertura da boca ou a realização de qualquer manobra necessária para reanimação.
- Em alguns casos, poderá ser melhor transportar a criança imobilizada em sua própria cadeirinha (dispositivo de contenção no veículo) em vez de removê-la para a prancha longa (Bped 35).

### Considerações com relação à não imobilização da coluna do paciente pediátrico:

- A criança que reage intensamente às tentativas de imobilização pode apresentar maior risco de agravamento de uma eventual lesão vertebromedular.
- Nesse caso, pode ser válida a decisão de não imobilizar e considerar outras opções, como tentar distrair a criança com brinquedo ou convencê-la a ficar deitada e imóvel, sem contenção.
- A decisão de interromper as tentativas de imobilização, visando à segurança do paciente, deve ser documentada detalhadamente, com descrição do motivo, e o paciente deve ter seu estado neurológico reavaliado frequentemente durante o transporte. Idealmente, essa decisão deve ser tomada em conjunto com o médico regulador.

Elaboração: Abril/2016

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

Bped 34 – Imobilizações pediátricas

1/2





**Bped  
34**

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Emergências Pediátricas  
**SUORTE BÁSICO DE VIDA**

## Bped 34 – Imobilizações pediátricas

### Particularidades anômicas do paciente pediátrico e sua relação com os traumas musculoesqueléticos:

- Como os músculos paravertebrais não estão desenvolvidos e os ligamentos vertebrais e tecidos moles circundantes são elásticos, a coluna vertebral da criança é mais móvel do que a do adulto, com maior risco de danos nos ligamentos e na medula espinhal, sem a presença de lesões ósseas; essa situação é conhecida pela sigla SCHIWWORA (*spinal cord injury without radiographic abnormality*) e, em geral, associa-se a uma evolução neurológica insatisfatória. Decorre principalmente de traumas por mecanismo de aceleração-desaceleração ou de quedas.
- Como a criança não possui calcificação óssea completa e os ossos contêm centros cartilaginosos de crescimento ativos, seu esqueleto é mais elástico e menos capaz de absorver as forças cinéticas aplicadas sobre ele do que o esqueleto do adulto, o que leva à ocorrência de lesões internas significativas, com presença de lesões externas mínimas, como contusões pulmonares graves sem fratura de arcos costais concomitante;
- Crianças com trauma esquelético suportam grandes forças antes de apresentarem fraturas de ossos longos, luxações ou deformidades, sendo comuns as fraturas incompletas ("em galho verde");
- Com essas características, se houver uma fratura detectada em uma criança, considera-se que a quantidade de energia transferida foi muito grande e deve-se procurar minuciosamente por lesões associadas.

**Bped  
35**

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Emergências Pediátricas  
SUPORTE BÁSICO DE VIDA



## Bped 35 – Imobilização na cadeirinha

### Indicação

Para bebês (< 1 ano) encontrados em dispositivo de retenção denominado "bebê-conforto ou conversível" e crianças de 1 a 4 anos que estejam em dispositivo de retenção chamado "cadeirinha", dentro do veículo que sofreu acidente.

### Procedimento

1. Se o paciente apresenta evidência de trauma grave e/ou necessidade de abordagem de via aérea, ele deve ser imobilizado e retirado do bebê-conforto ou da cadeirinha, por meio da seguinte técnica:
  - o profissional 1 providencia a estabilização manual da cabeça e região cervical;
  - o profissional 2 remove os cintos do dispositivo de retenção;
  - enquanto o profissional 1 mantém a estabilização manual da coluna cervical, o segundo inclina o dispositivo de retenção para trás, sobre uma prancha longa;
  - em movimento sincronizado dos dois profissionais, o paciente deverá ser gentilmente deslizado para fora do dispositivo de retenção, em direção axial, e posicionado sobre a prancha longa (com coxim de 2 a 3 cm sob o tronco, se indicado);
  - enquanto o profissional 1 mantém a estabilização manual da coluna cervical, o profissional 2 coloca o colar cervical e os estabilizadores laterais da cabeça;
  - o profissional 1, agora liberado, auxilia o segundo nos procedimentos e na finalização das imobilizações.
2. O transporte também poderá ser feito com o paciente estável mantido no dispositivo de retenção em que se encontra (bebê-conforto ou cadeirinha), por meio da seguinte técnica:
  - colocar colar cervical, se houver um tamanho apropriado, ou usar uma toalha ou pequeno lençol enrolado para acolchoar o colo do paciente e preencher qualquer espaço entre ele e o dispositivo de retenção;
  - usar fitas largas para segurar a pelve e a parte superior do tórax (cruzando os ombros) no dispositivo; os cintos incorporados na cadeira podem servir para ajudar na imobilização;
  - colocar toalhas ou outros tecidos enrolados em ambos os lados da cabeça para melhor estabilização tanto da cabeça como do pescoço e da coluna cervical;
  - fixar com fitas na altura da região frontal e do colar cervical (se houver um), para melhorar a imobilização.
  - **ATENÇÃO:** essa forma de transporte somente poderá ser utilizada se a integridade do dispositivo de retenção estiver mantida e se o paciente não apresentar comprometimento em qualquer etapa do ABCDE da avaliação primária, além de não apresentar lesões que necessitem de intervenção da equipe.
3. Colocação do dispositivo de retenção (bebê-conforto ou cadeirinha) na maca de transporte: elevar a cabeceira da maca a 45° e fixar com os dois cintos em locais distintos, de maneira a suprimir potenciais movimentos de aceleração e desaceleração (testar após a fixação: não deve mobilizar mais de 2-3 cm).

Elaboração: Abril/2016

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

Bped 35 – Imobilização na cadeirinha

1/2



**Bped**  
**35**

**Protocolo Samu 192**  
**Protocolos de Emergências Pediátricas**  
**SUORTE BÁSICO DE VIDA**

## Bped 35 – Imobilização na cadeirinha

### Observações:

- O paciente pode ficar agitado durante a tentativa de imobilização cefálica, mesmo com a mãe no seu campo de visão.
- O preenchimento dos espaços vazios do dispositivo de retenção é preconizado com toalhas na literatura internacional. No entanto, pode e deve ser utilizado o material disponível nas ambulâncias, como lençóis, cobertores e compressas.
- A Resolução nº 277 do Conselho Nacional de Trânsito (Contran), de 28 de maio de 2008, que dispõe sobre o transporte de menores de 10 anos e a utilização do dispositivo de retenção para o transporte de crianças em veículos, determinou que, quando transportadas em veículos automotores (sempre no banco traseiro, com algumas exceções, como veículos sem banco traseiro):
  - crianças com até 1 ano de idade deverão utilizar, obrigatoriamente, o dispositivo de retenção denominado "bebê-conforto ou conversível";
  - crianças com idade superior a 1 ano e inferior ou igual a 4 anos deverão utilizar, obrigatoriamente, o dispositivo de retenção denominado "cadeirinha";
  - crianças com idade superior a 4 anos e inferior ou igual a 7 anos e meio deverão utilizar o dispositivo de retenção denominado "assento de elevação";
  - crianças com idade superior a 7 anos e meio e inferior ou igual a 10 anos deverão utilizar o cinto de segurança do veículo no banco traseiro.

Elaboração: Abril/2016

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

Bped 35 – Imobilização na cadeirinha

2/2



## Bped 36

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Emergências Pediátricas  
SUPORTE BÁSICO DE VIDA



### Bped 36 – Imobilização em prancha rígida

#### Indicação

Paciente pediátrico com suspeita de trauma e com indicação de imobilização da coluna vertebromedular.

#### Procedimento

- Os mesmos procedimentos descritos para o adulto devem ser realizados para o paciente pediátrico, e deve-se acolchoar os espaços entre os tirantes e a criança para evitar movimentos laterais.
- Como o occipício da criança < 8 anos é desproporcionalmente grande e, quando em superfície plana, força a flexão passiva da coluna cervical, inclusive com maior risco de obstrução da via aérea, torna-se necessário colocar um coxim (de lençol ou outro material) com 2 a 3 cm de espessura sob o tronco, da altura dos ombros até o quadril, para manutenção da posição neutra da cabeça e do pescoço.

#### Observações

- Crianças maiores, diferentemente dos bebês, toleram melhor a imobilização cefálica na presença de familiar.
- Quanto menor a criança, maior é a discrepância de tamanho entre o crânio e a face e, portanto, maior o occipício, proporcionalmente.
- O pescoço do paciente pediátrico estará em posição correta quando o canal auditivo externo se alinhar com a parte anterior do ombro. Essa posição neutra alinha a coluna cervical e evita a flexão anterior, mantendo a permeabilidade da via aérea.

Bped 36 – Imobilização em prancha rígida

Elaboração, Abril/2016

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

1/1



**Bped  
37**

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Emergências Pediátricas  
SUPORTE BÁSICO DE VIDA



## Bped 37 – Imobilização sentada com dispositivo tipo colete (KED)

### Indicação

Paciente vítima de trauma que se encontra sentado (no carro ou em outra situação) e que não apresenta risco à vida imediato.

### Material

- Equipamento de proteção individual (EPI) obrigatório;
- Colete de imobilização dorsal (*Kendrick Extrication Device* – KED ou similar) pediátrico;
- Colar cervical pediátrico;
- Prancha longa;
- Bandagem triangular ou similar;
- Maca.

### Procedimento

1. Utilizar EPI.
2. Identificar-se e explicar o procedimento ao paciente, na medida do possível.
3. Realizar a manobra conforme indicado:
  - O profissional 1 deve se posicionar por trás do paciente e realizar a estabilização manual da cabeça, posicionando os dedos médios de ambas as mãos na região do zigomático, os polegares na nuca e os dedos mínimos e anulares na mandíbula do paciente.
  - O profissional 2 deve abordar o paciente pela lateral mais adequada e avaliar as vias aéreas, a respiração e a circulação (pulso, hemorragias e perfusão distal), para certificar-se de que o paciente não corre risco à vida imediato.
  - Em seguida, o profissional 2 deve mensurar e aplicar o colar cervical no paciente com o auxílio do profissional 3, que deve se posicionar preferencialmente pela lateral oposta.
  - Para posicionar o colete imobilizador no paciente enquanto a estabilização da cabeça é mantida, o profissional 3 deve apoiar uma das mãos sobre o tronco anterior e a outra na região dorsal (tronco posterior).
  - Sob comando verbal, o paciente é movimentado em bloco para frente pelos profissionais 1 e 3, apenas o suficiente para que o colete imobilizador seja posicionado entre o paciente e o encosto pela profissional 2.

Observação: Os tirantes longos da virilha devem ser abertos e posicionados atrás do colete antes de sua instalação.

  - Após posicionar o colete imobilizador entre o encosto e o paciente, as abas laterais do equipamento são ajustadas à altura do paciente de forma que sua parte superior toque as axilas, para, em seguida, serem ajustadas em torno do tronco.
  - Os profissionais 2 e 3 realizam o afivelamento dos tirantes, iniciando pelo central (amarelo), seguido do tirante inferior (vermelho) e, finalmente, o tirante superior (verde).
  - Os profissionais devem garantir que o tirante superior (verde), posicionado no tórax, não esteja apertado e comprometendo a ventilação. Esse tirante deve ser mantido frouxo até que o paciente esteja pronto para ser retirado, quando então será ajustado como os demais.
  - O profissional 1 deve manter a estabilização manual da cabeça durante todo o procedimento.
  - Os tirantes longos da virilha, que já estavam soltos, devem ser posicionados e ajustados sob cada membro inferior e conectados ao colete do mesmo lado. A passagem do tirante é realizada debaixo da coxa e da nádega no sentido de frente para trás.
  - Atenção especial deve ser dada à genitália, que não deve ficar sob os tirantes.
  - Quando corretamente posicionados, os tirantes da virilha devem ser ajustados (apertados).
  - Nesse momento, é necessário revisar e ajustar os tirantes do tronco, exceto o superior (verde).
  - Com os tirantes do tronco e dos membros inferiores afivelados e revisados, deve ser finalizada a colocação do colete com a imobilização da cabeça.

Elaboração: Abril/2016

Bped 37 – Imobilização sentada com dispositivo tipo colete (KED)

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

1/2



**Bped  
37**

**Protocolo Samu 192  
Protocolos de Emergências Pediátricas  
SUPPORTO BÁSICO DE VIDA**

### Bped 37 – Imobilização sentada com dispositivo tipo colete (KED)

- Para isso, é preciso analisar se é necessário preencher o espaço entre a cabeça e o colete, para manter o alinhamento neutro. Se necessário, pode ser utilizado acolchoamento.
- Em seguida, posicionam-se as tiras de fixação da cabeça. A primeira passa na testa do paciente e a segunda passa sobre o colar cervical (altura do queixo do paciente).
- As tiras devem ser presas com o velcro no corpo posterior do KED (a tira superior deve ficar bem justa para evitar qualquer movimento, e a tira inferior, mais solta, para permitir a ventilação). Em crianças pequenas, está contraindicada a utilização da tira de fixação sobre o mento, já que pode provocar obstrução da via aérea por compressão dos tecidos moles da região submentoniana.
- Nesse momento, o paciente está imobilizado (tronco, pescoço e cabeça) e o profissional 1 está apto a deixar sua posição. Antes de movimentar o paciente, todos os tirantes devem ser reavaliados. O tirante superior do tórax deve ser ajustado adequadamente nesse momento.
- A prancha longa é posicionada sob as nádegas do paciente, apoiada no assento, enquanto do outro lado é apoiada pelo profissional ou pela maca.
- Para a sustentação da prancha, poderá ser solicitada o apoio dos demais profissionais (bombeiros, policiais, etc.) presentes na cena.
- Os profissionais 2 e 3 deverão proceder a remoção, sustentando o paciente pelas alças do colete enquanto o giram, levantando e movendo o paciente para fora, em movimentos curtos e sincronizados.
- Enquanto o paciente é girado em direção ao lado da saída, seus membros inferiores são elevados em direção ao assento.
- Os dois antebraços do paciente devem ser posicionados um sobre o outro e imobilizados com a ajuda de bandagens triangulares ou com as sobras dos tirantes longos.
- O paciente está pronto para ser removido.
- Se possível, a prancha longa deve ser posicionada sobre a maca ou esta deve estar próxima à saída do paciente, para evitar deslocamentos longos. Os giros devem ser realizados até que o paciente esteja com as costas voltadas para a prancha.
- Assim que o paciente for girado em direção à prancha longa, ele deve ser deitado sobre a prancha, com os membros inferiores elevados.
- Nesse momento, o cinto superior (verde) do tórax deve ser afrouxado, para favorecer a ventilação, e os cintos da virilha devem ser soltos, para permitir que os membros inferiores sejam abaixados sobre a prancha.
- O paciente deve ser adequadamente posicionado na prancha longa com o colete, para receber, em seguida, o atrelamento dos cintos de segurança da prancha e da maca.

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

#### Observações:

- O comando para as ações de mobilização deve partir do profissional 1, aquele que efetua a estabilização manual da cabeça.
- Para pacientes com lesões que coloquem a vida em risco, a técnica a ser utilizada é a de retirada rápida.
- Procurar manter a criança informada todo o tempo, para garantir a tranquilidade e a colaboração da mesma.

# SBV Intoxicações e Produtos Perigosos

# BTiox



**BTox  
1**
**Protocolo Samu 192  
Protocolos de Intoxicação e PP  
SUPORTE BÁSICO DE VIDA**

**BTox1 – Intoxicações agudas - medidas gerais**
**Quando suspeitar ou critérios de inclusão**

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

**Conduta**

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

Criança e bebê (Protocolo BPed2)	<b>IMPRESSÃO INICIAL, COM ÊNFASE PARA:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nível de consciência: alerta, irritável ou não responde;</li> <li>• Respiração: esforço respiratório, sons anormais ou ausência de movimentos respiratórios;</li> <li>• Coloração anormal da pele;</li> <li>• Realização da avaliação primária.</li> </ul>
Criança e bebê (Protocolo BPed2)  ou  Adulto (Protocolo BC1)	<b>AValiação PRIMÁRIA, COM ÊNFASE PARA:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar responsividade;</li> <li>• Assegurar permeabilidade das vias aéreas: aspirar secreções se necessário;</li> <li>• Avaliar ventilação: especial atenção para a presença de taqui ou bradipneia, respiração irregular;</li> <li>• Avaliar oximetria de pulso;</li> <li>• Administrar oxigênio (O<sub>2</sub>) por máscara não reinhalante se saturação de O<sub>2</sub> &lt; 94%, ou ventilação assistida com BVM se indicado;</li> <li>• Avaliar estado circulatório: atenção especial para frequência cardíaca (FC); pressão arterial (PA); coloração, temperatura e estado de hidratação da pele; ressecamento de mucosas ou salivação excessiva; presença de sudorese, tempo de enchimento capilar;</li> <li>• Avaliar estado neurológico: com ênfase para avaliação pupilar (especialmente tamanho pupilar) e movimentos oculares, tônus muscular, agitação psicomotora e nível de consciência, além de ocorrência de convulsões;</li> <li>• Não havendo evidência de trauma, manter o paciente em posição de recuperação, devido ao risco de aspiração de secreções.</li> </ul>

Elaboração: Janeiro/2016

**BTox1 – Intoxicações agudas - medidas gerais**

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

**1/3**




**BTox  
1**
**Protocolo Samu 192  
Protocolos de Intoxicação e PP  
SUPORTE BÁSICO DE VIDA**
**BTox1 – Intoxicações agudas - medidas gerais**
**4. Realizar avaliação secundária, com ênfase para:**

Criança e bebê (Protocolo BPed3)	Realizar entrevista SAMPLA (ou SAMPLE) e identificar possíveis causas. A história é fundamental e deve também investigar: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Disponibilidade de substâncias potencialmente tóxicas no domicílio (produtos de limpeza, inseticidas, raticidas, plantas, etc.) e de medicamentos, usados pelo paciente ou por familiares;</li> <li>• Locais onde o paciente esteve presente e atividades que desenvolveu nas horas que precederam o início dos sintomas, incluindo a profissão ou atividade exercida;</li> <li>• Se o agente tóxico for conhecido, investigar a quantidade ingerida, o tempo decorrido da ingestão, se essa foi acidental ou intencional e se pode haver outra substância envolvida;</li> <li>• Horário de início dos sintomas.</li> </ul>
ou  Adulto (Protocolo BC2)	Realizar exame físico detalhado, da cabeça aos pés, com atenção adicional para: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hábito e exame da cavidade oral: lesões corrosivas, odor, hidratação;</li> <li>• Temperatura corpórea (axilar, oral ou retal na criança ou bebê): se hipertermia, utilizar medidas físicas para redução da temperatura (antitérmicos usuais não são eficazes);</li> <li>• Presença de sinais de mau trato, em especial na criança e bebê;</li> <li>• Avaliar glicemia capilar e, em caso de hipoglicemia, considerar protocolo BC19 (adulto) ou protocolo BPed 18 (criança ou bebê);</li> <li>• Monitorizar PA, FC, oximetria de pulso e glicemia capilar;</li> <li>• Investigar possíveis situações de risco no domicílio para o paciente e para a criança em especial.</li> </ul>

**5. Seguir com o protocolo específico assim que o agente intoxicante for identificado.**
**6. Realizar a descontaminação, se indicada, segundo a via de contaminação (respiratória, cutânea, digestiva e ocular), conforme protocolo de descontaminação (BTox 12).**
**7. Manter atenção para as situações especiais que podem ocorrer:**

- Crises convulsivas
- Depressão do centro respiratório
- Taquicardia com sinais de choque
- Bradicardia com sinais de choque
- Hipo e hipertermia
- Parada cardiorrespiratória.

**8. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada.**
**9. Realizar contato com a Regulação Médica, que 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 Informação e Assistência Toxicológica da região ou com o serviço Disque-Intoxicação (número: 0800.722.6001) para a tomada de decisão e para definição do encaminhamento e/ou unidade de saúde de destino (preferencialmente hospital terciário).**
**10. Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para a unidade de saúde.**

Elaboração: Janeiro/2010

 BTox1 – Intoxicações agudas - medidas gerais  
 Este protocolo foi atualizado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
 Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

2/3



**BTox**  
**1**

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Intoxicação e PP  
SUPORTE BÁSICO DE VIDA



## BTox1 – Intoxicações agudas - medidas gerais

### Observações

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

**A**

Avallar: Arredores, A casa e a presença de Armas ou Artefatos que indiquem o uso de Álcool e drogas; Altura e a Aparência da vítima.

**C**

Observar a presença de sinais de Conflito e Crise na rede social da vítima.

**E**

Avallar as expectativas e a receptividade da rede social e do próprio paciente e sobre a Equipe de atendimento.

**N**

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

**A**

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

Elaboração: Janeiro/2016

BTox1 – Intoxicações agudas - medidas gerais

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

3/3



**BTox  
2**

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Intoxicação e PP  
SUPORTE BÁSICO DE VIDA



## BTox 2 – Intoxicação por drogas de abuso

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão

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

### Conduta

1. Avaliar a segurança da cena (Protocolo PE1) e método ACENA.

2. Considerar os cenários:

#### SE AGITADO MAS CONSCIENTE E COLABORATIVO:

- Realizar manejo verbal: aproximar-se de forma tranquila, identificar-se (nome e função), explicar o motivo da aproximação, oferecer ajuda.

#### SE AGITADO, DESORIENTADO OU AGRESSIVO:

- Informar Regulação Médica e seguir suas orientações.

#### SE INCONSCIENTE EM CHOQUE OU PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA (PCR):

- Seguir protocolo específico.

3. Assim que possível, realizar a avaliação secundária (Protocolo BC2) com ênfase para:

- Sinais vitais;
- Realizar entrevista SAMPLA;
- Valorizar informações sobre o agente (tipo, nome, frascos ou embalagens, quantidade) e sobre as condições do paciente (tempo de exposição, via de exposição).

4. Verificar glicemia, se hipoglicêmico siga protocolo de hipoglicemia (BC19).

5. Oferecer oxigênio (O<sub>2</sub>) por máscara 10 a 15 L/min se saturação de O<sub>2</sub> < 94%.

6. Não provocar vômito, não administrar nada por via oral.

7. Manter paciente com cabeceira elevada.

8. Estar preparado para PCR.

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

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

11. Registrar achados e procedimentos na ficha/boletim de ocorrência.

Elaboração: Janeiro/2016

BTox 2 – Intoxicação por drogas de abuso

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

1/2



## BTox 2

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Intoxicação e PP  
SUPORTE BÁSICO DE VIDA

### BTox 2 – Intoxicação por drogas de abuso

#### Observações

- Drogas de abuso mais frequentes: cocaína, crack, anfetaminas (ecstasy), maconha
- Na intoxicação por drogas de abuso, são três os cenários possíveis a serem considerados:
  1. Paciente agitado mas consciente e colaborativo;
  2. Paciente agitado, desorientado, agressivo;
  3. Paciente chocado ou em PCR.
- Hidratação: a desidratação em casos de anfetamina deve ser corrigida de forma lenta; cuidado com a vontade do paciente de beber grandes volumes de água; risco de coma/óbito por hiponatremia.
- "Mulas" com sinais e sintomas: identificar a situação, avaliar o paciente, proceder conforme necessidade e transportar.
- A intoxicação por álcool está abordada no protocolo BTox 3.
- Avaliação ACENA:

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

Elaboração: Janeiro/2016

BPIO – Aferição de sinais vitais: pressão arterial  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

2/2



**BTox  
3**

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Intoxicação e PP  
SUPORTE BÁSICO DE VIDA



### BTox 3 – Intoxicação e abstinência alcoólica

#### Quando suspeitar ou critérios de inclusão

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

#### Conduta

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

## BTox 3

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Intoxicação e PP  
SUPORTE BÁSICO DE VIDA

### BTox 3 – Intoxicação e abstinência alcoólica

#### Observações

- Avaliação ACENA

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

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

Elaboração: Janeiro/2016

BTox 3 – Intoxicação e abstinência alcoólica  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

2/2



## BTox 4

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Intoxicação e PP  
SUPORTE BÁSICO DE VIDA



### BTox 4 – Inalação de fumaça

#### Quando suspeitar ou critérios de inclusão

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

#### Conduta

1. Avaliar a segurança da cena (Protocolo PE1).
2. Afastar o paciente do agente causador/retirar da área de risco.
3. Realizar avaliação primária (Protocolo BT1 ou BPed 24) e secundária (Protocolo BT2 ou BPed 25).
4. Contatar precocemente a Regulação Médica se ocorrer qualquer um dos eventos abaixo (possibilidade de intoxicação por cianeto):
  - Parada cardiorrespiratória
  - Glasgow < 13
  - Frequência cardíaca < 40 batimentos por minuto
  - Pressão arterial sistólica < de 90 mmHg.
5. Manter permeabilidade da via aérea.
6. Oferecer oxigênio (O<sub>2</sub>) sob máscara não reinalante 10 a 15 L/min, se saturação de O<sub>2</sub> < 94%.
7. Monitorizar a oximetria de pulso; considerar que, em casos de intoxicação por monóxido de carbono (Protocolo BTox 5), a sua leitura poderá indicar valores maiores do que o real.
8. Considerar ventilação com bolsa-valva-máscara com reservatório nos pacientes com sinais de queimaduras de vias aéreas, instabilidade hemodinâmica, alterações neurológicas ou sinais clínicos de insuficiência respiratória, independentemente da leitura da oximetria de pulso.
9. No caso de queimaduras associadas, considerar também o protocolo BT18.
10. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada.
11. Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para a unidade de saúde.
12. Registrar achados e procedimentos na ficha/boletim de ocorrência.

#### Observação

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

Elaboração: Janeiro/2016

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

BTox 4 – Inalação de fumaça

1/1



**BTox  
5**

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Intoxicação e PP  
SUPORTE BÁSICO DE VIDA



## BTox 5 – Intoxicação por monóxido de carbono

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão

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

### Conduta

1. Avaliar a segurança da cena (Protocolo PE1).
2. Considerar apoio do Corpo de Bombeiros, através da Central de Regulação, na suspeita de presença do gás no ambiente, para a retirada da vítima da área de risco.
3. Realizar a avaliação primária (Protocolo BT1 ou BPed 24) e secundária (Protocolo BT2 ou BPed 25).
4. Contatar precocemente a Regulação Médica se ocorrer qualquer um dos eventos abaixo (possibilidade de intoxicação por cianeto):
  - PCR
  - Glasgow < 13
  - Frequência cardíaca < 40 batimentos por minuto
  - Pressão arterial sistólica < 90 mmHg
5. Ofertar oxigênio (O<sub>2</sub>) na máxima concentração disponível, independentemente da leitura da oximetria de pulso, de preferência com máscara não reinalante com O<sub>2</sub> a 15 L/min.
6. Considerar ventilação com bolsa-valva-máscara com reservatório nos pacientes com sinais de queimaduras de vias aéreas, instabilidade hemodinâmica, alterações neurológicas ou sinais clínicos de insuficiência respiratória, independentemente da leitura da oximetria de pulso.
7. Nas crises convulsivas, seguir Protocolo BC16 ou BPed 15.
8. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada.
9. Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para a unidade de saúde.
10. Registrar achados e procedimentos na ficha/boletim de ocorrência.

### Observações

- Considerar as 3“S” (Protocolos PE1, PE2, PE3)
- Considerar a cinemática do trauma e sempre buscar possíveis lesões associadas.
- A oximetria normal é um achado característico. O monóxido de carbono (CO) tem afinidade aproximadamente 200 vezes maior pela hemoglobina-Hb do que o O<sub>2</sub>. Dependendo da porcentagem de ligação do CO à Hb, ocorrerá hipoxemia celular, porém com oximetria periférica inalterada, pois o oxímetro não diferencia a oxihemoglobina da carboxihemoglobina.

Elaboração: Janeiro/2016

BTox 5 – Intoxicação por monóxido de carbono

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

1/1





**BTox**  
**6**

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Intoxicação e PP  
SUPORTE BÁSICO DE VIDA



## BTox 6 – Intoxicação por organofosforados e carbamatos

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão

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

### Conduta

1. Assegurar o uso dos equipamentos de proteção individual adequados (Protocolo PE2).
2. Garantir a segurança da cena (Protocolo PE1).
3. Informar precocemente a Regulação Médica sobre a presença de produto potencialmente tóxico, para receber orientações específicas.
4. Realizar a avaliação primária (Protocolo BT1 ou BPed 24) e avaliação secundária (Protocolo BT2 ou BPed 25), com ênfase para:
  - Garantir a permeabilidade de via aérea;
  - Administrar oxigênio (O<sub>2</sub>) em alto fluxo para manter saturação de O<sub>2</sub> ≥ 94%;
  - Monitorizar a oximetria de pulso e glicemia capilar;
  - Monitorar os sinais vitais;
  - Realizar entrevista SAMPLE;
  - Valorizar informações sobre o agente:
    - Motivo do uso, tipo, nome, frascos ou embalagens, quantidade
    - Situações de risco na residência
    - Condições do paciente: tempo de exposição, via de exposição e profissão.
5. Em caso de contato cutâneo ou inalatório, remover as roupas com cuidado e realizar a descontaminação a partir da lavagem da região afetada com soro fisiológico ou água corrente abundante, se disponível e antes de colocar o paciente na ambulância. Em casos de produtos em pó, realizar primeiramente a limpeza mecânica, seguida de lavagem.
6. Afastar outras causas de rebaixamento do nível de consciência (incluindo hipoglicemia conforme Protocolo BC19 ou BPed 14).
7. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada.
8. Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para a unidade de saúde.

Elaboração: Janeiro/2016

BTox 6 – Intoxicação por organofosforados e carbamatos

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

1/2



## BTox 6

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Intoxicação e PP  
SUPORTE BÁSICO DE VIDA

### BTox 6 – Intoxicação por organofosforados e carbamatos

9. Transportar o paciente na ambulância com janelas abertas, sempre que houver contaminação do ambiente (roupas e vômitos funcionam como contaminantes).
10. Registrar achados e procedimentos na ficha/boletim de ocorrência.

#### Observações

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- Considerar a cinemática do trauma e sempre buscar possíveis lesões associadas.
- A Regulação Médica deve ser informada prontamente sobre qualquer detalhe disponível acerca do agente causador, bem como dos sinais e sintomas encontrados, para subsidiar o contato com o Centro de Controle de Intoxicações da região e a tomada de decisão.
- Considerar o vômito do paciente que ingeriu a substância como fonte de contaminação, especialmente se impregnado nas vestes, que devem ser retiradas com cuidado.
- O raticida "chumbinho" é um produto clandestino, geralmente composto por inseticidas carbamatos e/ou organofosforados ou ainda outras substâncias. Os venenos agrícolas, de uso exclusivo na lavoura como inseticidas, acaricidas ou nematicidas, são desviados do campo para os grandes centros para serem indevidamente utilizados como raticidas (Fonte: Agência Nacional de Vigilância Sanitária). A classe de substâncias permitidas no Brasil como raticidas são os anticoagulantes orais (cumarínicos).

**BTox**  
**9**

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Intoxicação e PP  
SUPORTE BÁSICO DE VIDA



## BTox 9 – Intoxicação por medicamentos depressores do SNC

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão

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

- Sonolência
- Torpor
- Coma

Pode ou não estar associada a alguns dos seguintes sinais:

- Miose
- Depressão respiratória
- Cianose
- Bradicardia, hipotensão

### Conduta

1. Assegurar o uso dos equipamentos de proteção individual adequados (Protocolo PE2).
2. Garantir a segurança da cena (Protocolo PE1).
3. Realizar avaliação primária e secundária (Protocolos BC1 e BC2).
4. Manter a permeabilidade das vias aéreas, incluindo via aérea avançada se necessário.
5. Administrar oxigênio por máscara, 4 a 6 L/min, ou ventilação assistida com BVM em caso de depressão respiratória.
6. Monitorar pressão arterial e oximetria.
7. Valorizar informações sobre o agente (nome, composição, quantidade), tempo de ingestão.
8. Avaliar glicemia capilar.
9. Se possível, levar amostras/embalagem do medicamento ao hospital.
10. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada.
11. Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para a unidade de saúde.
12. Registrar achados e procedimentos na ficha/boletim de ocorrência.

### Observações

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

Elaboração: Janeiro/2016

BTox 9 – Intoxicação por medicamentos depressores do SNC

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

1/1



**BTox  
10**

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Intoxicação e PP  
SUPORTE BÁSICO DE VIDA



## BTox 10 – Exposição a solventes

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão

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

### Conduta

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

### Observações

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

Elaboração: Janeiro/2016

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

BTox 10 – Exposição a solventes

1/1



**BTox  
11**

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Intoxicação e PP  
SUPORTE BÁSICO DE VIDA



## BTox 11 – Exposição a corrosivos

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão

- Em casos de acidentes onde se identifique ou se suspeite do envolvimento de produtos corrosivos (Protocolo BTox 15 sobre identificação do produto perigoso).
- Em casos de atendimento de paciente em que se identifique ou se suspeite de contato com produtos corrosivos e que apresente alguns dos sinais ou sintomas:
  - Na ingestão: dificuldade de deglutir, dor, edema e eritema de lábio e língua, sialorreia e hematêmese;
  - Nos olhos: dor, edema e eritema;
  - Na pele: dor intensa com pouca manifestação flogística no local;
  - Na inalação (em caso de corrosivos voláteis): tosse, dispneia, cefaleia, ardor de vias aéreas superiores.

### Conduta geral e específica

#### GERAL

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

#### ESPECÍFICA

##### A) Na ingestão:

1. Não provocar vômito, não passar sonda nasogástrica, não administrar nada por via oral, não realizar lavagem gástrica, não realizar tentativas de neutralização do corrosivo.

##### B) No contato com a pele e/ou olhos (veja mais detalhes no protocolo de descontaminação BTox 12):

###### B.1. Substâncias corrosivas não voláteis:

1. Remover roupas contaminadas;
2. Se corrosivo em pó, remover o excesso cuidadosamente com pano seco ou compressa seca antes de lavar;
3. Se pele: lavar abundantemente o local afetado com água corrente, se disponível/possível, ou soro fisiológico (SF).
4. Se olhos: lavar abundantemente o local afetado, de preferência com solução salina (SF, ringer lactato); usar água corrente na impossibilidade da solução salina;

Elaboração: Janeiro/2016

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

BTox 11 – Exposição a corrosivos

1/2



## BTox 11

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Intoxicação e PP  
SUPORTE BÁSICO DE VIDA

### BTox 11 – Exposição a corrosivos

5. Se um único olho for acometido, lateralizar a cabeça mantendo para baixo o olho acometido para realizar a lavagem, sem contaminar o olho sadio.
  - B.2. Substâncias corrosivas voláteis:
    1. Remover o paciente para local aberto;
    2. Remover a roupa contaminada;
    3. Colocar o paciente na ambulância somente após sua descontaminação cutânea;
    4. Se pele ou olhos forem acometidos, realizar os mesmos atendimentos do corrosivo não volátil descritos acima;
    5. Se inalação do produto, realizar nebulização com SF (veja mais detalhes no protocolo de descontaminação BTox 12).

### Observações

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

**BTox  
12**

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Intoxicação e PP  
SUPORTE BÁSICO DE VIDA



## BTox 12 – Descontaminação

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão

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

### Conduta

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

### Conduta específica

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

#### Na contaminação por via digestiva:

- NÃO induzir vômitos e não administrar líquidos por via oral;
- Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada;
- Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para a unidade de saúde;
- Registrar achados e procedimentos na ficha/boletim de ocorrência.

#### Na contaminação por via respiratória:

- Manter o paciente em ambiente aberto, livre do agente contaminante, com oxigênio (O<sub>2</sub>) suplementar;
- Realizar nebulização com soro fisiológico (SF).

Elaboração: Janeiro/2016

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

BTox 12 – Descontaminação

1/2



## BTox 12

### Protocolo Samu 192 Protocolos de Intoxicação e PP SUPORTE BÁSICO DE VIDA

## BTox 12 – Descontaminação

### Na contaminação por via cutânea:

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

### Na contaminação dos olhos:

- Lavar os olhos com fluxo contínuo de água ou SF, com as pálpebras abertas, a partir do canto do olho (próximo ao nariz) para a lateral da face, por, no mínimo, 20 minutos. Pode ser realizado durante o transporte ao hospital;
- Se um único olho for acometido, lateralizar a cabeça mantendo para baixo o olho acometido para realizar a lavagem, evitando contaminar o olho sadio;
- Se os dois olhos forem acometidos, lavá-los com fluxo contínuo de SF ou água, do centro ou região entre os olhos para as laterais. Proteja o restante da face com compressas. Uma forma improvisada que pode ser útil é a utilização de cateter para O<sub>2</sub>, tipo óculos, colocando a dupla saída sobre a parte superior do nariz, próxima ao canto dos olhos, mantendo uma saída de cada lado do nariz e direcionada para cada olho. Conecte o cateter a um frasco de SF e mantenha fluxo contínuo.

## Observações

- Definição: descontaminação é um processo que consiste na remoção física dos contaminantes ou na alteração de sua natureza química para substâncias inócuas. Campanha Ambiental do Estado de São Paulo (CETESB);
- 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);
- A relação dos 35 Centros de Informação e Assistência Toxicológica (CIATox) está disponível no site <http://www.fiocruz.br/sinitox> (clique em: Sobre o Sinitox – Centros de Informação). Idealmente, cada unidade do Serviço Móvel de Atendimento de Urgência (SAMU) deverá conhecer o número do CIATox de referência para a sua região.

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

Elaboração: Janeiro/2016

BTox 12 – Descontaminação  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

2/2





## BTox 13

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Intoxicação e PP  
SUPORTE BÁSICO DE VIDA



### BTox 13 – Acidentes com animais peçonhentos

#### Quando suspeitar ou critérios de inclusão

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

#### Conduta

1. Realizar avaliação primária (Protocolo BT1), com ênfase para:
  - Oximetria de pulso;
  - Administrar oxigênio (O<sub>2</sub>) por máscara facial em altos fluxos, se saturação de < 94%.
2. Realizar avaliação secundária (Protocolo BT2).
3. Manter paciente em repouso absoluto.
4. Lavar a ferida com soro fisiológico e cobrir com curativo estéril seco.
5. Não utilizar torniquete.
6. Obter descrição, imagem ou o próprio animal (se morto e acondicionado em dispositivo fechado e protegido).
7. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada.
8. Aguardar a orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para a unidade de saúde.
9. Considerar transmissão da imagem do animal e da lesão para o centro de controle de intoxicação da sua região ou para a Central de Regulação.
10. Registrar achados e procedimentos na ficha/boletim de ocorrência.

#### Observações

- Considerar os 3 "5" (Protocolos PE1, PE2, PE3), com especial atenção para a segurança de cena.
- Considerar a possibilidade de lesões secundárias devido a cinemática de toda a situação, como as decorrentes de corrida, queda, etc.
- Nos acidentes por animais peçonhentos, o socorrista não deve perder tempo no local e nem deve tentar capturar o animal.
- Atenção especial aos extremos de idades, já que são mais susceptíveis a complicações decorrentes do veneno inoculado.
- A Central de Regulação poderá efetuar contato com 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).
- A relação dos 35 Centros de Informação e Assistência Toxicológica (CIATox) está disponível no site <http://www.fiocruz.br/sintox> (clique em: Sobre o Sintox – Centros de Informação). Idealmente, cada unidade do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) deverá conhecer o número do CIATox de referência para a sua região.

Elaboração: Janeiro/2016

BTox 13 – Acidentes com animais peçonhentos

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

1/1



**BTox  
14**

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Intoxicação e PP  
SUPORTE BÁSICO DE VIDA



## BTox 14 – Primeiro na cena com produtos perigosos

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão

Quando a equipe do (SAMU) for a primeira instituição a chegar num local que apresente:

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

### Conduta

1. Garantir a segurança da cena (Protocolo PE1).
2. Manter uma distância segura do veículo ou equipamento sinistrado ou produto derramado ou vazado.
3. Aproximar-se com cautela do local do acidente, mantendo o vento pelas costas em relação ao veículo ou equipamento sinistrado.
4. Evitar se posicionar nos locais mais baixos em relação ao local do acidente.
5. Informar a Central de Regulação sobre a chegada no local e fornecer dados preliminares.
6. Confirmar a presença ou indícios de PP e estimativa de vítimas.
7. Informar a Central de Regulação com o maior detalhamento possível dados da identificação do produto (Protocolo de identificação de PP – BTox 15), identificação da via e local do acidente, quilometragem, sentido, pontos de referência, acessos alternativos, etc., mantendo os requisitos de segurança deste protocolo.
8. Aguardar orientações da Central de Regulação.
9. Certificar-se que, em caso de atendimento às vítimas que saem ou foram retirados da zona quente, estas não estejam contaminadas e, caso estejam contaminadas, atender as determinações dos Protocolos específicos (Protocolo de descontaminação – BTox 12).
10. Informar a Central de Regulação se houver visível contaminação ou possibilidade de contaminação de recursos hídricos, para que esta comunique de imediato a empresa responsável pelo abastecimento público de água na região.

### Observações

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

Elaboração: Janeiro/2016

BTox 14 – Primeiro na cena com produtos perigosos

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

1/1



**BTox**  
**15**

**Protocolo Samu 192**  
**Protocolos de Intoxicação e PP**  
**SUPOORTE BÁSICO DE VIDA**



**BTox 15 – Identificação do produto perigoso**

**Quando suspeitar ou critérios de inclusão**

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

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

**Conduta**

1. Avaliar a segurança da cena (Protocolo PE1), com ênfase para o correto posicionamento na presença de fogo, fumaça ou vapores.
2. Buscar identificação do produto: 3. Garantir a segurança da equipe na fase de identificação do PP, utilizando todos os cuidados possíveis.

<p><b>Em acidentes envolvendo veículos de transporte terrestre</b></p>	<p><b>Formas de identificação:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar o <b>PAINEL DE SEGURANÇA</b>, que é uma placa retangular com cerca de 40 cm x 30 cm, na cor laranja afixada na traseira, frente e laterais dos veículos/vagão contendo números e letras;</li> <li>• Identificar o <b>RÓTULO DE RISCO</b>, que é uma placa em forma de losango de cerca de 30 cm de lado, afixada na traseira, frente e laterais dos veículos/vagão contendo números, letras, símbolos e em cores diversas, cada cor representando uma natureza de risco;</li> <li>• Podendo aproximar-se do veículo, procurar a <b>FICHA DE EMERGÊNCIA</b>, que, por norma, deve estar no porta-luvas do veículo, contendo detalhes de interesse médico sobre o produto.</li> </ul> <p>Para mais detalhes, veja em Observações.</p>
<p><b>Em acidentes ocorridos em edificações (indústria, residências, armazéns, lojas, etc.)</b></p>	<p><b>Formas de identificação:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Buscar informantes no local (responsáveis e trabalhadores);</li> <li>• Rótulos de embalagem;</li> <li>• Ficha de Informação de Segurança de Produtos Químicos (FISPQ), se disponível.</li> </ul>
<p><b>Na presença de sinais como derramamento ou vazamento de produto</b></p>	<p><b>Formas de identificação:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Buscar informantes no local (responsáveis e trabalhadores);</li> <li>• Rótulos de embalagem.</li> </ul>



## BTox 15

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Intoxicação e PP  
SUPORTE BÁSICO DE VIDA

### BTox 15 – Identificação do produto perigoso

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

### Observações

- Definições de PP:
  - Segundo Norma Brasileira (NBR) 14064/2015: *Produtos Perigosos são produtos que tenham potencial de causar dano ou apresentem risco à saúde, segurança e meio ambiente e tenham sido classificados como tais de acordo com os critérios definidos pela regulação de transporte (Decreto 96044/1988).*
  - Segundo Resolução 420/2004 da Agência Nacional de Transporte Terrestre (ANTT): *Produto Perigoso é toda aquele que apresenta risco à saúde das pessoas, ao meio ambiente ou à segurança pública, seja ele encontrado na natureza ou produzido por qualquer processo.*
  - Segundo o Departamento Nacional de Infraestrutura de Transportes (DNIT): *Produto ou resíduo perigoso é toda substância ou resíduo que apresentam riscos para o meio ambiente, à saúde da população e à segurança pública. Esses produtos e resíduos são periodicamente relacionados e atualizados pela ONU e publicados através de portarias do Ministério dos Transportes.*
- Identificação do PP no transporte:

As classes: os PP conhecidos são numerados sequencialmente pela Organização das Nações Unidas (ONU) e agrupados em nove classes de acordo com a natureza do risco do produto.

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

Elaboração: Janeiro/2016

BTox 15 – Identificação do produto perigoso  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

2/4



**BTox  
15**

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Intoxicação e PP  
SUPORTE BÁSICO DE VIDA



**BTox 15 – Identificação do produto perigoso**

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

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

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

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

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

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



Elaboração: Janeiro/2016

BTox 15 – Identificação do produto perigoso  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.



**BTox  
15**

**Protocolo Samu 192  
Protocolos de Intoxicação e PP  
SUPORTE BÁSICO DE VIDA**

**BTox 15 – Identificação do produto perigoso**

Exemplo:



Foto: Carlos Eid



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

A Ficha de Emergência deve estar na porta-luvas do veículo, lacrada e à disposição das equipes de socorro.

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

Elaboração: Janeiro/2016

BTox 15 – Identificação do produto perigoso  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

4/4



**BTox  
16**

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Intoxicação e PP  
SUPORTE BÁSICO DE VIDA



## BTox 16 – Produtos perigosos - Princípios gerais

Quando suspeitar ou critérios de inclusão

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

Conduta

1. Garantir a segurança da cena (Protocolo PE1).
2. Atentar para protocolo Primeiro na cena com PP (Protocolo BTox 14).
3. Atender o Protocolo de identificação de PP (Protocolo BTox 15).
4. Utilizar incondicionalmente, no atendimento às vítimas de PP, equipamentos de proteção individual como roupas, botas, luvas, máscaras e outros adequados à situação, definidos pelo comando especializado em operações com PP.
5. Compreender o papel (competências e responsabilidades) de outras instituições envolvidas nas ocorrências com PP.
6. Efetuar a descontaminação de pequena área do corpo conforme preconizado no Protocolo BTox 12, ressalvadas as precauções de segurança.  
  
ATENÇÃO: A descontaminação de áreas corporais extensas deve ser efetuada por equipe preparada com recursos materiais e humanos adequados.
7. Atender os pacientes com contaminação por produtos de alta toxicidade, mesmo em pequena área do corpo, só após sua descontaminação por equipe adequadamente preparada.
8. Retirar roupas e calçados contaminados ou suspeitos, sendo essa ação fundamental para o sucesso do procedimento de descontaminação.
9. Manter permanente troca de informações com a Regulação Médica.

Elaboração: Janeiro/2016

BTox 16 – Produtos perigosos - Princípios gerais

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

1/2



## BTox 16

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Intoxicação e PP  
SUPORTE BÁSICO DE VIDA

### BTox 16 – Produtos perigosos - Princípios gerais

#### Observações

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



# SBV Incidentes Múltiplas Vítimas

# BMW



**BMV**  
**1**

Protocolo Samu 192  
Incidentes de Múltiplas Vítimas  
SUPORTE BÁSICO DE VIDA



## BMV1 – Atribuições da primeira equipe a chegar na cena de incidente de múltiplas vítimas (IMV)

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão

Quando a equipe de suporte básico é a primeira a chegar em um cenário onde existam cinco ou mais vítimas.

### Conduta

1. A equipe deve avaliar a segurança da cena e atuar apenas em área segura.
2. Ao condutor cabe:
  - Iniciar a sinalização da área do incidente;
  - Orientar o posicionamento de outras ambulâncias que cheguem na cena.
3. Ao auxiliar/técnico de enfermagem cabe:
  - Estimar o número e a gravidade das vítimas (mecanismo do trauma, natureza do evento, magnitude, etc.);
  - Avaliar a necessidade de recursos adicionais e especializados: suporte avançado de vida (SAV), suporte básico de vida (SBV), Corpo de Bombeiros, Polícia, Trânsito, etc. (Protocolo PE31);
  - Reportar todas as informações do evento à Regulação Médica, antes de qualquer intervenção na cena, aguardando orientações;
  - Assumir a função de coordenação, temporariamente e até a chegada de uma equipe da SAV;
  - Organizar a distribuição dos recursos humanos e materiais para atendimento, conforme orientação da Central de Regulação;
  - Avaliar a necessidade de organizar uma área de concentração de vítimas (ACV) e estabelecer um local seguro para atendimento e posterior transporte;
  - Na cena segura, iniciar aplicação dos protocolos de triagem, conforme orientação da Central de Regulação;
  - Interagir com os representantes de outras instituições envolvidas no atendimento, respeitando competências e atribuições específicas;
  - Transferir o comando da cena à primeira equipe de SAV que chegar no local e integrar-se ao atendimento na ACV.

### Observações

- Caso a cena não esteja segura, reportar à Central de Regulação, posicionar-se em local seguro e aguardar orientação da Central. Entende-se por local seguro aquele onde os riscos estão controlados. Considerar os 3 "S" (Protocolo PE1).
- A Central de Regulação deverá acionar o plano de contingência, adequado à magnitude do incidente.
- Área de concentração de vítimas (ACV): corresponde ao local onde serão concentrados os recursos de saúde para o atendimento das vítimas.
- Este protocolo se aplica a mortalidade.



**BMV  
2**

Protocolo Samu 192  
Incidentes de Múltiplas Vítimas  
SUPORTE BÁSICO DE VIDA



## BMV2 – Atribuições da equipe de SBV ao chegar na cena de um IMV em andamento

Quando suspeitar ou critérios de inclusão

Suporte básico de vida na cena de incidente de múltiplas vítimas (IMV) em andamento.

### Conduta

1. Considerar os princípios de avaliação da segurança da cena e a sinalização para aproximar-se e estacionar a viatura na área designada pelo comando do incidente;
2. Apresentar-se ao responsável pelo comando do IMV na cena (médico ou outro profissional) portando seus equipamentos básicos (equipamento de proteção individual, mochilas, desfibrilador externo automático e prancha longa são prioritários);
3. Disponibilizar-se para assistência compondo equipes de atendimento e/ou transporte nas diferentes áreas (vermelha, amarela ou verde), conforme determinação do comando do IMV;
4. Apresentar-se ao coordenador da área para o qual foi designado antes de iniciar as atividades;
5. Interagir com os representantes de outras instituições envolvidas e presentes na cena, respeitando suas competências e atribuições profissionais específicas.

### Observações

- Considerar as 3 "S" (Protocolo PE1).



**BMV  
3**

Protocolo Samu 192  
Incidentes de Múltiplas Vítimas  
SUPORTE BÁSICO DE VIDA

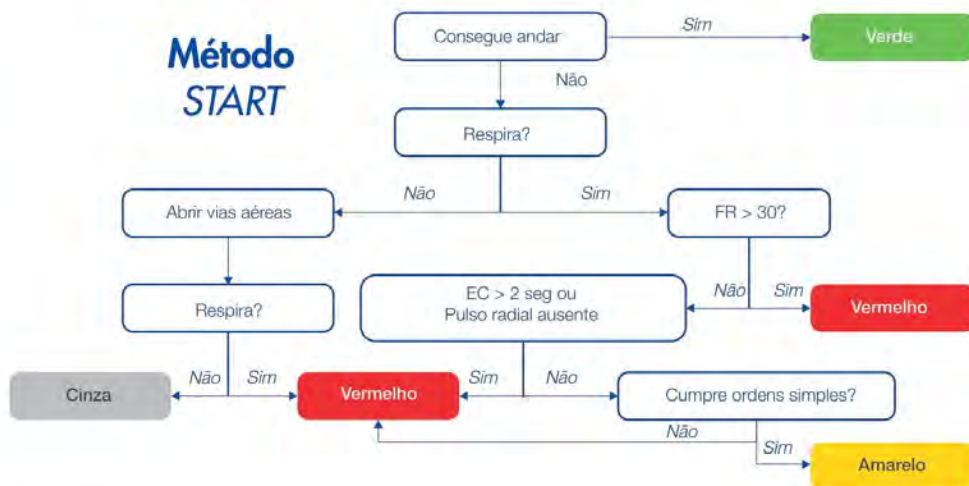


**BMV3 – Triagem de múltiplas vítimas**

Quando suspeitar ou critérios de inclusão  
Incidente de múltiplas vítimas (IMV) em andamento.

**Conduta**

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



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

Imediato/Urgente	Vermelho
Pode aguardar	Amarelo
Leve	Verde
Morto/Inviável	Cinza



**BMV**  
**3**

**Protocolo Samu 192**  
**Incidentes de Múltiplas Vítimas**  
**SUPOORTE BÁSICO DE VIDA**

## BMV3 – Triagem de múltiplas vítimas

### Observações

- Considerar as 3 "S" (Protocolo PE1, PE2, PE3).
- À medida que a triagem se encerrar, o(s) profissional(is) envolvido(s) pode(m) ser empregado(s) em outras funções.
- Na cena insegura, somente profissionais treinados e com equipamento de segurança devem entrar na zona quente para a triagem e retirada das vítimas. Nesses casos, equipes de saúde devem ser designadas prioritariamente para o atendimento.
- A aplicação do método START consiste basicamente em:
  1. Orientar verbalmente todas as vítimas que estejam andando pela cena do IMV (ou que consigam andar) para que saiam da cena e:
    - Identificá-los com a cor VERDE;
    - Direcioná-los para área mais apropriada.
  2. Mover-se pela área onde estão as vítimas que restaram, avaliando rapidamente cada uma delas para classificar e identificar segundo cores. Durante a avaliação, são permitidos procedimentos breves, como abertura de vias aéreas ou controle de sangramento intenso. A cada vítima encontrada:
    - Avaliar a respiração:
      - Se a vítima não respira, realizar manobra manual de abertura de vias aéreas, verificar se há corpo estranho visível na boca e desobstruir se possível. Remover próteses dentárias se estiverem soltas.
        - Se não respira mesmo após abertura das vias aéreas, classificar e identificar como "CINZA";
        - Se respira após abertura das vias aéreas, classificar e identificar como "VERMELHO";
      - Se a vítima respira, verificar a frequência respiratória:
        - Frequência respiratória > 30, classificar e identificar como "VERMELHO";
        - Frequência respiratória < 30, seguir para avaliação do reenchimento capilar.
    - Avaliar o reenchimento capilar ou a presença de pulso radial:
      - Enchimento capilar > 2 segundos ou pulso radial ausente, classificar e identificar como "VERMELHO";
      - Enchimento capilar ≤ 2 segundos ou pulso radial presente, seguir para avaliação da capacidade de cumprir ordens simples.
    - Avaliar a capacidade de cumprir ordens simples: solicitar que a vítima realize um comando simples, por exemplo, "abrir e fechar os olhos" ou "apertar a mão".
      - Não cumpre ordens simples (inconsciente), classificar e identificar como "VERMELHO";
      - Obedece a comandos simples, classificar e identificar como "AMARELO";
      - Considerar o atendimento das vítimas no local da triagem, se seguro, ou sua distribuição pelas cores em uma Área de Concentração de Vítimas (ACV), organizada em área segura;
- As vítimas classificadas como cinza, inicialmente não devem ser removidas ou receber abordagem;
- Diante da disponibilidade de equipes e desde que as intervenções críticas das vítimas classificadas como vermelha e amarela tenham sido completadas, as vítimas classificadas como cinza deverão ser reavaliadas;
- O processo de classificação da vítima é dinâmico e pode ocorrer a reclassificação de prioridade conforme evolução clínica;
- Para identificação, recomenda-se a utilização de cartão de triagem ou outro recurso, como pulseiras e fitas, entre outros. O registro do atendimento das vítimas com as demais informações do cartão (nome, idade, sexo, prioridade, número, etc.) deve ser realizado assim que possível;
- As falhas de triagem podem ser decorrentes de: visibilidade comprometida; utilização de equipamento de proteção individual (EPI) obrigatório (devido à alteração da percepção tátil e visual do profissional); estresse emocional do triador; estresse emocional da vítima (levando a hiperventilação); tempo decorrido entre a triagem e o transporte para a ACV.

Elaboração: Janeiro/2016

BMV3 – Triagem de múltiplas vítimas  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

2/2



**BMV  
4**

Protocolo Samu 192  
Incidentes de Múltiplas Vítimas  
SUPORTE BÁSICO DE VIDA

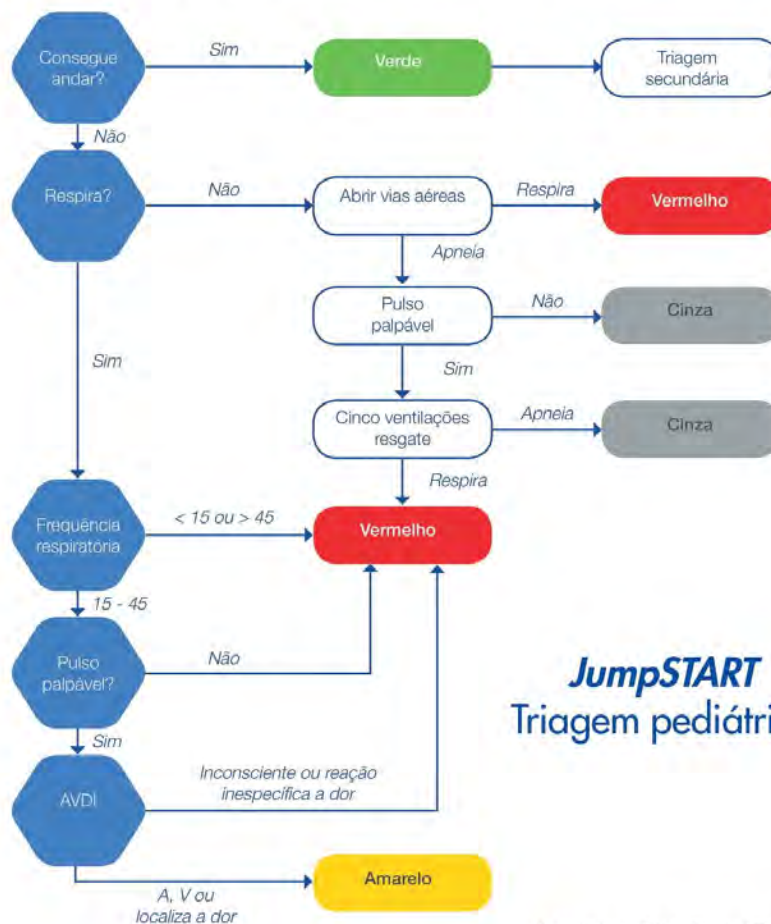


**BMV4 – Triagem de múltiplas vítimas envolvendo crianças**

Quando suspeitar ou critérios de inclusão  
Incidente de múltiplas vítimas (IMV) envolvendo crianças de até 8 anos de idade ou com características dessa faixa etária.

**Conduta**

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



**JumpSTART**  
Triagem pediátrica

Adaptado de ©Lou Romig MD, 2002

Elaboração: Janeiro/2016 | Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis. Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.



**BMV  
4**
**Protocolo Samu 192  
Incidentes de Múltiplas Vítimas  
SUPORTE BÁSICO DE VIDA**
**BMV4 – Triagem de múltiplas vítimas envolvendo crianças**

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

Imediato/Urgente	Vermelho
Pode aguardar	Amarelo
Leve	Verde
Morto/Inviável	Cinza

**Observações:**

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

**BMV**  
**4**

Protocolo Samu 192  
Incidentes de Múltiplas Vítimas  
SUPORTE BÁSICO DE VIDA



## BMV4 – Triagem de múltiplas vítimas envolvendo crianças

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

Elaboração: Janeiro/2016

BMV4 – Triagem de múltiplas vítimas envolvendo crianças

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

3/3







## MOTO 1

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Motolância  
SUPORTE BÁSICO DE VIDA



### MOTO1 – Regras gerais de biossegurança para motolância

#### Indicação

Aplica-se a todos os deslocamentos realizados com motolância.  
Este protocolo complementa o Protocolos PE2 – Regras Gerais de Biossegurança quanto a aspectos específicos relacionados à biossegurança do profissional da motolância.

#### Conduta

1. Considerar a aplicação das Regras Gerais de Biossegurança previstas no Protocolo PE2;
2. Utilizar os seguintes equipamentos de proteção individual (EPIs) obrigatórios específicos em complemento ao previsto no PE2:
  - Capacete
  - Jaqueta
  - Camiseta de manga longa
  - Calça de tecido resistente a abrasão
  - Cotoveleira
  - Joelheira
  - Luvas
  - Botas cano longo
3. Na utilização do capacete:
  - Ajustar a cinta jugular de modo a não ultrapassar o queixo;
  - Manter viseira sempre limpa e sem riscos;
  - Em caso de capacete articulado, realizar os deslocamentos sempre com viseira e queixeira abaixadas e travadas;
4. Para a limpeza do baú e dos materiais e equipamentos da motolância, considerar a frequência e as adaptações necessárias às ações previstas nos PE24 e PE36.

#### Observações

- É considerado infração, pelo Código de Trânsito Brasileiro (CTB) artigo 252, o uso de fones de ouvido conectados a aparelhagem sonora ou de telefonia celular.
- Os EPIs devem atender à seguinte descrição mínima:
  - Capacete: Norma 7471 do Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia (INMETRO), Resolução 203 do Conselho Nacional de Trânsito (CONTRAN) e Portaria 2971/GM de 8 de dezembro de 2008.
  - Jaqueta: confeccionada em couro, cordura ou tecido resistente e com boa flexibilidade para proporcionar melhor ajuste ao motociclista. Deve oferecer proteção nas articulações e coluna e possuir forro térmico.
  - Cotoveleira: articulada e confeccionada com etil vinil acetato (EVA) interno. Deve possuir fixadores ajustáveis no cotovelo e cobertura de terço distal de úmero e proximal de rádio e ulna.
  - Joelheira: confeccionada com EVA interno. Deve possuir fixadores ajustáveis aos joelhos e panturrilhas e cobertura distal de fêmur e proximal de tíbia e fíbula. Os serviços podem considerar o uso de joelheiras articuladas de acordo com a disponibilidade.
  - Luvas: confeccionadas em material resistente e de ajuste rápido; devem oferecer proteção contra atritos e proteção climática (sol, chuva e vento). Recomenda-se o uso de luvas curtas com proteção nas articulações e dedos, além de fecho de velcro único favorecendo o ato de calçar e descalçar.
  - Bota de cano longo: 100% couro, que propicie proteção para pés, tornozelo, tíbia e fíbula e que seja resistente ao sol e à chuva, conforme norma ABNT NBR nº 2345/2015 da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT).

Elaboração: Janeiro/2016

MOTO1 – Regras gerais de biossegurança para motolância

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

1/1



**MOTO  
2**
**Protocolo Samu 192  
Protocolos de Motolância  
SUPORTE BÁSICO DE VIDA**

**MOTO2 – Atribuições e responsabilidades específicas do condutor da motolância**
**Indicação**

Aplica-se aos profissionais da motolância.

Este protocolo complementa o Protocolo PE4 (Atribuições e Responsabilidades da equipe do SAMU) quanto a aspectos específicos relacionados à responsabilidade do profissional da motolância.

**Conduta**

NA PASSAGEM DO PLANTÃO (se houver)

1. Verificar, com o condutor que o antecedeu, as condições do veículo que está recebendo.

NA CHECAGEM DO VEÍCULO NO INÍCIO DO PLANTÃO

1. Manter o veículo sempre pronto para atuar nas emergências;
2. Realizar a checagem de itens PCLOC:

	PNEUS
P	<b>Inspecionar:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Índice de desgaste de pneus- TWI</li> <li>• Pressão</li> <li>• Presença de amassados de rodas</li> <li>• Tensão de raios e folgas de rolamentos e parafusos</li> <li>• Desgaste de pastilha de freios</li> </ul>
	CABOS E COMANDOS
C	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Embreagem: Inspecionar presença de folga mínima exigida conforme manual do fabricante e regular de acordo com a sua utilização. Lubrificar, se necessário.</li> <li>• Freios: Realizar teste funcional de freios dianteiros e traseiros.</li> <li>• Acelerador: Verificar aceleração, folga do cabo, suavidade na posição neutra do guidão e batente à direita e à esquerda.</li> </ul>
	LUZES E SISTEMA ELÉTRICO
L	<b>Verificar funcionamento de:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Luzes de freio manual e pedal, piscas dianteiros e traseiros, farol alto e baixo, sinalizadores ópticos, sinais sonoros em todas as fases;</li> <li>• Iniciar partida e verificar auto teste no painel.</li> </ul>
	ÓLEOS E FLUIDOS
O	<b>Verificar:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Óleo do motor (antes de conduzir a motocicleta): Se necessário, adicionar óleo ou substituí-lo conforme manual do fabricante.</li> <li>• Fluidos de freios: Nível do reservatório.</li> <li>• Combustível: Nível no marcador do painel e no tanque.</li> </ul>
	CORRENTE E TRANSMISSÃO
C	<b>Verificar:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Folga da corrente conforme manual do fabricante;</li> <li>• Limpeza e lubrificação, sempre que necessário, conforme manual do fabricante.</li> </ul>

Elaboração: Janeiro/2016 | MOTO2 – Atribuições e responsabilidades específicas do condutor da motolância | Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis. Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/2



## MOTO 2

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Motolância  
SUPORTE BÁSICO DE VIDA

### MOTO2 – Atribuições e responsabilidades específicas do condutor da motolância

DURANTE O DESLOCAMENTO DA VIATURA

1. Atentar para:
  - ruídos anormais
  - eventuais peças soltas
  - estado dos freios.
2. Utilizar o sistema de comunicação disponível no serviço, considerando a legislação;
3. Utilizar a sinalização sonora com critério, atentando para seus efeitos estressantes sobre a equipe de socorro (Protocolo PE6) e população do entorno;
4. Utilizar as luzes e iluminação de emergência da viatura (giroflex), atentando rigorosamente para o cumprimento da legislação específica (Protocolo PE6);
5. Conduzir o veículo segundo legislação de trânsito prevista no Código de Trânsito Brasileiro (CTB) e nas Resoluções do Conselho Nacional de Trânsito (CONTRAN) para veículos de emergência;
6. Seguir as regras gerais para deslocamento, estacionamento e sinalização da via (Protocolo MOTO 3,4,5,6);
7. Portar durante todo o plantão os seguintes documentos:
  - habilitação com a autorização para conduzir veículo de emergência
  - documentos da viatura.
8. Conhecer o sistema viário e as principais referências da região em que trabalha.

#### Observações

- TWI (*tread wear indicator*): índice de desgaste do pneu.
- Em motocicletas com refrigeração líquida, deve ser realizada a verificação do nível do reservatório.
- É considerado infração, pelo CTB artigo 252, o uso de fones de ouvido conectados a aparelhagem sonora ou de telefonia celular.
- Os serviços devem desenvolver rotina de checagem da viatura com *checklist*, acrescentando itens à rotina sugerida acima, se necessário.

Elaboração: Janeiro/2016

MOTO2 – Atribuições e responsabilidades específicas do condutor da motolância

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

2/2



**MOTO  
3**

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Motolância  
SUPORTE BÁSICO DE VIDA



**MOTO3 – Carta de sinais para deslocamento de motolâncias**

**Indicação**

Durante os deslocamentos de motolância, para expressar por meio não-verbal ao companheiro de equipe, orientações sobre diversas situações de forma padronizada.

**Procedimentos:**

SINALIZAR COM A MÃO ESQUERDA CONFORME A NECESSIDADE:

ATENÇÃO	APROXIMAÇÃO
<p>OBS: Esse sinal antecede todos os demais.</p> 	<p>OBS: Realizar movimento circular com a mão espalmada atrás do capacete.</p> 
VIRAR À DIREITA	VIRAR À ESQUERDA
<p>OBS: Realizar com a mão espalmada.</p> 	<p>OBS: Realizar com a mão espalmada e braço estendido em ângulo de 90°.</p> 
MUDANÇA DE FAIXA A DIREITA	MUDANÇA DE FAIXA A ESQUERDA
<p>OBS: Precedido de movimento circular à direita.</p> 	<p>OBS: Precedido de movimento circular à esquerda.</p> 

Elaboração: Janeiro/2016

MOTO3 – Carta de sinais para deslocamento de motolâncias  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/3



**MOTO**  
**3**

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Motolância  
**SUPOORTE BÁSICO DE VIDA**

**MOTO3 – Carta de sinais para deslocamento de motolâncias**

**2º MOTOCICLISTA PARAR À ESQUERDA**

OBS: Atenção pra o braço à 45°  
(apontado para o chão)



**ANIMAL NA PISTA**



**INFILTRAÇÃO**

OBS: Realizar movimento com a mão espalmada à  
frente e acima do capacete



**LOMBADA/ OBSTÁCULO**

OBS: Realizar movimento ondulado com  
a mão espalmada.



**RADAR**



**SUJIDADE NA PISTA**

OBS: Realizar movimento circular com a mão  
espalmada para baixo e braço estendido.



Elaboração: Janeiro/2016

MOTO3 – Carta de sinais para deslocamento de motolâncias

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

2/3



**MOTO**  
**3**

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Motolância  
SUPORTE BÁSICO DE VIDA



**MOTO3 – Carta de sinais para deslocamento de motolâncias**

**DIMINUIR VELOCIDADE**

OBS: Realizar movimento para cima e para baixo com a mão espalmada para baixo.



**AUMENTAR VELOCIDADE**

OBS: Realizar movimento para cima e para baixo com a mão espalmada para cima.



**COLUNA POR DOIS ALTERNADA**



**INVERSÃO DE COLUNA POR DOIS ALTERNADA**



**PARAR E/OU DESLIGAR SINAIS SONOROS**



**Observações**

- A comunicação não verbal realizada por meio de sinais durante os deslocamentos é um recurso em benefício da segurança.

Elaboração: Janeiro/2016

MOTO3 – Carta de sinais para deslocamento de motolâncias  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

3/3



**MOTO  
4**
**Protocolo Samu 192  
Protocolos de Motolância  
SUPORTE BÁSICO DE VIDA**

**MOTO4 – Regras específicas de deslocamento da motolância**
**Indicação**

Aplica-se ao profissional responsável pela condução da motolância, durante deslocamento. Este protocolo considera os aspectos que se aplicam à motolância no Protocolo PE6 e o complementa quanto a aspectos específicos relacionados à condução desse tipo de veículo.

**Conduta**
**1. ASPECTOS FUNDAMENTAIS**

- Utilizar equipamentos de proteção obrigatórios específicos (Protocolo MOTO 1).
- Considerar as atribuições e responsabilidades da equipe do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) (Protocolo PE6) e do condutor de motolância (Protocolo MOTO 2).
- Considerar os aspectos fundamentais que se aplicam à motolância no Protocolo PE6.

**2. CONDUÇÃO DEFENSIVA**

- Considerar as diretrizes da regra PIPDE para condução defensiva da motolância:

	<b>PROCURAR / PESQUISAR</b>
<b>P</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atentar para tudo o que está ao seu redor (animais, pedestres, outros veículos, condições de piso e objetos fixos).</li> </ul>
	<b>IDENTIFICAR</b>
<b>I</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Situações que possam gerar riscos.</li> </ul>
	<b>PREVER / PREVENIR</b>
<b>P</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manter atenção constante às mudanças do cenário.</li> </ul>
	<b>DECIDIR</b>
<b>D</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Escolher a menor situação de risco diante de uma adversidade.</li> </ul>
	<b>EXECUTAR</b>
<b>E</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diante de uma adversidade, realizar a manobra adequada com determinação e rapidez.</li> </ul>

**3. DURANTE O DESLOCAMENTO ATÉ O LOCAL DA OCORRÊNCIA**

- Utilizar Carta de Sinais (Protocolo MOTO 3).
- Manter faróis acesos em luz baixa durante a noite e o dia, conforme art.40, cap. III do Código de Trânsito Brasileiro (CTB).
- Deslocar-se em velocidade compatível com a via.
- Utilizar tipos diferentes de sirenes entre as motolâncias, quando em deslocamento para atendimento.
- Deslocar em "Coluna por um alternada".
- Manter distância de seguimento de três segundos em velocidade de até 70km/h e de cinco segundos em velocidade acima de 70km/h.
- Em ultrapassagens:
  - Realizar sempre pela esquerda do veículo na via;
  - Executar obrigatoriamente o mesmo trajeto pelas duas motolâncias (*"onde passa a primeira, passa a segunda"*).

Elaboração: Janeiro/2016

**MOTO4 – Regras específicas de deslocamento da motolância**

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

**1/3**




## MOTO 4

### Protocolo Samu 192 Protocolos de Motolância SUPORTE BÁSICO DE VIDA

## MOTO4 – Regras específicas de deslocamento da motolância

- Na passagem por corredor:
    - Sinalizar antecipadamente, respeitando o tempo de 3 segundos entre as motolâncias;
    - Reduzir a velocidade para no máximo 40 km/h e garantir a segurança.
  - Na passagem por via coletora:
    - Usar a "Passagem tálica com fechamento faixa a faixa", um motociclista à esquerda e outro à direita, respeitando distância lateral entre guias.
  - Evitar o ponto cego dos veículos, mantendo-se no visual dos outros motoristas.
- 4. NO DESLOCAMENTO EM SITUAÇÕES DE CHUVA, NEBLINA E BAIXA LUMINOSIDADE**
- Aumentar o nível de atenção no deslocamento nas condições.
  - Ajustar a velocidade à condição de segurança proporcionada pela pista.
  - Aumentar a distância entre as motolâncias e os veículos.
- 5. NO DESLOCAMENTO EM SITUAÇÕES DE BAIXA ADERÊNCIA**
- Aumentar o nível de atenção no deslocamento nas condições.
  - Ajustar a velocidade à condição de segurança proporcionada pela pista.
  - Aumentar a distância entre as motolâncias e os veículos.
  - Deslocar o corpo para manter tração das rodas atentando para a inclinação da motocicleta, sempre com pernas flexionadas, pés firmes nas pedaleiras e pressionando os joelhos contra o tanque.
  - Em transposição de obstáculos, sempre manter a posição em pé, utilizando sempre ângulo de 90°.
- 6. NO LOCAL DA OCORRÊNCIA**
- Decidir pela distância segura em se tratando de um acidente, observando a existência de vazamento de óleo, combustível, gases, fumaça, fogo, etc. (Protocolo PE1)
  - Quanto ao posicionamento na cena:
    - Posicionar as motolância de forma a facilitar o fluxo de veículos na via e não dificultar ou obstruir a chegada de viaturas de apoio;
    - Estacionar as motolância com distância de 1 (um) metro entre elas e perpendicular ao meio-fio, mantendo alinhamento entre elas;
    - Em vias públicas, posicionar a motolância de forma a garantir a adequada sinalização da cena: uma motolância antes e outra à frente do incidente com a sinalização voltada para o fluxo de veículos observando posicionar o farol em direção oposta ao fluxo, obedecendo ao limite de distância conforme a velocidade da via;
    - Posicionar a motolância após o evento, se a cena já estiver sinalizada com outros veículos de serviço no local, desde que não haja nenhum impedimento para deslocar-se até essa posição. Se houver, posicione antes ou no melhor local possível e revise as sinalizações já existentes para garantir as distâncias de segurança. (Protocolo PE7)
- 7. NO RETORNO PARA BASE**
- Deslocar-se em velocidade compatível com a via.
  - Manter atenção à solicitação de nova ocorrência.
  - Desligar sinais luminosos intermitentes, cumprindo a Resolução nº 268 do Conselho Nacional de Trânsito.
- 8. ESTACIONAMENTO DA MOTOLÂNCIA**
- Estacionar as motocicletas com distância de 1 (um) metro entre elas e perpendicular ao meio-fio, mantendo alinhamento.

**MOTO**  
**4**

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Motolância  
SUPORTE BÁSICO DE VIDA



## MOTO4 – Regras específicas de deslocamento da motolância

### 9. PRERROGATIVAS e PRIVILÉGIOS EM EFETIVA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO DE URGÊNCIA

- Ultrapassar um semáforo vermelho, desde que garantidas todas as questões de segurança (CTB artigo 29, VIII);
- Trafegar na contramão, desde que garantidas todas as questões de segurança (CTB artigo 29, VIII);
- Estacionar em local proibido, desde que garantidas todas as questões de segurança (CTB artigo 29, VIII).

### 10. IMPEDIMENTOS

- Não é permitido ultrapassar o limite de velocidade máxima estabelecida para uma via.

### Observação

- PUNTO CEGO - Área da pista lateral ao veículo fora do alcance da visão periférica do motorista mesmo com uso de retrovisores.

Elaboração: Janeiro/2016

MOTO4 – Regras específicas de deslocamento da motolância

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

3/3



**MOTO**  
**5**

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Motolância  
SUPORTE BÁSICO DE VIDA



## MOTO5 – Procedimentos iniciais em caso de acidentes com a motolância

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão

Em qualquer situação de acidente que envolva a motolância.

Inclui:

- Acidentes durante deslocamentos de emergência ou administrativos;
- Acidentes com ou sem vítimas.

### Conduta

#### ACIDENTE SEM VÍTIMA:

1. Garantir a segurança do local conforme preconizado nos protocolos PE1 e PE7;
2. Confirmar ausência de vítimas no acidente;
3. Entrar em contato com a Regulação Médica e informar:
  - Sobre a ocorrência de acidente sem vítimas, com ênfase para a localização do evento;
  - Sobre a condição da motolância: acidente em deslocamento ou não;
  - Sobre a necessidade de apoio e providências legais cabíveis;
4. Na presença de terceiros envolvidos no acidente, anotar: nome, RG e endereço dos envolvidos e placa dos demais veículos;
5. Informar a Regulação Médica sobre a possibilidade de prosseguimento ou não para o local de destino previamente estabelecido e a condição do paciente (se houver);
  - Na impossibilidade de prosseguimento, solicitar apoio via Regulação Médica e aguardar no local;
  - Na possibilidade de prosseguimento, após contato com a Regulação Médica seguir para o destino previamente estabelecido ou informado pela Regulação Médica;
6. Considerar orientação da Regulação Médica sobre o momento oportuno para a realização do boletim de ocorrência.

#### ACIDENTE COM VÍTIMA:

Considerando a equipe do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) fisicamente apta para as ações, seguir as seguintes regras gerais:

1. Garantir a segurança do local conforme preconizado nos protocolos PE1 e PE7;
2. Entrar em contato com a Regulação Médica e informar:
  - Sobre a ocorrência de acidente com vítima, com ênfase para localização, número de vítimas e presença de vítimas entre os profissionais da equipe;
  - Sobre a condição: acidente em deslocamento ou não;
  - Sobre a necessidade de apoio e providências legais cabíveis;
3. Realizar o atendimento à(s) vítima(s), considerando os protocolos indicados.

Elaboração: Janeiro/2016

MOTOS – Procedimentos iniciais em caso de acidentes com a motolância  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/3



## **MOTO** **5**

**Protocolo Samu 192**  
**Protocolos de Motolância**  
**SUORTE BÁSICO DE VIDA**

### **MOTO5 – Procedimentos iniciais em caso de acidentes com a motolância**

- 4. Assim que possível, informar a Regulação Médica sobre:**
  - vítimas já em atendimento e suas condições;
  - chegada de equipes de apoio;
  - chegada de equipes especializadas (policimento e outras);
  - possibilidade de prosseguimento ou não para o destino:
    - Na impossibilidade de prosseguimento, aguardar apoio no local. Na presença de vítima, garantir se possível suporte à vida até a chegada de outra ambulância para o transporte;
    - Na possibilidade de prosseguimento, aguardar autorização da Regulação Médica para prosseguir para o destino previamente estabelecido ou informado;
- 5. Considerar orientação da Regulação Médica sobre o momento oportuno para a realização do boletim de ocorrência.**

Considerando a equipe do SAMU fisicamente inapta para as ações:

Se possível:

- Entrar em contato com a Regulação Médica e informar sobre a ocorrência de acidente com vítimas entre os profissionais da equipe e aguardar apoio; ou
- Solicitar a um cidadão que entre em contato com o 192 e informe a ocorrência com a equipe da motolância.

### **Observações**

- Caso o acidente tenha ocorrido durante deslocamento para atendimento, é importante identificar esse fato para a Regulação Médica, a fim de permitir o direcionamento de outra equipe para o esse atendimento.
- Cabe à Regulação Médica a tomada de decisão e acionamento dos recursos adicionais ou especializados para fazer frente às necessidades no local do acidente, incluindo guinchamento e providências legais.
- Na avaliação da possibilidade de prosseguimento com a motolância mesmo após a ocorrência de acidente, devem ser considerados: as condições gerais de segurança, a capacidade de movimentação do veículo e os riscos para agravamento dos danos.
- Cabe à Regulação Médica decidir se a motolância, estando em condições de prosseguir mesmo após se envolver em acidente, deverá sair da cena do acidente para socorrer vítima em estado grave.
- Os serviços devem estabelecer rotinas adicionais para apoio aos profissionais em caso de acidentes com as motolâncias, bem como em relação a confecção do boletim de ocorrência;
- Sugere-se o registro sistemático, acompanhamento e avaliação dos acidentes envolvendo motolâncias, a fim de compreender e atuar sobre fatores que possam estar associados à sua ocorrência por meio de ações educativas e de gestão.

Elaboração: Janeiro/2016

MOTO5 – Procedimentos iniciais em caso de acidentes com a motolância  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

2/3



## MOTO 6

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Motolância  
SUPORTE BÁSICO DE VIDA



### MOTO6 – Regras gerais para deslocamento de motolâncias em comboio

#### Indicação

Em qualquer situação de necessidade de deslocamento de grupo de motolâncias (comboio).

#### Procedimentos:

1. Utilizar equipamento de proteção individual (Protocolo MOTO 1);
2. Considerar atribuições e responsabilidades da equipe do SAMU (Protocolo PE4) e do condutor da motolância (Protocolo MOTO 2);
3. Deslocar motolância conforme regras específicas (Protocolo MOTO 4), com especial atenção para as particularidades do deslocamento em comboio:
  - Deslocamento em bloco único formado por duas colunas intercaladas;
  - Utilizar apenas uma faixa de rolamento;
  - Posicionar a 1ª moto do comboio sempre à esquerda da via.

Obs.: Poderá ser solicitado, pelo líder, novas formações:

- Coluna por um
- Coluna por um alternada
- Coluna por um em linha
- Inversão de coluna
- Coluna por dois;

4. Executar funções de acordo com o posicionamento dentro do comboio:

#### PRIMEIRO MOTOCICLISTA DO COMBOIO

- Assumir a função de líder do comboio,
- Definir:
  - Informações ou instruções gerais ao comboio
  - Trajeto
  - Velocidade do deslocamento
  - Tipo de formação a ser adotada
  - Pontos de parada

#### MOTOCICLISTA INTERMEDIÁRIO

- Atender qualquer solicitação de integrantes do comboio e transmiti-la ao líder;

#### MOTOCICLISTA CERRA FILA

- Última motolância do comboio
- Dar suporte ao líder indicando anormalidades durante o deslocamento

5. Utilizar carta de sinais para comunicação entre os participantes do comboio (Protocolo MOTO 3).

Elaboração: Janeiro/2016

MOTO6 – Regras gerais para deslocamento de motolâncias em comboio  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/1



# Referência Bibliográfica



**Protocolo Samu 192**

**SUPOORTE BÁSICO DE VIDA**



## Referências Bibliográficas

1. BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em: [www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)
2. BRASIL. Lei n. 9.503 de 23 de setembro de 1997. Institui o novo Código de Trânsito Brasileiro. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/19503.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19503.htm)
3. BRASIL. Portaria n. 2048, de 05 de novembro de 2002. Dispõe sobre o regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-2048.htm>
4. BRASIL. Portaria n. 2994, de 13 de dezembro de 2011. Aprova a Linha de Cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio e o Protocolo de Síndromas Coronarianas Agudas, cria e altera procedimentos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2994\\_15\\_12\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2994_15_12_2011.html)
5. BRASIL. Portaria n. 665, de 12 de abril de 2012. Dispõe sobre os critérios de habilitação dos estabelecimentos hospitalares como Centro de Atendimento de Urgência aos Pacientes com Acidente Vascular Cerebral (AVC), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), institui o respectivo incentivo financeiro e aprova a Linha de Cuidados em AVC. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/PRT0665\\_12\\_04\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/PRT0665_12_04_2012.html)
6. BRASIL. Portaria n. 1.365, de 8 de julho de 2013. Aprova e institui a Linha de Cuidado ao Trauma na Rede de Atenção às Urgências e Emergências. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1365\\_08\\_07\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1365_08_07_2013.html)
7. Ministério da Saúde. Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Regulação Médica das Urgências. Série Normas e Manuais Técnicos. Brasília, Ministério da Saúde, 2006.
8. Ministério da Saúde. Prevenção de suicídio. Manual dirigido a profissionais de saúde mental 2006. [12 fev. 2011]. Disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_editoracao.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_editoracao.pdf)
9. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Guia de Vigilância Epidemiológica. Série A. Normas e Manuais Técnicos. 7ª ed. Caderno 14. Acidentes com animais peçonhentos. Brasília, DF, 2009. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/gve\\_7ed\\_web\\_atual.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/gve_7ed_web_atual.pdf)
10. Ministério da Saúde. Conselho Federal de Medicina. Centro Brasileiro de Classificação de Doenças. A declaração de óbito: documento necessário e importante. Série A. Normas e Manuais Técnicos. 3ª ed. Brasília, 2009. Disponível em: [http://www.es.gov.br:81/Banco%20de%20Documentos/declaracao\\_de\\_obito00.pdf](http://www.es.gov.br:81/Banco%20de%20Documentos/declaracao_de_obito00.pdf)
11. Ministério da Saúde. Brasil. Organização Pan-Americana da Saúde. Biossegurança em saúde: prioridades e estratégias de ação. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília, Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/biosseguranca\\_saude\\_prioridades\\_estrategicas\\_acao\\_p1.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/biosseguranca_saude_prioridades_estrategicas_acao_p1.pdf)
12. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Manual de Instruções para o preenchimento da Declaração de Óbito / Ministério da Saúde. Série A. Normas e Manuais Técnicos. 4ª. ed. Brasília, 2011. Disponível em: [http://svs.aids.gov.br/download/manuais/Manual\\_Instr\\_Preench\\_DO\\_2011\\_jan.pdf](http://svs.aids.gov.br/download/manuais/Manual_Instr_Preench_DO_2011_jan.pdf)
13. Ministério da Saúde. Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Cartilha para o tratamento de emergência das queimaduras. Brasília, Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha\\_tratamento\\_emergencia\\_queimaduras.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_tratamento_emergencia_queimaduras.pdf)

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Outubro/2014

1/4



**Protocolo Samu 192**

**SUPOORTE BÁSICO DE VIDA**

## Referências Bibliográficas

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

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Outubro/2014

2/4





**Protocolo Samu 192**

**SUPOORTE BÁSICO DE VIDA**



## Referências Bibliográficas

31. Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. Divisão Técnica de Fiscalização, Comunicação e Informação. SAMU 192. Protocolos de Atendimento Pré-hospitalar em Suporte avançada de Vida. 3a rev. 2012.
32. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia para o Manejo da Asma, 2012. J Bras Pneumol 2012; 38(Supl 1).
33. Organização Mundial da Saúde. Prevenção do Suicídio. Um Manual para médicos clínicos gerais. [12 fev. 2011]. Disponível em: [http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO\\_MNH\\_MBD\\_00\\_1\\_por.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_MNH_MBD_00_1_por.pdf)
34. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Arq Bras de Card. 2013;101,n 2 (Supl3).
35. Bigham BJ; The Canadian Patient Safety Institute. Patient safety in emergency medical services - Advancing and aligning the culture of patient safety in EMS. [data desconhecida] Disponível em: <http://www.patientsafetyinstitute.ca/English/research/commissionedResearch/patientSafetyinEMS>
36. Agência Nacional de Vigilância Sanitária ANVISA. Assistência Segura: Uma reflexão teórica aplicada à prática. Brasília : ANVISA 1ª.ed;2013. Disponível em: [http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/images/documentos/livros/Livro1-Assistencia\\_Segura.pdf](http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/images/documentos/livros/Livro1-Assistencia_Segura.pdf)
37. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº 1.480, de 08 de agosto de 1997. A morte encefálica será caracterizada através da realização de exames clínicos e complementares durante intervalos de tempo variáveis, próprios para determinadas faixas etárias. DOU nº 160, 21 ago 1997. Seção 1, p. 18.227.
38. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº 1.641, de 12 de julho de 2002. Veda a emissão, pelo médico, de Declaração de Óbito nos casos em que houve atuação de profissional não-médico e dá outras providências. DOU nº 144, 29 jul, 2002, Seção 1, p. 229.
39. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº 1.779, de 11 de novembro de 2005. Regulamenta a responsabilidade médica no fornecimento da Declaração de Óbito. DOU 05 dez 2005, Seção 1, p. 121.
40. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº 1.805, de 09 de novembro de 2006. Na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal. DOU, 28 nov. 2006. Seção 1, p. 169.
41. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução 427 de 07 de maio de 2012. Normatiza os procedimentos de Enfermagem no emprego de contenção mecânica de pacientes. Diário Oficial da União, Brasília 07 de julho de 2010, seção 1, p. 133.
42. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Dispõe sobre as diretrizes antecipadas de vontade dos pacientes. Resolução nº 1.995, de 09 de agosto de 2012. DOU, 31 ago. 2012. Seção 1, p. 269.
43. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução 2057 de 12 de novembro de 2013. Dispõe sobre a normatização do funcionamento dos Serviços Pré-Hospitalares Móveis de Urgência e Emergência, em todo o território nacional. Diário Oficial da União, Brasília 19 de novembro de 2014, seção 1, p. 199.
44. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Dispõe sobre as diretrizes antecipadas de vontade dos pacientes. Resolução nº 1.995, de 09 de agosto de 2012. DOU, 31 ago. 2012. Seção 1, p. 269.

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Outubro/2014

3/4



Protocolo Samu 192

**SUPOORTE BÁSICO DE VIDA**

## Referências Bibliográficas

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

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Outubro/2014

4/4



**Protocolo Samu 192**

**SUPOORTE BÁSICO DE VIDA**



## **Bibliografia Consultada - 2015-2016**

1. Brasil. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm)>
2. Brasil. Lei nº 8.213/1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L8213cons.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8213cons.htm)
3. Brasil. Lei n.º 9.503 de 23 de setembro de 1997. Institui a nova Código de Trânsito Brasileiro. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L9503Compilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9503Compilado.htm)
4. Brasil. Portaria 2048 de 05 de novembro de 2002. Dispõe sobre o regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048\\_05\\_11\\_2002.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html)
5. Brasil. Lei nº 10.741 de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/L10.741.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm)>
6. Brasil. Lei nº 10.778 de 24 de novembro de 2003. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/L10.778.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.778.htm)
7. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.968 de 25 de outubro de 2001. Dispõe sobre a notificação de casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes. Disponível em: <http://www.mprs.mp.br/infancia/legislacao/id2175.htm>
8. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.406 de 5 de novembro de 2004. Institui serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher, e aprova instrumento e fluxo para notificação. Republicada em 8/11/2004, seção 1, página 84.
9. Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria nº 485, de 11 de novembro de 2005. Aprova a norma regulamentadora nº 32 (Segurança e saúde no trabalho em estabelecimentos de saúde). Disponível em: [http://www.mte.gov.br/legislacao/normas\\_regulamentadoras/nr\\_32.pdf](http://www.mte.gov.br/legislacao/normas_regulamentadoras/nr_32.pdf)
10. Ministério da Saúde. Portaria nº 2971, de 08 de dezembro de 2008. Institui o veículo motocicleta-motolância como integrante da frota de intervenção do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência em toda a Rede SAMU 192 e define critérios técnicos para sua utilização. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt2971\\_08\\_12\\_2008.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt2971_08_12_2008.html)
11. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.271 de 06 de junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271\\_06\\_06\\_2014.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html)>
12. Ministério da Saúde. Portaria 1.115 de 19 de outubro de 2015. Aprova o Protocolo de uso da hidroxocobalamina na intoxicação aguda por cianeto. Disponível em: [http://conitec.gov.br/imagens/Protocolos/Protocolo\\_Uso/ProtocoloUso\\_Hidroxocobalamina\\_2015.pdf](http://conitec.gov.br/imagens/Protocolos/Protocolo_Uso/ProtocoloUso_Hidroxocobalamina_2015.pdf)
13. Ministério da Saúde. Coordenação de Controle de Infecção Hospitalar. Processamento de Artigos e Superfícies em Estabelecimentos de Saúde, 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1994. Disponível em: [http://www.anvisa.gov.br/servicos/saude/controle/processamento\\_artigos.pdf](http://www.anvisa.gov.br/servicos/saude/controle/processamento_artigos.pdf)

Elaboração: Janeiro/2016

1/10



**Protocolo Samu 192**

**SUPORE BÁSICO DE VIDA**

## **Bibliografia Consultada - 2015-2016**

14. Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior. Instituto Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial. Portaria n.º 086, de 24 de abril de 2002. Dispõe sobre o uso de capacete para condutores e passageiros de motocicletas e similares. Disponível em : <http://www.inmetro.gov.br/legislacao/rtac/pdf/RTAC000764.pdf>
15. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Notificação de acidentes do trabalho fatais, graves e com crianças e adolescentes. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. 32 p. – (Série A. Normas e Manuais técnicos).
16. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Exposição a materiais biológicos. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. (Série A. Normas e Manuais Técnicos)
17. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher : princípios e diretrizes. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. 82 p. : il. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).
19. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: [http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt\\_366915019.pdf](http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_366915019.pdf)
20. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 5. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010.
21. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Manual Técnico – Gestação de Alto Risco. Brasília, 2012.
22. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Manual de rotinas para atenção ao AVC / Ministério da Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_rotinas\\_para\\_atencao\\_avc.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_rotinas_para_atencao_avc.pdf)
23. Ministério da Saúde. Universidade Estadual do Ceará. Humanização do parto e do nascimento. Brasília ; Ministério da Saúde, 2014. 465 p. (Cadernos HumanizaSUS).
24. Ministério da Saúde. Ministério da Justiça. Secretaria de Políticas Para as Mulheres - Norma Técnica da Atenção Humanizada às Pessoas em Situação de Violência Sexual com Registro de Informações e Coleta de Vestígios. Brasília, 2015. Disponível em: <http://www.spm.gov.br/central-de-conteudos/publicacoes/publicacoes/2015/norma-tecnica-versaoweb.pdf>
25. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) n° 306, de 7 de dezembro de 2004. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect>.
26. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do paciente em serviços de saúde, limpeza e desinfecção de superfícies/Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2010

Elaboração | janeiro/2016

2/10



Protocolo Samu 192

**SUPOORTE BÁSICO DE VIDA**



## **Bibliografia Consultada - 2015-2016**

27. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Abordagem de Vigilância Sanitária de Produtos para Saúde Comercializados no Brasil: Ventilador Pulmonar BIT – Boletim Informativo de Tecnovigilância, Brasília, nº 03, jul/ago/set 2011. Disponível em: [http://www.anvisa.gov.br/boletim\\_tecno/boletim\\_tecno\\_novembro\\_2011/PDF/Microsoft22112011.pdf](http://www.anvisa.gov.br/boletim_tecno/boletim_tecno_novembro_2011/PDF/Microsoft22112011.pdf)
28. Agência Nacional de Vigilância Sanitária Abordagem de Vigilância Sanitária de Produtos para Saúde Comercializados no Brasil: Desfibrilador Externo BIT – Boletim Informativo de Tecnovigilância, Brasília, nº 01, jan/fev/mar 2011. Disponível em: [http://www.anvisa.gov.br/boletim\\_tecno/boletim\\_tecno\\_fev2011/PDF/matriz\\_desfibri\\_que\\_emos04fev2011.pdf](http://www.anvisa.gov.br/boletim_tecno/boletim_tecno_fev2011/PDF/matriz_desfibri_que_emos04fev2011.pdf)
29. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. FIOCRUZ. Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais. Protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos. Disponível em: [file:///C:/Users/DELL/Downloads/protoc\\_identificacaoPaciente.pdf](file:///C:/Users/DELL/Downloads/protoc_identificacaoPaciente.pdf)
30. Associação Brasileira de Normas Técnicas. Veículos rodoviários automotores — Capacete e viseiras para condutores e passageiros de motocicletas e veículos similares — Requisitos de desempenho e métodos de ensaio. Brasília: ABNT; 09/12/2015. NBR 7471.
31. Associação Brasileira de Normas Técnicas. Produtos químicos - Informações sobre segurança, saúde e meio ambiente. Parte 1: Terminologia. Brasília: ABNT; 26/08/2009. NBR 1475-1.
32. Associação Brasileira de Normas Técnicas. Transporte rodoviário de produtos perigosos — Diretrizes do atendimento à emergência. Brasília: ABNT; 30/07/2015 NBR 14064.
33. Conselho Nacional de Trânsito. Resolução no. 203 de 29 de setembro de 2006. Disciplina o uso de capacete para condutor e passageiro de motocicleta, motoneta, ciclomotor, triciclo motorizados e quadriciclo motorizado, e dá outras providências. Disponível em: [http://www.denatran.gov.br/download/resolucoes/resolucao203\\_06.pdf](http://www.denatran.gov.br/download/resolucoes/resolucao203_06.pdf)
34. São Paulo, Lei nº. 10.241 de 17 de março de 1999. Dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Estado. Disponível em: <http://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei/1999/lei-10241-17.03.1999.html>
35. Secretaria dos Transportes. Governo do Estado de São Paulo. Departamento de Estrada de Rodagem. Manual de Sinalização Rodoviária, 2ª edição, Vol III, Obras, Serviços de Conservação e Emergência, 2006. (Série Manuais).
36. Secretaria de Estado da Saúde Pública do Rio Grande do Norte. Protocolo de assistência materno infantil do Estado do Rio Grande do Norte. Natal, EDRN, 2014. 101 p.
37. Conselho Regional de Medicina do estado de São Paulo. Resolução nº 70 de 14 de novembro de 1995. Diário Oficial do Estado n. 226, 28 nov. 1995. Seção 1
38. Conselho Federal de Medicina. Resolução n.º 1.605, de 15 de setembro de 2000. Retificação publicada no D.O.U. 31 JAN 2002, Seção 1, pg. 103.
39. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.638, de 10 de julho de 2002. Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde. D.O.U. de 9 de agosto de 2002, Seção 1, p.184-5.
40. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.821, de 11 de julho de 2007. Diário Oficial da União, 23 nov. 2007. Seção 1, p. 252.

Elaboração: Janeiro/2016

3/10



**Protocolo Samu 192**

**SUPOORTE BÁSICO DE VIDA**

## **Bibliografia Consultada - 2015-2016**

41. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução 311 de 08 de fevereiro de 2007 Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Disponível: [http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3112007\\_4345.html](http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3112007_4345.html)
42. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.931, de 17 de Setembro de 2009
43. Novo Código de Ética Médica. Retificação publicada no D.O.U. de 13 de outubro de 2009, Seção I, p.173.
44. American Heart Association. Guidelines Update for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care - Part 11: Pediatric Basic Life Support and Cardiopulmonary Resuscitation Quality. *Circulation* 2015; 132 (suppl 2):S519-S525.
45. American Heart Association. Guidelines Update for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care - Part 10: Special Circumstances of Resuscitation 2015. *Circulation* 2015;132 (suppl 2).
46. American Heart Association. Guidelines Update for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care - Part 12. Pediatric Advanced Life Support. *Circulation* 2015;132 (suppl 2):S526-S542.
47. American Heart Association. Guidelines Update for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care - Part 12. Pediatric Advanced Life Support. *Circulation* 2015;132:S521-S542.
48. American Heart Association. Guidelines Update for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care - Part 5. Adult Basic Life Support and Cardiopulmonary Resuscitation Quality. *Circulation*. 2015;132:S414-S435.
49. American Heart Association. Guidelines Update for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care - Part 7: Adult Advanced Cardiovascular Life Support. *Circulation*. 2015;132:S444-S464
50. American Heart Association Guidelines Update for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care- Part 8. Post-Cardiac Arrest Care. *Circulation*. 2015;132:S465-S482.
51. International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes. ISPAD Clinical Practice Consensus Guidelines 2014 Compendium. Assessment and management of hypoglycemia in children and adolescents with diabetes. *Pediatric Diabetes* 2014; 15(Suppl. 20): 180-192.
52. International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes. ISPAD Clinical Practice Consensus Guidelines 2014 Compendium. Diabetic ketoacidosis and hyperglycemic hyperosmolar state. *Pediatric Diabetes* 2014; 15(Suppl. 20): 154-179.
53. World Health Organization. Guidelines on neonatal seizures. WHO, 2011. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77756/1/9789241548304\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77756/1/9789241548304_eng.pdf).
54. American Heart Association. Guidelines Update for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care - Part 13. Pediatric Basic Life Support. *Circulation* 2010;122:S869.
55. American Heart Association. Guidelines Update for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care - Part 14. Pediatric Advanced Life Support. *Circulation* 2010;122:S876-S908.
56. American Heart Association. Guidelines Update for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care - Part 9. Post Cardiac Arrest Care. *Circulation* 2010;122:S768-S786.

Elaboração | janeiro/2016

4/10



**Protocolo Samu 192**

**SUPOORTE BÁSICO DE VIDA**



## **Bibliografia Consultada - 2015-2016**

57. American Heart Association. Guidelines Update for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care - Part 1: Executive summary: 2010 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science with Treatment Recommendations. *Circulation* 2010; 122(16 Suppl 2):S250-75.
58. American Academy of Pediatrics. Committee on Hospital Care. Guidelines for air and ground transportation of pediatric patients. *Pediatrics* 1986;78:943-50.
59. Florida Regional Common Emergency Medical System. Florida Regional Common Emergency Medical System Protocols. 4a. Ed Version 2; 2015. Disponível em: <http://www.gbemda.org/florida-regional-common-ems-protocols.pdf>
60. Regional Emergency Medical Advisory Committee of New York City. Prehospital Treatment Protocols. Appendices, Version 2015. Disponível em: [http://www.remo-ems.com/images/uploads/pdfs/2015\\_Collaborative\\_Protocols\\_12302014.pdf](http://www.remo-ems.com/images/uploads/pdfs/2015_Collaborative_Protocols_12302014.pdf)
61. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, Núcleo de Educação Permanente. Assistência à Múltiplas Vítimas e Desastres (AMVED); Manual do Curso para Profissionais do SAMU 192 / Governo do Estado. Secretaria da Saúde do Estado, Fortaleza: 2015.
62. Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais. Diretrizes Clínicas. Protocolos Clínicos. Convulsão no recém-nascido. Última revisão: 20/07/2014. Disponível em: <http://www.themig.mg.gov.br/protocolos-clinicos>
63. Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais. Diretrizes Clínicas. Protocolos Clínicos. Asma na infância. Última revisão: 05/08/2014. Disponível em: <http://www.themig.mg.gov.br/protocolos-clinicos>
64. Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento Científico de Neonatologia e Departamento Científico de Endocrinologia. Diretrizes SBP – Hipoglicemia no Período Neonatal. 2014. Disponível em: <http://www.sbp.com.br/src/uploads/2015/02/diretrizessbp-hipoglicemia2014.pdf>
65. Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. Divisão Técnica de Fiscalização, Comunicação e Informação. SAMU 192. Protocolos de Atendimento Pré-hospitalar, Suporte Avançado de Vida, 3ª. revisão 2012. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/protocolodeatendimentoprehospitalar.pdf>
66. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia para o Manejo da Asma 2012. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*. v.38, Suplemento 1, p. S1-S46, Abril. 2012
67. Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. Divisão Técnica de Fiscalização, Comunicação e Informação. SAMU 192. Protocolos de Atendimento Pré-hospitalar, Suporte Básico de Vida, 7ª. revisão 2011. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/ProtocoloSBV.pdf>
68. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira. Hospital Albert Einstein. Protocolos e Diretrizes Assistenciais do Hospital Albert Einstein. 2010. Gerenciamento da Dor na SBIBHAE. Disponível em: [http://medsv1.einstein.br/diretrizes/tratamento\\_dor/Gerenciamento%20da%20dor%20na%20SBIBHAE.pdf](http://medsv1.einstein.br/diretrizes/tratamento_dor/Gerenciamento%20da%20dor%20na%20SBIBHAE.pdf).

Elaboração: Janeiro/2016

5/10



Protocolo Samu 192

SUPOORTE BÁSICO DE VIDA

## Bibliografia Consultada - 2015-2016

69. Sociedade Brasileira de Pediatria, Departamento de Neonatologia. A linguagem da dor no recém-nascido, 2010. Disponível em: [http://www.sbp.com.br/pdfs/doc\\_linguagem-da-dor-out2010.pdf](http://www.sbp.com.br/pdfs/doc_linguagem-da-dor-out2010.pdf)
70. Nagel F. Apresentação de protocolo: Intubação de sequência rápida - SMI/HCPA Serviço de Medicina Intensiva do Hospital das Clínicas de Porto Alegre. Disponível em <<http://pt.slideshare.net/fabianonagel/protocolo-intubacao-sequencia-rpida-hcpa>>.
71. Lyon RM et al. Significant modification of traditional rapid sequence induction improves safety and effectiveness of pre-hospital trauma anaesthesia. *Critical Care* 2015, 19:134.
72. Ponte STD, Dornelles CFD, Arquilha B, Bloem C, Roblin P. Mass-casualty Response to the Kiss Nightclub in Santa Maria, Brazil. *Prehospital and Disaster Medicine* 2015 Feb;30(1):93-6.
73. Barbas CS, Ísola AM, Farias AM, Cavalcanti AB, Gama AM, Duarte AC, et al. Recomendações brasileiras de ventilação mecânica 2013. Parte 1. *RBTI* 2014;26(2):89-121.
74. Barbas CS, Ísola AM, Farias AM, Cavalcanti AB, Gama AM, Duarte AC, et al. Recomendações brasileiras de ventilação mecânica 2013 Parte 2. *RBTI* 2014;26(3):215-239.
75. Simons FER, Arduso LRF, Bilò MB et al. International consensus on (ICON) anaphylaxis. *World Allergy Organization Journal* 2014, 1:19.
76. Muraro A, Roberts G, Worm M, et al. Anaphylaxis: guidelines from the European Academy of Allergy and Clinical Immunology. *Allergy* 2014; 69:1026-45.
77. Glass HC, National Institute of Health. Neonatal Seizures: Advances in Mechanisms and Management. *Clinical Perinatology*. 2014; 41(1): 177-90.
78. Stollings JL, Diedrich DA, Oyen LJ, Brown DR. Rapid-Sequence Intubation: A Review of the Process and Considerations When Choosing Medications. *Ann Pharmacother*. January 2014 48: 62-76, first published on November 4, 2013.
79. Benson BE et al. Position paper update: gastric lavage for gastrointestinal decontamination. *Clinical Toxicology* 2013, 51:140-6.
80. Blakeman TC, Branson RD. Inter- and intra-hospital transport of the critically ill. *Respiratory Care* 2013;58:1008-23.
81. Yu-Tze Ng, Rama Maganti. Status epilepticus in childhood. *Journal of Paediatrics and Child Health* 2013; 49:432-7.
82. Dudaryk R, Pretto EA. Resuscitation in Multiple Casualty Event, *Anesthesiology Clinical* 2013; 31: 85-106.
83. Cross KP, Cicero MX. Head-to-Head Comparison of Disaster Triage Methods in Pediatric, Adult and Geriatric Patients. *Annals of Emergency Medicine* 2013; 61: 6.
84. Pereira BMT, Morales W, Cardoso RG, Fiorelli R, Fraga GP, Briggs SM. Lessons learned from a landslide catastrophe in Rio de Janeiro, Brazil. *American Journal of Disaster Medicine* 2013; 8:3.
85. Brophy GM, Bell R, Claassen J, Alldredge B, et al. Neurocritical Care Society Status Epilepticus Guideline Writing Committee. Guidelines for the Evaluation and Management of Status Epilepticus. *Neurocritical Care* 2012; 17(1):3-23.
86. Sá RAR, Melo CL, Dantas RB, Delfim LVV. Acesso vascular por via intraóssea em emergências pediátricas. *RBTI* 2012; 24(4):407-414.

Elaboração | janeiro/2016

6/10





Protocolo Samu 192

SUPORTE BÁSICO DE VIDA



## Bibliografia Consultada - 2015-2016

87. Sasidaran K, Singhi S, Singhi P. Management of Acute Seizure and Status Epilepticus in Pediatric Emergency. *Indian Journal of Pediatrics* 2012; 79(4):510-7.
88. Silbergleit R, Durkalski V, Lowenstein D, et al. Intramuscular versus Intravenous Therapy for Prehospital Status Epilepticus. *New England Journal of Medicine* 2012; 366:591-600.
89. Simons FER, Arduso LRF, Bilò MB et al. 2012 Update: World Allergy Organization Guidelines for the assessment and management of anaphylaxis. *Currents Opinion Allergy Clinical Immunology* 2012, 12:389-99.
90. American Academy of Pediatrics. Clinical Report - Fever and Antipyretic Use in Children. *Pediatrics* 2011; 127(3):580-7.
91. Simons FER, Arduso LRF, Bilò MB et al. World Allergy Organization Guidelines for Assessment and Management of Anaphylaxis. *Journal of Allergy Clinical and Immunology* 2011; 127(3):587-593.
92. Marques JB, Reynolds A Ana. Distúrcia de ombros - Uma emergência obstétrica. *Acta Med Port* 2011; 24: 613-620.
93. Tallo FS. Intubação orotraqueal e a técnica da sequência rápida: uma revisão para o clínico. *Revista Brasileira de Clínica Médica* 2011; 9(3):211-7.
94. Abend NS, Gutierrez-Colina AM, Dlugos DJ. Medical Treatment of Pediatric Status Epilepticus. *Seminars in Pediatric Neurology* 2010; 17:169-75.
95. Kahn CA, Schultz CH, Miller KT, Anderson CL. Does START Triage Work? An Outcomes Assessment After a Disaster. *Annals of Emergency Medicine* 2009; 54:3.
96. Garzon E. Estado de Mal Epiléptico. *Journal of Epilepsy Clinical Neurophysiology* 2008; 14(Suppl 2):7-11.
97. Lane JC, Guimarães HP. Acesso Venoso pela Via Intra-Óssea em Urgências Médicas. *RBTI* 2008; 20(1):63-67.
98. Silva FC, Thuler LCS. Tradução e adaptação transcultural de duas escalas para avaliação da dor em crianças e adolescentes. *J Pediatr (Rio J)* 2008; 84(4):344-9.
99. Elridge DL et al. Pediatric Toxicology. *Emergency Medical Clinics in North America*. 2007; 25:238-308.
100. Shirm S, Ligin R, Dick R, Graham J. Prehospital Preparedness for Pediatric Mass-Casualty Events. *Pediatrics* 2007; 120(4).
101. Réa Neto A et al. Consenso Brasileiro de Monitorização e Suporte Hemodinâmico - Parte IV: Monitorização da Perfusão Tecidual. *RBTI* 2006 Abril - Junho; 18 (2).
102. Massaro AR. Triagem do AVC isquêmico agudo. *Revista da Sociedade de Cardiologia do Rio Grande do Sul* 2006; 07 (Jan/fev/Mar/Abr).
103. Warren J, Frömm RE, Orr RA, et al. Guidelines for the inter- and intra-hospital transport of the critically ill patients. *Critical Care Medicine* 2004; 32:256-62.
104. Araújo S. Acessos Venosos Centrais e Arteriais Periféricos - Aspectos Técnicos e Práticos. *RBTI*. 2003 Abril/Junho; 15(2).

Elaboração: Janeiro/2016

7/10



Protocolo Samu 192

SUPORTE BÁSICO DE VIDA

## Bibliografia Consultada - 2015-2016

105. Christophersen AB, Lenin D, Hoegberg LCG. Activated charcoal alone or after gastric lavage: a simulated large paracetamol intoxication. *British Journal of Clinical Pharmacology*. 2002 Mar; 53(3): 312-317.
106. Kohari RU, Pancioli A, Liu T, et al. Cincinnati Prehospital Stroke Scale: reproducibility and validity. *Am Emerg Med* 1999 Apr;33(4):373-8.
107. Brunton LL, Chabner BA, Knollmann BC. As Bases Farmacológicas da Terapêutica de Goodman & Gilman, 12ª edição. Rio de Janeiro; Artmed, 2015.
108. Miller RD, Eriksson LI, Fleischer LA, Wiener-Kronish JP, Young WL, Editors. Miller's anestesia. 8ª. ed. New York: Elsevier; 2015.
109. Fernandes ICO. Intubação traqueal, manejo da via aérea e via aérea difícil. In: Gilio AE, Grisi S, Bouso A, Paulis M. Urgências e Emergências em Pediatria Geral. Hospital Universitário da USP, São Paulo. São Paulo, Atheneu, 2015, pág. 3-12.
110. Hsin SH, Guilhoto LMF. Convulsão e Estado de Mal Epiléptico. In: Gilio AE, Grisi S, Bouso A, Paulis M. Urgências e Emergências em Pediatria Geral. Hospital Universitário da USP. São Paulo; Atheneu, 2015, pág. 323-31.
111. Silva RYR, Horita SM. Medicações mais utilizadas no Pronto Socorro Infantil. In: Gilio AE, Grisi S, Bouso A, Paulis M. Urgências e Emergências em Pediatria Geral. Hospital Universitário da USP. São Paulo: Atheneu; 2015, pág. 712.
112. Silva RYR, Horita SM. Medicações mais utilizadas no Pronto Socorro Infantil. In: Gilio AE, Grisi S, Bouso A, Paulis M. Urgências e Emergências em Pediatria Geral. Hospital Universitário da USP. São Paulo: Atheneu; 2015, pág. 712.
113. Mekitarian Filho E. Sedação e analgesia na emergência. In: Gilio AE, Grisi S, Bouso A, Paulis M. Urgências e Emergências em Pediatria Geral. Hospital Universitário da USP. São Paulo. Atheneu, 2015, pág. 649-53.
114. Machado BM, Vieira GK. Febre sem sinais localizatórios. In: Gilio AE, Grisi S, Bouso A, Paulis M. Urgências e Emergências em Pediatria Geral. Hospital Universitário da USP. São Paulo. São Paulo: Atheneu; 2015, pág. 621.
115. Vieira G. Cetoacidose Diabética e Estado Hiperosmolar Hiperclorêmico. In: Gilio AE, Grisi S, Bouso A, Paulis M. Urgências e Emergências em Pediatria Geral. Hospital Universitário da USP. São Paulo, Atheneu; 2015; pág. 495-507.
116. Mekitarian Filho E, Goes PF, Paulis M. Coma. In: In: Gilio AE, Grisi S, Bouso A, Paulis M. Urgências e Emergências em Pediatria Geral. Hospital Universitário da USP. São Paulo. São Paulo, Atheneu, 2015, pág. 377-82.
117. Horita SM, Mekitarian Filho E, Fernandes ICO. Intoxicações Agudas. In: Gilio AE, Grisi S, Bouso A, Paulis M. Urgências e Emergências em Pediatria Geral. Hospital Universitário da USP. São Paulo. Atheneu, 2015, pg 551-8.
118. GRAU Grupo de resgate e Atenção às Urgências e Emergências. Secretaria de estado da Saúde: Pré-hospitalar. 2ª ed. São Paulo: Manole; 2015.
119. Souza DC. Transporte da criança gravemente enferma. In: Gilio AE, Grisi S, Bouso A, Paulis M. Urgências e Emergências em Pediatria Geral. Hospital Universitário da USP. São Paulo. Atheneu, 2015, pág. 631-41.

Elaboração Janeiro/2016

8/10



Protocolo Samu 192

SUPORTE BÁSICO DE VIDA



## Bibliografia Consultada - 2015-2016

120. Oliveira BFM. Trauma: atendimento pré-hospitalar. 3ªed. São Paulo: Atheneu; 2014.
121. Cetesb. Manual de Emergências Químicas da Cetesb. São Paulo; Cetesb; 2014.
122. La Torre FLF, Passarelli MLB, Cesar RG, Pecchini R. Emergências em Pediatria – Protocolos da Santa Casa. São Paulo: Manole; 2013. Pág. 325-33.
123. Schvartsman C., Reis AG, Farhat SCL. Pediatria – Instituto da Criança Hospital das Clínicas. São Paulo: Manole; 2013.
124. Murahovschi, Jayme. Pediatria - Diagnóstico e Tratamento. 7ª ed. Sarvier; 2013.
125. Schvartsman C., Reis AG, Farhat SCL. Pediatria – Instituto da Criança Hospital das Clínicas. São Paulo: Manole; 2013.
126. Bonow RO, Mann DL, Zipes DP, Libby P. Braunwald Tratado de Doenças Cardiovasculares. 9ª ed. Saunders; Elsevier; 2013.
127. Toporovski MS, Laranjeira MS. Refluxo gastroesofágico. In: Moraes MB. Gastroenterologia e hepatologia na prática pediátrica. Série Atualizações Pediátricas da SPSP. 2ª Ed. São Paulo: Atheneu; 2012, pg.15-28.
128. Walls RM, Murphy M, coordenadores. Manual of emergency airway management. 4a. ed. Wolters Kluwer/ Lippincott Williams & Wilkins; 2012.
129. American Heart Association. Suporte Avançado de Vida em Pediatria. Manual do Profissional. Edição em português. Guarulhos: Artes gráficas e Editora Sesi; 2012.
130. American Academy of Family Physicians. Advanced life Support in Obstetrics - Provider Course Syllabus. 4ª ed.. 2001.
131. National Association of Emergency Medical Technician. PHTLS: Atendimento pré-hospitalar ao traumatizado. 7ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.
132. Nelson LS, Hoffman RSD, Goldfrank's Toxicologic Emergencies. 9a, ed. New York. Mc Graw Hill; 2011.
133. Briggs SM. Manual de Resposta Médica Avançada em Desastres. Bogotá: Distribuna Editorial y Librería Médica Autopista Norte; 2011.
134. Associação Brasileira da Indústria Química - ABIQUIM. Manual para atendimento à emergências com produtos perigosos. São Paulo: ABIQUIM; 2011.
135. Schvartsman C. Intoxicações Agudas. In: Ferreira AVS, Simon Jr H, Baracat ECE, Abramovici S. Emergências Pediátricas, Série Atualizações Pediátricas. Sociedade de Pediatria de São Paulo. São Paulo; Atheneu. 2010, pg 429-41.
136. Françoso LA. Transporte da criança grave. In: Emergências Pediátricas. Série Atualizações Pediátricas da Sociedade de Pediatria de São Paulo. 2ª Ed. São Paulo, Atheneu, 2010, pág. 391-404.
137. Françoso LA. Transporte de crianças na urgência. In: Reis MC, Zambon MP. Manual de Urgências e Emergências em Pediatria. 2ª Ed. Rio de Janeiro. Revinter, 2010, pág. 359-67.
138. Chaparro CM, Lutter C. Além da sobrevivência: Práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças. Organização Pan-Americana da Saúde; 2007.

Elaboração: Janeiro/2016

9/10



Protocolo Samu 192

**SUPOORTE BÁSICO DE VIDA**

## Bibliografia Consultada - 2015-2016

139. Greaves I, Porter K. Oxford Handbook of Pre-Hospital Care. Oxford, Oxford University Press; 2007.
140. Knobel, E. Condutas no paciente grave. 3ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2006.
141. Mantovani M. Suporte Básico e Avançado de vida no Trauma. Atheneu; São Paulo; 2005.
142. Garcia PCR, Piva JP. Terapia intensiva pediátrica. In: Piva JP, Garcia PCR. Medicina intensiva em pediatria. Rio de Janeiro: Revinter; 2005. p.9-12.
143. American Heart Association. Suporte Avançado de Vida em Pediatria. Manual para provedores, Edição em português. Rio de Janeiro; 2003.
144. Nettina, MS, et al. Prática de Enfermagem. 7ª ed, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003.
145. Auler Junior, JOC, et al. Manual Teórico de Anestesiologia para o Aluno de Graduação, São Paulo: Editora Atheneu, 2001.
146. Santos RR, Canetti MD; Ribeiro Júnior M, Alvarez FS. Manual de socorro de emergência. São Paulo: Atheneu; 2000.
147. Moto safety foundation – MSF [homepage na internet]. Basic Rider Book [acesso em 05 de agosto de 2015]. Disponível em: <http://www.msf.usa.org/downloads/BRCHandbook.pdf>
148. Centro educacional de trânsito Honda [homepage na internet]. Técnicas de pilotagem fundamentais [Acesso em 05 de agosto de 2015]. Disponível em: [http://www.honda.com.br/harmonianotransito/Downloads/impressao\\_fundamental.pdf](http://www.honda.com.br/harmonianotransito/Downloads/impressao_fundamental.pdf)
149. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [homepage na internet]. Análise da disponibilidade domiciliar de alimentos e do estado nutricional no Brasil [acesso em 27 mar 2005]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>
150. Almeida MFB, Guinsburg R. Reanimação do recém-nascido  $\geq$  34 semanas em sala de parto: Diretrizes 2016 da Sociedade Brasileira de Pediatria. Disponível em: [http://sbp.com.br/reanimacao\\_ehttp://www.sbp.com.br/reanimacao/wp-content/uploads/2016/01/DiretrizesSBPReanimacaoRNMaiores34semanas26jan2016.pdf](http://sbp.com.br/reanimacao_ehttp://www.sbp.com.br/reanimacao/wp-content/uploads/2016/01/DiretrizesSBPReanimacaoRNMaiores34semanas26jan2016.pdf). Acesso em 01/02/16.
151. Perlman JM, Wyllie J, Kattwinkel J, Wyckoff MH, Aziz K, Guinsburg R, Kim HS, Liley HG, Mildenhall L, Simon WM, Szlyd E, Tamura M, Velaphi S. 2015 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment Recommendations (Reprint). Part 7. Neonatal Resuscitation. Circulation 2015; 132(suppl 1): S204-S241.
152. Lee LK, Bachur RG, Wiley JF, Fleisher GR. Trauma management: Unique pediatric considerations. UpToDate. Last updated: Jul 23, 2014. Disponível em: <http://www.uptodate.com/contents/trauma-management-unique-pediatric-considerations>. Acesso em: 08/03/16.
153. Mittal MK. Needle cricothyroidotomy with percutaneous transtracheal ventilation. UpToDate. Last updated: Oct 12, 2015. Disponível em: <http://www.uptodate.com/contents/needle-cricothyroidotomy-with-percutaneous-transtracheal-ventilation?topicKey=EM%2F6313&elapsedTimeMs=4&view=print&displayedView=full#H34>. Acesso em 21/01/16.

Elaboração | Janeiro/2016 | **10/10**







Ministério da  
**Saúde**



2.3. Protocolos Aplicados para as Ambulâncias de Suporte Avançado

*Protocolo que será utilizado nos atendimentos com empenho da Unidade de Suporte Avançado.*





**SAMU**  
**192**

Protocolos de  
Suporte Avançado  
de Vida





# Apresentação



**Protocolo Samu 192**

**SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**



## Créditos

### Ministério da Saúde

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

### PROADI-SUS

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

### Coordenação Executiva do Projeto

**Fausto Pereira dos Santos**

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

**María do Carmo**

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

**Maria Inez Pordeus Gadelha**

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

**Jefferson Gomes Fernandes**

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

**Cleusa Ramos Enck**

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

**Leticia Faria Serpa**

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

**Ricardo Mendes**

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

### Coordenação Geral - Protocolos

**Paulo de Tarso Monteiro Abrahão**

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

**Ricardo da Rocha Sales Oliveira**

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

**Marisa Amaro Malvestio**

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

**Angela Ribeiro Vargas**

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

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Fevereiro/2016

1/6



**Protocolo Samu 192**

**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**

## Créditos

### Grupo Condutor - Protocolos

**Antonio T. Onimaru**

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

**Carlos Alberto Guglielmi Eid**

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

**Flavio Guimarães Campos**

SAMU 192 Brasília, DF.

**Jader Gus**

SAMU 192 Porto Alegre, RS.

**Kayursula Dantas de Carvalho Ribeiro**

SAMU 192 Brasília, DF.

### Grupo Técnico - Protocolos

**Alexandre Teixeira Trino**

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

**Antonio Fernando Carneiro de Campos Costa**

SAMU Salvador, BA.

**Benedito Viana de Lira**

SAMU 192 Mossoró, RN.

**Brenda Karla de Paula**

SAMU 192 Brasília, DF.

**Camila Cardoso Selau**

SAMU 192 Aeromédico, RS.

**Carlos Alberto Rangearo Peres**

SAMU 192 Palmas, TO.

**Cibeli de Lima Souza Silveira**

SAMU 192 Recife, PE.

**Claudio Roberto F. Azevedo**

SAMU 192 Regional Fortaleza, CE.

**Claus Robert Zeefried**

SAMU 192 São Paulo, SP.

**Danilo Araújo Guimarães**

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

**Enio Teixeira Molina Filho**

SAMU 192 Maringá, PR.

**Enius Freire Versiani**

SAMU 192 Regional Montes Claros, MG.

**Kelle Regina A. Ribeiro**

SAMU 192 Brasília, DF.

**Lêda Lima Sobral**

SAMU 192 Manaus, AM.

**Lissandro Luis Pinto da Silva**

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

**Olga Messias Alves de Oliveira**

SAMU 192 Brasília, DF.

**Silas Lawley Santana**

SAMU 192 Sergipe, SE.

**Tauá Vieira Bahia**

SAMU 192 Salvador, BA.

**Francisco das Chagas Pontes Rodrigues**

SAMU 192 Brasília, DF.

**Francisco de Salles Collet e Silva**

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

**Giane Alves Stefani**

SAMU 192 Regional Três Colinas, SP.

**Gladis Mari Semensato**

SAMU 192 Porto Alegre, RS.

**Helena Lopes**

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

**Israel Silveira Paniago**

SAMU 192 Rondonópolis, MT.

**Ivan de Mattos Paiva Filho**

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

**João Ricardo Simczak**

SAMU 192 Brasília, DF.

**José Caruso**

SAMU 192 São Paulo, SP.

**José Eduardo Cury**

SAMU 192 Campo Grande, MS.

**Julia Maria de Oliveira Duarte**

SAMU 192 Brasília, DF.

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Fevereiro/2016

2/6



**Protocolo Samu 192**

**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**



## Créditos

### Grupo Técnico - Protocolos

**Julio Espinel**  
SAMU 192 Porto Alegre, RS.

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

**Kayursula Dantas de C. Ribeiro**  
SAMU 192 Brasília, DF.

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

**Kelle Regina A. Ribeiro**  
SAMU 192 Brasília, DF.

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

**Lêda Lima Sobral**  
SAMU 192 Manaus, AM.

**Luciana Machado Coelho**  
SAMU 192 Baixada Fluminense, RJ.

**Maicon de Paula Vargas**  
SAMU 192 Rio Grande do Sul, RS.

**Marcelo Alessandro Costa da Silva**  
SAMU 192 Tucuruí, PA.

**Pollyanna Fausta Pimentel de Medeiros**  
Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas/DAET/SAS/MS, DF.

**Rafael Vinhal da Costa**  
SAMU 192 Brasília, DF.

**Ramom Tartari**  
SAMU 192 Santa Catarina, SC.

**Reinaldo Del Pozzo**  
SAMU 192 São Paulo, SP.

**Renata Calheiros Viana**  
SAMU 192 Brasília, SP.

**Ricardo Furtado de Mendonça**  
SAMU 192 Goiânia, GO.

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

**Robert Stephen Alexander**  
SAMU Vitória, ES.

**Rodrigo Luiz da Silva Gasparelle**  
SAMU 192 Tucuruí, PA.

**Rodrigo Wilson de Souza**  
Coordenação Geral da Força Nacional do SUS/ DAHU/SAS/MS, DF.

**Rogério Welbert Ribeiro**  
SAMU 192 Regional Três Colinas, SP.

**Sandra de Nazaré Costa Monteiro**  
SAMU 192 Brasília, DF.

**Thais Soboslai**  
CGMAD/MS, DF.

**Tiago Silva Vaz**  
SAMU 192 Brasília, DF.

**Ubirajara Picanço**  
SAMU 192 Brasília, DF.

**Valéria Campos de Oliveira Murta**  
SAMU 192 Belo Horizonte, MG.

**Zelinda Torri**  
SAMU 192 Brasília, DF.

**Protocolo Samu 192**

**SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**

## Créditos

### Grupo Técnico – Fotografias e Imagens

**Alberto Moreira Leão**

SAMU 192 Guarulhos, SP.

**Denise Guimarães Ferreira**

SAMU 192 Guarulhos, SP.

**Enza Maria Lucio Marcelino Yamamoto**

SAMU 192 Guarulhos, SP.

**Leonardo Eloi Felisberto**

SAMU 192 Guarulhos, SP.

**Lucimara Marques Romani**

SAMU 192 Guarulhos, SP.

**Rogério Sequetin**

SAMU 192 Guarulhos, SP.

**Silvana Maria Duarte Calixto**

SAMU 192 Guarulhos, SP.

### Instituto de Educação e Ciências em Saúde

#### IECS do Hospital Alemão Oswaldo Cruz

##### Equipe Técnica

**Aline Antonia da Silva Lira**

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

**Cauê Tarelho Zoppe**

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

**Débora Schuskel**

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

**Giovana de Souza Bonetti**

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

**Thiago Vilanova Tredicci**

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

**Wellington Leite**

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

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Fevereiro/2016

4/6



**Protocolo Samu 192**

**SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**



## Créditos

**Grupo Técnico - Protocolos 2015 - 2016**

**Adson José Martins Vale**  
SAMU Natal

**Alberto Moreira Leão**  
SAMU Guarulhos

**Ana Cristina Lopes Machado**  
SAMU DF

**Antonio Onimaru**  
CGUE/MS

**Benedito Vieira de Lira**  
SAMU Mossoró

**Brenda Karla de Paula**  
SAMU DF

**Carlos Alberto Gugliemi Eid**  
CGUE/MS

**Cauê Tarelho Zoppe**  
HAOC

**Cibele Vasconcelos de Castro**  
SAMU DF

**Claudio Azevedo**  
SAMU Fortaleza

**Claus Robert Zeefried**  
SAMU SP

**Cristina de Faccio Paolozzi**  
CGUE/MS

**Daniel Souza Lima**  
SAMU Ceará

**Danilo A. Guimarães**  
CGUE/Ministério da Saúde

**Edison Vale**  
CGFNS/MS

**Elaine Medina N. e Silva**  
SAMU DF

**Flávio Guimarães Campos**  
SAMU DF

**Francisco das Chagas Pontes**  
SAMU DF

**Francisco de Assis Pereira Filho**  
SAMU Diadema

**Giane Alves Stefani**  
SAMU Franca

**Gilmar Benedito de Souza Junior (imagens MOTO3)**  
SAMU Guarulhos

**Humberto Pereira de Souza**  
SAMU DF

**Ione Melo**  
CGSCAM/MS

**Ivan de Mattos Paiva Filho**  
SAMU Salvador

**Jader Gus**  
SAMU POA

**João José de Godói**  
CFAB - SP

**João Ricardo Simczak**  
SAMU DF

**Jorge Michel Ribera**  
GRAU SP

**José Alexander de Albuquerque Freixo**  
Polícia Militar do Estado de São Paulo

**José Tarcisio P. Buschinelli**  
Santa Casa - SP

**Julia Maria O. Duarte**  
SAMU DF

**Karine Cruz**  
CGMAD - MS

**Kayursula D.C. Ribeiro**  
SAMU DF

**Kelle Regina A. Ribeiro**  
SAMU DF

**Leda Lima Sobral**  
SAMU Manaus

**Lígia Fruchtengarten**  
CCI - SP

**Lígia Spinel**  
HAOC

**Lissandro L. P. da Silva**  
CGUE/Ministério da Saúde

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Fevereiro/2016

5/6



**Protocolo Samu 192**

**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**

## Créditos

### Grupo Técnico - Protocolos 2015 - 2016

Luciana A. Barbuio  
CGUE/MS  
Lucimar Aparecida Françoso  
SAMU SP  
Marcelo Conrado dos Reis  
CGSCAM/Ministério da Saúde  
Marco Aurélio Rangel  
SAMU DF  
Marcos Paulo Braz de Paula  
SAMU DF  
Marisa Amaro Malvestio  
CGUE/Ministério da Saúde  
Mauro de Souza Teixeira  
CETESB – SP  
Michele Petersen  
SAMU Sorocaba  
Monica B. O. Libardi  
SAMU DF  
Nildenice O. de Farias  
SAMU DF  
Olga Messias A. de Oliveira  
SAMU DF  
Oswaldo Alves Bastos Neto  
SAMU Salvador  
Patricia Drumond Ciruffo  
ABRACIT  
Petrus C. B. Sanches  
SAMU DF  
Rafael Vinhal da Costa  
SAMU DF  
Renata C. C. Viana  
SAMU DF  
Renata S. Reis  
CGSM/MS  
Ricardo Mendes  
HAOC  
Robert S. Alexander  
SAMU Vitória

Roberto Tiska Bueno  
SAMU São Leopoldo  
Rodrigo Caselli Belém  
SAMU DF  
Rodrigo Nicácio Santa Cruz  
SAMU Cascavél  
Rogério Welbert Ribeiro  
SAMU Franca  
Sandra de N. Monteiro  
SAMU DF  
Sérgio Graff  
Sergio T. M. Marba  
CGSCAM/Ministério da Saúde  
Simone de Campos Vieira Abib  
UNIFESP  
Tarcisio Buschinelli  
FUNDACENTRO  
Tauá Vieira Bahia  
SAMU Salvador  
Thais Soboslai  
CGMAD – MS  
Tiago Silva Vaz  
SAMU DF  
Valéria Murta  
SAMU BH  
Valmir da Silva Lecca  
SAMU SP  
Zelinda Torri  
SAMU DF

### Grupo Técnico - Design e Multimídia

Laura Camilo  
Criação e direção de arte  
Fábio Andrade  
Autoração multimídia e diagramação

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Fevereiro/2016

6/6



Protocolo Samu 192

SUPORTE AVANÇADO DE VIDA



## Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.  
Protocolos de Intervenção para o SAMU 192 - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.  
Brasília: Ministério da Saúde, 2ª edição, 2016.

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

CDD 616.0252

CDU 616-083

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Fevereiro/2016

1/1





**Protocolo Samu 192**

**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**



## **Apresentação**

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

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

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

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

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

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

A elaboração de protocolos clínicos é internacionalmente reconhecida como uma ação efetiva para a melhoria de processos assistenciais e de gestão em saúde. Diante da forte presença do SAMU em todo o país, tais protocolos se concretizam como uma importante ação para o aprimoramento da qualidade da assistência prestada e com potencial impacto sobre toda a Rede de Atenção às Urgências e seus resultados.

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

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

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Março/2015

1/2



**Protocolo Samu 192**

**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**

## **Apresentação**

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

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

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

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

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

Estamos avançando. Com muito orgulho.

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

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Março/2015

2/2



**Protocolo Samu 192**

**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**



## Orientações Gerais

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

Cada serviço SAMU 192 receberá uma unidade impressa das pastas (SBV e SAV) contendo os protocolos já finalizados para consulta. Esses mesmos arquivos poderão ser baixados ou acessados a partir de aplicativo para celular.

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

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

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

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

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

Aguardamos sua colaboração.

**Equipe Técnica**

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Fevereiro/2016

1/1



Protocolo Samu 192

SUPORTE AVANÇADO DE VIDA



## Sumário

### PROTOCOLOS SAV EMERGÊNCIAS CLÍNICAS

AC1	Avaliação primária do paciente (agravo clínico)
AC2	Avaliação secundária do paciente (agravo clínico)
AC3	OVACE – Obstrução de vias aéreas por corpos estranhos
AC4	Parada respiratória no adulto
AC5	PCR-RCP no adulto - Guidelines AHA 2015
AC6	PCR Adulto: FV ou TVSP - Guidelines AHA 2015
AC7	PCR-RCP Adulto: Assistolia - Guidelines AHA 2015
AC8	PCR-RCP Adulto: AESP - Guidelines AHA 2015
AC9	PCR: Interrupção de RCP
AC10	Cuidados Pós-Ressuscitação no adulto - Guidelines AHA 2015
AC11	Decisão de não Ressuscitação
AC12	Algoritmo geral da RCP no adulto - Guidelines AHA 2015
AC13	Bradycardia
AC14	Taquiarritmia com pulso
AC15	Algoritmo geral das taquiarritmias com pulso
AC16	Choque
AC17	Dor torácica não traumática: SCA - Síndrome coronariana aguda
AC18	Dor torácica não traumática: DAA - Dissecção aguda de aorta
AC19	Hipertensão arterial sistêmica
AC20	ICD – Insuficiência cardíaca descompensada
AC21	Acidente Vascular Cerebral – AVC
AC22	Exacerbação da asma no adulto
AC23	Exacerbação da DPOC no adulto
AC24	EAP – Edema agudo de pulmão
AC25	Inconsciência
AC26	Crise convulsiva no adulto
AC27	Hipotermia
AC28	Hiperglicemia
AC29	Hipoglicemia
AC30	Dor abdominal não traumática
AC31	HDA - Hemorragia digestiva alta
AC32	HDB - Hemorragia digestiva baixa
AC33	Reação alérgica/Anafilaxia
AC34	Cólica nefrética

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Fevereiro/2016

1/11



Protocolo Samu 192

**SUPORE AVANÇADO DE VIDA**

## Sumário

<b>PROTOCOLOS SAV EMERGÊNCIAS CLÍNICAS</b>		
AC35	Epistaxe	
AC36	Hemoptise	
AC37	Manejo da dor	
AC38	Sedação	
AC39	Manejo da crise em saúde mental	
AC40	Agitação e situação de violência	
AC41		Atual ATox 4
AC42		Atual ATox 3
AC43	Autoagressão e tentativa de suicídio	
AC44		
<b>PROTOCOLOS SAV EMERGÊNCIAS TRAUMÁTICAS</b>		
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	
AT3	Avaliação da cinemática do trauma (padrão básico de lesões)	
AT4	Choque	
AT5	Trauma cranioencefálico	
AT6	Trauma de face	
AT7	Trauma ocular	
AT8	Fratura de costelas	
AT9	Tórax instável	
AT10	Pneumotórax simples	
AT11	Pneumotórax aberto	
AT12	Pneumotórax hipertensivo	
AT13	Hemotórax	
AT14	Contusão pulmonar	
AT15	Tamponamento cardíaco	
AT16	TAA - Trauma abdominal aberto	
AT17	TAF - Trauma abdominal fechado	
AT18	TRM - Trauma raquimedular	
AT19	Trauma de membros superiores e inferiores	
AT20	Fratura exposta das extremidades	
AT21	Amputação traumática	

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Fevereiro/2016

2/11



Protocolo Samu 192

**SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**



## Sumário

### PROTOCOLOS SAV EMERGÊNCIAS TRAUMÁTICAS

AT22	Trauma de pelve	
AT23	Síndrome do esmagamento	
AT24	Síndrome compartimental	
AT25	Queimadura térmica (calor)	
AT26		Atual ATox 5
AT27		Atual ATox 6
AT28		Atual ATox 8
AT29	Afogamento	
AT30		Atual ATox 15
AT31	Transporte inter-hospitalar do traumatizado	

### PROTOCOLOS DE PROCEDIMENTOS EM SAV

AP1	Técnicas básicas de manejo de vias aéreas: manobras manuais de abertura de vias aéreas	
AP2	Técnicas básicas de manejo de vias aéreas: aspiração	
AP3	Técnicas básicas de manejo de vias aéreas: cânula orofaríngea (COF)	
AP4	Manejo de vias aéreas: máscara laríngea	
AP5	Manejo de vias aéreas: cricotireoidostomia cirúrgica	
AP6	Manejo de vias aéreas: ventilação transtraqueal percutânea - VTP	
AP7	Manejo de vias aéreas: Intubação orotraqueal adulto - IOT	
AP8	Manejo de vias aéreas: Intubação nasotraqueal adulto - INT	
AP9	Sequência rápida de intubação	
AP10	Capnografia	
AP11	Punção de descompressão	
AP12	Operação básica de Ventilador Mecânico para transporte (adultos e crianças)	
AP13	Uso do nebulizador à jato e do nebulímetro	
AP14	Dispositivos para oxigenoterapia: Cateter de oxigênio	
AP15	Dispositivos para oxigenioterapia: máscara facial não-reinalante com reservatório	
AP16	Dispositivos para oxigenioterapia: Máscara de Venturi	
AP17	Oximetria	
AP18	Controle de hemorragias: compressão direta da lesão	
AP19	Controle de hemorragias: Torniquete	

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Fevereiro/2016

3/11



Protocolo Samu 192

**SUORTE AVANÇADO DE VIDA**

## Sumário

<b>PROTOCOLOS DE PROCEDIMENTOS EM SAV</b>		
AP20	Técnica de acesso venoso periférico	
AP21	Acesso venoso: jugular externa	
AP22	Punção intraóssea	
AP23	Aferição de sinais vitais: pressão arterial	
AP24	Aferição de sinais vitais: frequência cardíaca	
AP25	Aferição de sinais vitais: frequência respiratória	
AP26	Aferição de sinais vitais: temperatura	
AP27	Escala de Coma de Glasgow	
AP28	Escala pré-hospitalar de AVC de Cincinnati	
AP29	Avaliação da glicemia capilar	
AP30	Instalação do colar cervical	
AP31	Imobilização sentada: dispositivo tipo colete (KED)	
AP32	Retirada de pacientes: retirada rápida (1 e 2 profissionais)	
AP33	Retirada de pacientes: retirada rápida (3 profissionais)	
AP34	Remoção de capacete	
AP35	Rolamento em bloco 90°	
AP36	Rolamento em bloco 180°	
AP37	Pranchamento em pé (3 profissionais)	
AP38	Pranchamento em pé (2 profissionais)	
AP39	Monitorização cardíaca com cabo de 3 e 5 vias	
AP40	ECG 12 derivações	
AP41	ECG de 2º opinião/Telecárdio	Em finalização
AP42	Contenção Física	
AP43	AVDI	
AP44		

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Fevereiro/2016

4/11



Protocolo Samu 192

**SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**



## Sumário

### PROTOSCOLOS ESPECIAIS

PE1	Aspectos gerais de avaliação da segurança de cena	
PE2	Regras gerais de biossegurança	
PE3	Práticas para a segurança do paciente	
PE4	Atribuições e responsabilidades da equipe do SAMU	
PE5	Responsabilidades adicionais do condutor de veículos	
PE6	Regras gerais na condução de ambulância	
PE7	Regras gerais para estacionamento de ambulância e sinalização da via	
PE8	Procedimentos iniciais em caso de acidentes com a ambulância	
PE9	Consentimento para tratamento de paciente menor de idade	
PE10	Atendimento a paciente com necessidades especiais	
PE11	Atendimento a paciente menor de 18 anos de idade (desacompanhado)	
PE12	Atendimento a paciente sem condição de decidir estando desacompanhado ou acompanhado de menor de 18 anos de idade	
PE13	Atendimento a paciente sem condição de decidir e acompanhado de animais (cão-guia ou outros)	
PE14	Atendimento a paciente que recusa atendimento e/ou transporte	
PE15	Recebimento de ordens de autoridades policiais, outras autoridades na cena	
PE16	Atendimento na presença de médicos e enfermeiros estranhos ao serviço	
PE17	Regras gerais de abordagem em ocorrências com indícios de crime	
PE18	Cuidados com pertences de pacientes	
PE19	Dispensa de paciente na cena	
PE20	Regras gerais para abordagem de eventos envolvendo imprensa e tumulto	
PE21		Atual AERO
PE22	Sistematização da passagem do caso para a regulação médica	Em finalização
PE23	Limpeza terminal da ambulância	
PE24	Limpeza concorrente da viatura	
PE25	Limpeza na presença de matéria orgânica	
PE26	Constatação do óbito pelo médico do SAMU 192	
PE27	Identificação do óbito por equipes do SAMU 192	

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Fevereiro/2016

5/11





Protocolo Samu 192

**SUORTE AVANÇADO DE VIDA**

## Sumário

<b>PROTOSCOLOS ESPECIAIS</b>		
PE28	Código Q e alfabeto fonético	Em finalização
PE29	Acidente de trabalho com material biológico	
PE30	Acidente de trabalho: outros acidentes (não biológicos)	
PE31	Solicitação de apoio do SAV, SBV e/ou Resgate	Em finalização
PE32		Atual ATox 18
PE33	Suspeita de maus tratos, violência, abuso, negligência	Em finalização
PE34		
PE35	Anotações na ficha de atendimento	Em finalização
PE36	Limpeza e desinfecção de equipamentos da ambulância de SAV	
PE37	Interceptação pelo SAV	Em finalização
PE38		

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Fevereiro/2016

6/11



Protocolo Samu 192

SUPORTE AVANÇADO DE VIDA



## Sumário

PROTOCOLOS SAV GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA		
AGO1	Assistência ao trabalho de parto não expulsivo	
AGO2	Assistência ao parto iminente	
AGO3	Assistência ao parto consumado	
AGO4	Assistência ao trabalho de parto prematuro	
AGO5	Parto iminente distócico: Ombros	
AGO6	Parto iminente distócico: Pelve	
AGO7	Parto iminente distócico: Prolapso de cordão	
AGO8	Hemorragias da 1ª. metade da gestação	
AGO9	Hemorragias da 2ª. metade da gestação	
AGO10	Hemorragia puerperal	
AGO11	Síndromes hipertensivas: pré-eclâmpsia	
AGO12	Síndromes hipertensivas: eclâmpsia	
AGO13	Trauma na gestante	Em finalização
AGO14	PCR na gestante	Em finalização
AGO15	Cesárea post-mortem	Em finalização
AGO16		
AGO17	Hemorragias ginecológicas	Em finalização
AGO18		
AGO19		
AGO20		

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Fevereiro/2016

7/11



**Protocolo Samu 192**

**SUORTE AVANÇADO DE VIDA**

**Sumário**

<b>PROTOSCOLS SAV PEDIATRIA</b>		
APed 1	Parâmetros pediátricos	
APed 2	Avaliação primária do paciente pediátrico (agravo clínico)	
APed 3	Avaliação secundária do paciente pediátrico (agravo clínico)	
APed 4	OVACE na criança	
APed 5	OVACE no bebê	
APed 6	Parada respiratória (PR) no paciente pediátrico	
APed 7	PCR e RCP no bebê e na criança	
APed 8	PCR no paciente pediátrico: assistolia	
APed 9	PCR no paciente pediátrico: AESP	
APed 10	PCR no paciente pediátrico: FV/TVSP	
APed 11	Cuidados pós-ressuscitação – bebê e criança	
APed 12	Algoritmo geral da RCP pediátrica – suporte avançado de vida	
APed 13	Assistência ao RN que nasce bem	
APed 14	Reanimação neonatal	
APed 15	Bradycardia	
APed 16	Taquiarritmias	
APed 17	Choque	
APed 18	Insuficiência respiratória aguda	
APed 19	Laringotraqueíte aguda	
APed 20	Exacerbação da asma	
APed 21	Rebaixamento do nível de consciência	
APed 22	Crise convulsiva	
APed 23	Hipotermia	Em finalização
APed 24	Hiperglicemia	
APed 25	Hipoglicemia	
APed 26	Anafilaxia	
APed 27	Febre	
APed 28	Vômitos	
APed 29	Epistaxe	
APed 30	Manejo da dor	
APed 31	Sedação	
APed 32	Transporte inter-hospitalar da criança grave	
APed 33	Avaliação primária do paciente pediátrico com suspeita de trauma ou em situação ignorada	

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Fevereiro/2016

8/11



Protocolo Samu 192

SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA



## Sumário

### PROTOCOLOS SAV PEDIATRIA

APed 34	Avaliação secundária do paciente pediátrico com suspeita de trauma ou em situação ignorada	
APed 35	Especificidades da criança vítima de trauma	
APed 36	Afogamento	
APed 37	Queimaduras	
APed 38	Manobras manuais de vias aéreas	
APed 39	Técnica de ventilação com dispositivo bolsa-valva-máscara (BVM)	
APed 40	Técnicas básicas de manejo das vias aéreas - Aspiração	
APed 41	Técnicas básicas de manejo das vias aéreas - Cânula Orofaríngea (COF) - Guedel	
APed 42	Técnicas avançadas de manejo das vias aéreas - Máscara laríngea (ML)	
APed 43	Técnicas avançadas de manejo das vias aéreas - Intubação orotraqueal	
APed 44	Cricotireoidostomia por punção	
APed 45	Toracocentese por punção	
APed 46	Acesso intraósseo em pediatria	
APed 47	Colar cervical	
APed 48	Imobilizações pediátricas	
APed 49	Imobilização em cadeirinha	
APed 50	Imobilização em prancha	
APed 51	KED	
APed 52	Transporte neonatal de alto risco - terrestre	Em finalização
APed 53	Sequência rápida de intubação	Em finalização
APed 54		

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Fevereiro/2016

9/11



Protocolo Samu 192

**SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**

## Sumário

<b>PROTOSCOLOS SAV - INTOXICAÇÕES E PRODUTOS PERIGOSOS</b>		
ATox 1	Intoxicações: medidas gerais	
ATox 2	Síndromes tóxicas	
ATox 3	Intoxicação por drogas de abuso	
ATox 4	Intoxicação e abstinência alcoólica	
ATox 5	Inalação de fumaça	
ATox 6	Intoxicação por monóxido de carbono	
ATox 7	Intoxicação aguda por cianeto	
ATox 8	Intoxicação por organofosforados e carbamatos	
ATox 9		
ATox 10	Intoxicação por plantas	Em finalização
ATox 11	Intoxicação por medicamentos depressores	
ATox 12	Exposição a solventes	
ATox 13	Exposição a corrosivos	
ATox 14	Descontaminação	
ATox 15	Acidentes com animais peçonhentos	
ATox 16	Primeiro na cena de produto perigoso (PP)	
ATox 17	Identificação do produto perigoso (PP)	
ATox 18	Princípios gerais do atendimento à produto perigoso (PP)	
ATox 19		
<b>PROTOSCOLOS SAV - INCIDENTES MÚLTIPLAS VÍTIMAS</b>		
AMV1	Atribuições da primeira equipe a chegar na cena de IMV	
AMV2	Atribuições da equipe de SAV ao chegar na cena de um IMV em andamento	
AMV3	Triagem de múltiplas vítimas	
AMV4	Triagem de múltiplas vítimas: crianças	
AMV5	Organização de área de concentração de vítimas - ACV	
AMV6		
AMV7		
AMV9		
AMV10		

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Fevereiro/2016

10/11



Protocolo Samu 192

SUPORTE AVANÇADO DE VIDA



## Sumário

### PROTOCOLOS SAV - AEROMÉDICO

AERO1	Atribuições e responsabilidades específicas da equipe aeromédica	
AERO 2	CrITÉRIOS gerais de indicação de missão aeromédica: transporte inter-hospitalar	
AERO 3	Preparo da missão aeromédica	
AERO 4	Segurança operacional	
AERO 5	Aspectos do manejo clínico	
AERO 6	Transporte aeromédico neonatal de alto risco	Em finalização
AERO 7		
AERO 8		

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Fevereiro/2016

11/11



Protocolo Samu 192

SUPORTE AVANÇADO DE VIDA



## Lista de Siglas

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

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Outubro/2014

1/2



Protocolo Samu 192

**SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**

## Lista de Siglas

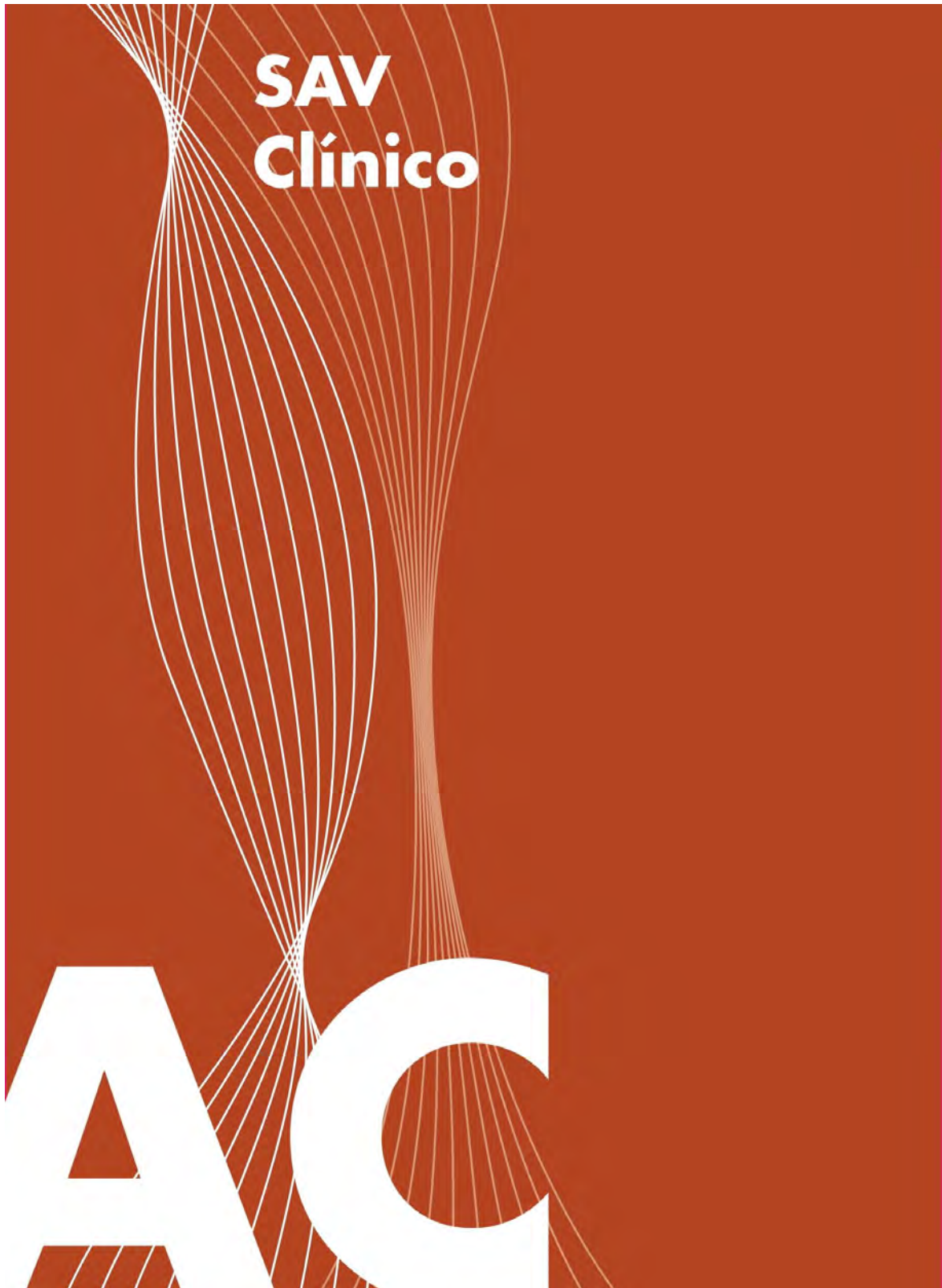
SAV	Suporte Avançado à Vida
SBV	Suporte Básico à Vida
TAx	Temperatura axilar
TEP	Tromboembolismo Pulmonar
TVSP	Taquicardia Ventricular Sem Pulso
TCE	Traumatismo cranioencefálico
TRM	Traumatismo raquimedular
VA	Vias aéreas
3S	Segurança de cena, Segurança do paciente, Biossegurança

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Outubro/2014

2/2







**AC1**

**Protocolo Samu 192**  
**Emergências Clínicas**  
**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**



## AC1 - Avaliação primária do paciente (agravo clínico)

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

Em toda abordagem de pacientes com agravo clínico.

### Conduta

- 1. Avaliar a responsividade (chamar o paciente) e expansão torácica:**
  - Se não responsivo e sem movimentos respiratórios, checar pulso central:
    - Se pulso ausente, iniciar (Protocolo AC5) (PCR);
    - Se pulso presente, abrir VA e iniciar suporte ventilatório (Protocolo AC4).
  - Se não responsivo com movimentos respiratórios: garantir a permeabilidade de via aérea e considerar suporte ventilatório; e
  - Se responsivo, prosseguir avaliação.
- 2. Avaliar permeabilidade de via aérea (VA) e corrigir situações de risco com:** hiperextensão da cabeça e elevação do queixo, cânula orofaríngea, aspiração, retirada de próteses e via aérea definitiva, se necessário.
- 3. Avaliar ventilação:**
  - Padrão ventilatório;
  - Simetria torácica;
  - Frequência respiratória;
  - Presença e simetria de murmúrio vesicular (MV);
  - Considerar a administração de O<sub>2</sub>; e
  - Considerar suporte ventilatório (máscara com reservatório, bolsa valva-máscara, dispositivos supraglóticos ou IOT).
- 4. Avaliar estado circulatório:**
  - Presença de hemorragias externas de natureza não traumática;
  - Pulsos periféricos ou centrais: frequência, ritmo, amplitude, simetria;
  - Tempo de enchimento capilar;
  - Pele: coloração e temperatura;
  - Na presença de sangramento ativo, considerar compressão direta, se possível; e
  - Na presença de instabilidade hemodinâmica, avaliar necessidade de reposição volêmica e/ou uso de drogas vasoativas.
- 5. Avaliar estado neurológico:**
  - Escala de Coma de Glasgow;
  - Avaliação pupilar: foto-reatividade e simetria.

### Observação:

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

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Março/2015

AC1 - Avaliação primária do paciente (agravo clínico)  
Este protocolo foi paulado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/1



**AC2**

Protocolo Samu 192  
Emergências Clínicas  
**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**



## AC2 - Avaliação secundária do paciente (agravo clínico)

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão

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

### Conduta

#### 1. Realizar entrevista SAMPLA (com o paciente, familiares ou terceiros):

- Nome e idade;
- Queixa principal;
- S: verificação dos sinais vitais:
  - Respiração (frequência, ritmo e amplitude);
  - Pulso (frequência, ritmo e amplitude);
  - Pressão arterial; e
  - Pele (temperatura, cor, turgor e umidade).
- A: história de alergias;
- M: medicamentos em uso e/ou tratamentos em curso;
- P: passado médico – problemas de saúde ou doença prévia;
- L: horário da última ingestão de líquidos ou alimentos; e
- A: ambiente do evento.

#### 2. Realizar avaliação complementar:

- Monitorar a oximetria de pulso, se disponível; e
- Avaliar glicemia capilar, se disponível.

#### 3. Realizar o exame da cabeça aos pés:

##### Cabeça e face:

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

##### PESCOÇO:

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

##### TÓRAX:

- Observar, em especial, se há uso de musculatura acessória, tiragem intercostal e de fúrcula, movimentos assimétricos, presença de ruídos adventícios e alteração da ausculta de murmúrios vesiculares.

##### ABDOMEN:

- Observar dor ao rechaço e/ou abdome distendido, abdome em tábua, presença de visceromegalias.

##### PELVE:

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

##### Membros superiores:

AC2 - Avaliação secundária do paciente (agravo clínico)

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Março/2015

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

1/2



**AC2**

**Protocolo Samu 192**  
**Emergências Clínicas**  
**SUORTE AVANÇADO DE VIDA**

**AC2 - Avaliação secundária do paciente (agravo clínico)**

- Observar, em especial, a palpação de pulsos distais e perfusão dos membros; e
- Avaliar a força motora, solicitando que o paciente aperte a mão do profissional e/ou eleve um braço de cada vez, se descartada qualquer potencial lesão.

**Membros inferiores:**

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

**Dorso (se possível):**

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

**Observações:**

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

AC2 - Avaliação secundária do paciente (agravo clínico)

**Elaboração:** Agosto/2014  
**Revisão:** Março/2015

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

2/2



AC3

Protocolo Samu 192  
Emergências Clínicas  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA



## AC3 - OVACE – Obstrução de vias aéreas por corpos estranhos

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

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

### Conduta

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

Obs.: em pacientes obesos e gestantes no último trimestre, realize as compressões sobre o esterno (linha intermamilar) e não sobre o abdome.
  - Obstrução grave em paciente irresponsivo:
    - Posicionar o paciente em decúbito dorsal em uma superfície rígida;
    - Diante de irresponsividade e ausência de respiração com pulso, executar compressões torácicas com objetivo de remoção do corpo estranho;
    - Abrir vias aéreas, visualizar a cavidade oral e remover o corpo estranho, se visível e alcançável (com dedos ou pinça);
    - Se nada encontrado, realizar 1 insuflação e se o ar não passar ou o tórax não expandir, reposicionar a cabeça e insuflar novamente;
    - Caso não haja sucesso pode-se tentar a visualização direta por laringoscopia e a remoção com a utilização da pinça de Magill;
    - Tentar a ventilação transtraqueal (cricotireoidostomia por punção); e
    - Considerar o transporte imediato, mantendo as manobras básicas de desobstrução.
- 3. Estar atento à ocorrência de PR (Protocolo AC4) ou PCR (Protocolo AC5).**
- 4. Realizar contato com a Regulação Médica para definição do encaminhamento e/ou unidade de saúde de destino.**

### Observação:

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

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Outubro/2014

AC3 - OVACE – Obstrução de vias aéreas por corpos estranhos  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/1



AC4

Protocolo Samu 192  
Emergências Clínicas  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA



## AC4 - Parada respiratória no adulto

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

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

### Conduta

1. Checar responsividade (tocar os ombros e chamar o paciente em voz alta) e checar a presença de respiração.
2. Se não responsivo e respiração ausente ou gasping, posicionar o paciente em decúbito dorsal em superfície plana, rígida e seca.
3. Solicitar ajuda (desfibrilador e maletas de drogas e de via aérea).
4. Checar pulso central (carotídeo) em 10 segundos:

### Se pulso presente:

Abrir via aérea e aplicar 1 insuflação com bolsa valva-máscara. A insuflação de boa qualidade deve ser de 1 segundo e obter visível elevação do tórax. Considerar a escolha da manobra manual, segundo a presença de trauma;  
Precocemente instalar suprimento de O<sub>2</sub>, alto fluxo (10 a 15 l/min) na bolsa valva-máscara;  
Considerar a instalação da Cânula orofaríngea (COF);  
Na persistência da PR, realizar 1 insuflação de boa qualidade a cada 5 a 6 segundos (10 a 12/min);  
Verificar a presença de pulso a cada 2 minutos. Na ausência de pulso iniciar RCP com compressões torácicas eficientes e seguir (Protocolo AC5);  
Assim que possível, instalar dispositivo de via aérea avançada, preferencialmente a intubação orotraqueal;  
Considerar uso de máscara laríngea no caso de intubação difícil;  
Confirmar efetiva ventilação e fixar o dispositivo escolhido;  
Após instalação da via aérea avançada realizar 8 a 10 insuflações/min (uma a cada 6 a 8 segundos) e checar o ritmo a cada 2 minutos;  
Manter atenção para a ocorrência de PCR (Protocolo AC5); e  
Recomenda-se a instalação acesso venoso periférico ou intraósseo.

### Se pulso ausente:

- Iniciar RCP com compressões torácicas eficientes e seguir (Protocolo AC5).
5. Realizar contato com a Regulação Médica para definição do encaminhamento e/ou unidade de saúde de destino.

### Observação:

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

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Outubro/2014

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

AC4 - Parada respiratória no adulto

1/1



AC5

Protocolo Samu 192  
Emergências Clínicas  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA



## AC5 – PCR e RCP adulto (Guidelines AHA 2015)

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão

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

### Conduta

1. Checar a responsividade (tocar os ombros e chamar o paciente em voz alta).
2. Se não responsivo, verificar a respiração e o pulso simultaneamente. **ATENÇÃO:** Checar pulso central (carotídeo) em até 10 segundos.
3. Posicionar o paciente em decúbito dorsal em superfície plana, rígida e seca.
4. Providenciar maletas de drogas e de vias aéreas.
5. Se respiração ausente ou *gasping* e:
  - Pulso PRESENTE: abrir via aérea e aplicar uma insuflação a cada 5 a 6 segundos (10 a 12/min) e verificar a presença de pulso a cada 2 minutos. Seguir o protocolo AC4 (Parada respiratória no adulto);
  - Pulso AUSENTE: iniciar ciclos de ressuscitação cardiopulmonar (RCP).
6. Iniciar RCP pelas compressões torácicas, mantendo ciclos de:
  - 30 compressões eficientes (na frequência de 100 a 120/min, deprimindo o tórax em 5 a 6 cm com completo retorno)
  - Duas insuflações eficientes (de 1 segundo cada e com visível elevação do tórax), inicialmente com bolsa valva-máscara com reservatório e oxigênio adicional.
7. Assim que o desfibrilador estiver disponível, posicionar as pás de adulto do desfibrilador no tórax desnudo e seco do paciente.
8. Interromper as compressões torácicas para a análise do ritmo.
9. Se ritmo **CHOCÁVEL** [fibrilação ventricular (FV)/ taquicardia ventricular sem pulso (TVSP)]:
  - Solicitar que todos se afastem do contato com o paciente;
  - Desfibrilar: choque único na potência máxima do aparelho (360 J no monofásico e 200 J no bifásico);
  - Reiniciar imediatamente a RCP após o choque, com ciclos de 30 compressões para duas insuflações por 2 minutos;
  - Após 2 minutos de compressões e insuflações, checar novamente o ritmo. Se persistir a FV/TVSP, reinicie pelo item 9 e siga o Protocolo AC6 (FV/TVSP) para manejo específico; e
  - Manter os ciclos de RCP ininterruptamente até chegar ao hospital ou a vítima apresentar sinais de circulação (respiração, tosse e/ou movimento).
10. Ritmo **NÃO CHOCÁVEL** (assistolia, atividade elétrica sem pulso):
  - Reiniciar RCP imediatamente após a análise do ritmo (30 compressões para duas insuflações), por 2 minutos;
  - Checar novamente o ritmo; e
  - Confirmado ritmo não chocável, iniciar Protocolo AC7 (Assistolia) ou Protocolo AC8 (AESP) para manejo específico.

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Janeiro/2016

AC5 – PCR e RCP adulto (Guidelines AHA 2015)  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/2



**AC5**

**Protocolo Samu 192  
Emergências Clínicas  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**

**AC5 – PCR e RCP adulto (Guidelines AHA 2015)**

- 11. Realizar simultaneamente os seguintes procedimentos:**
- Instalar dispositivo de via aérea avançada, preferencialmente a intubação orotraqueal. Considerar uso de máscara laríngea no caso de intubação difícil, para não retardar a realização das compressões de boa qualidade;
  - Confirmar efetiva ventilação e fixar o dispositivo escolhido;
  - Após instalação da via aérea avançada, manter compressões torácicas contínuas (frequência de 100 a 120/min), sem pausas para as insuflações, oferecer 10 insuflações/min (uma a cada 6 segundos não sincronizadas) e checar o ritmo a cada 2 minutos;
  - Instalar acesso venoso periférico ou intraósseo.
- 12. Pesquisar e tratar causas reversíveis de parada cardiorrespiratória (PCR) (5H e 5T).**
- 13. Realizar contato com a Regulação Médica para definição do encaminhamento e/ou unidade de saúde de destino.**
- 14. Registrar achados e procedimentos na ficha/boletim de ocorrência.**

**Observações**

- Considerar as 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- Ênfase na compressão torácica de boa qualidade e na deslibrilação precoce.
- **Compressões torácicas eficientes e de boa qualidade compreendem:**
  - Mãos entrelaçadas;
  - Deprimir o tórax em no mínimo 5 cm e no máximo 6 cm e permitir o completo retorno entre as compressões;
  - Manter frequência de compressões de 100 a 120/min;
  - Alternar os profissionais que aplicam as compressões a cada 2 minutos; e
  - Minimizar as interrupções das compressões.
- **Insuflações eficientes e de boa qualidade compreendem:**
  - Insuflação de 1 segundo cada
  - Visível elevação do tórax.
- Utilizar o desfibrilador assim que disponível, mantendo as manobras de reanimação até a efetiva instalação e disponibilidade do equipamento.
- Não interromper manobras de RCP para administrar drogas no manejo específico (Protocolos AC6, AC7, AC8).
- Manter os ciclos de RCP ininterruptamente até chegar apoio, chegar ao hospital, ou a vítima apresentar sinais de circulação (respiração, tosse e/ou movimento). Considerar os critérios de inclusão no protocolo de interrupção da RCP (AC11).
- Causas associadas potencialmente reversíveis de PCR:
  - 5H: hipovolemia, hidrogênio (acidose), hipóxia, hipo ou hipercalemia, hipotermia; e
  - 5T: trombose coronariana (infarto agudo do miocárdio), trombose pulmonar, tamponamento pericárdico, tensão no tórax, tóxicos.
- Rever "Algoritmo Geral RCP Adulto" (Protocolo AC14).

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Janeiro/2016

AC5 – PCR e RCP adulto (Guidelines AHA 2015)  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

2/2





**AC6**

**Protocolo Samu 192**  
**Emergências Clínicas**  
**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**



## AC6 – PCR adulto: FV ou TVSP (Guidelines AHA 2015)

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão

Parada cardiorrespiratória (PCR) com ritmo de fibrilação ventricular (FV) ou taquicardia ventricular sem pulso (TVSP) ao monitor cardíaco.

### Conduta

1. Solicitar que todos se afastem do contato com o paciente e certificar-se de que não há alto fluxo de oxigênio direcionado para o tórax do paciente.
2. Desfibrilar: choque único na potência máxima do aparelho (360 J no monofásico e 200 J no bifásico).
3. Reiniciar imediatamente a ressuscitação cardiopulmonar (RCP) após o choque, começando por 30 compressões torácicas de boa qualidade seguidas de duas insuflações, por cinco ciclos ou 2 minutos.
4. Realizar simultaneamente acesso venoso [endovenoso(EV)/intraósseo (IO)].
5. **Administrar epinefrina:** 1 mg intravenoso (IV)/IO em bolus seguido de 20 mL de solução salina 0,9% e elevação do membro (repetir a cada 3 a 5 minutos).
6. Após 2 minutos ou cinco ciclos de compressões e insuflações, checar novamente o ritmo. Se persistir a FV/TVSP, reinicie desde o item 1.
7. **Administrar antiarrítmico:**
  - Preferência para amiodarona 300 mg EV (1ª dose) em bolus, seguido de bolus de 20 mL de solução salina a 0,9% e elevação do membro. Pode ser repetida após 3 a 5 minutos na dose de 150 mg (2ª dose);
  - Se amiodarona não disponível, administrar **lidocaína:** 1 a 1,5 mg/kg IV/IO (pode ser repetida após 5 a 10 minutos na dose de 0,5 a 0,75 mg/kg); e
  - No caso de PCR secundária a hipomagnesemia ou taquicardia ventricular polimórfica (Torsades de Pointes), administrar **sulfato de magnésio:** 1 a 2 g IV/IO diluído em 10 a 20 mL de glicose a 5%.
8. Após 2 minutos de compressões e insuflações, checar novamente o ritmo. Se persistir a FV/TVSP, reinicie desde o item 1.
9. Se, a qualquer momento, o ritmo evoluir para:
  - Assístolia – considerar Protocolo AC7;
  - Atividade elétrica sem pulso – considerar Protocolo AC8; e
  - Atividade elétrica com pulso – iniciar cuidados pós-ressuscitação (Protocolo AC10).
10. Realizar simultaneamente os seguintes procedimentos:
  - Instalar dispositivo de via aérea avançada, preferencialmente a intubação orotraqueal. Considerar uso de máscara laríngea no caso de intubação difícil, para não retardar a realização das compressões de boa qualidade;
  - Confirmar efetiva ventilação e fixar o dispositivo escolhido;
  - Após instalação da via aérea avançada, manter compressões torácicas contínuas na frequência de 100 a 120/min sem pausas para as insuflações, oferecer 10 insuflações/min (uma a cada 6 segundos não sincronizadas) e checar o ritmo a cada 2 minutos;
  - Instalar eletrodos do monitor;
  - Realizar o diagnóstico diferencial e procurar tratar as causas reversíveis identificadas (Fatores H e Fatores T).

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Janeiro/2016

AC6 – PCR adulto: FV ou TVSP (Guidelines AHA 2015)

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

1/2



## AC6

### Protocolo Samu 192 Emergências Clínicas SUPORTE AVANÇADO DE VIDA

#### AC6 – PCR adulto: FV ou TVSP (Guidelines AHA 2015)

11. Realizar contato com a Regulação Médica para definição do encaminhamento e/ou unidade de saúde de destino.
12. Registrar achados e procedimentos na ficha/boletim de ocorrência.

#### Observações

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- Ênfase na compressão torácica de boa qualidade e na desfibrilação precoce.
- **Compressões torácicas de boa qualidade compreendem:**
  - Mãos entrelaçadas;
  - Deprimir o tórax em no mínimo 5 cm e no máximo 6 cm e permitir o completo retorno entre as compressões;
  - Manter frequência de compressões de 100 a 120/min;
  - Alternar os profissionais que aplicam as compressões a cada 2 minutos; e
  - Minimizar as interrupções das compressões.
- **Insuflações de boa qualidade compreendem:**
  - Insuflação de 1 segundo cada
  - Visível elevação do tórax.
- Utilizar o desfibrilador assim que disponível, mantendo as manobras de reanimação até a efetiva instalação e disponibilidade do equipamento.
- Não interromper manobras de RCP para administrar drogas no manejo específico (Protocolos AC6, AC7, AC8).
- Manter os ciclos de RCP ininterruptamente até chegar apoio, chegar ao hospital, ou a vítima apresentar sinais de circulação (respiração, tosse e/ou movimento). Considerar os critérios de inclusão no Protocolo de interrupção da RCP (AC11).
- Causas associadas potencialmente reversíveis de PCR:
  - 5H: hipovolemia, hidrogênio (acidose), hipóxia, hipo ou hipercalemia, hipotermia; e
  - 5T: trombose coronariana (infarto agudo do miocárdio), trombose pulmonar, tamponamento pericárdico, tensão no tórax, tóxicos.
- Rever "Algoritmo Geral RCP Adulto" (Protocolo AC14).

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Janeiro/2016

AC6 – PCR adulto: FV ou TVSP (Guidelines AHA 2015)  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

2/2



AC7

Protocolo Samu 192  
Emergências Clínicas  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA



## AC7 – PCR RCP adulto: assistolia (Guidelines AHA 2015)

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão

Parada cardiorrespiratória (PCR) com ritmo de assistolia ao monitor cardíaco.

### Conduta

1. Realizar rapidamente (em menos de 10 segundos) o protocolo da linha reta para confirmar assistolia e descartar uma fibrilação ventricular fina:
  - Verificar adequada conexão dos cabos e eletrodos;
  - Aumentar ganho de sinal no monitor cardíaco (amplitude/potência de sinal); e
  - Checar ritmo em outra derivação.
2. Se assistolia confirmada, iniciar imediatamente a ressuscitação cardiopulmonar (RCP), começando pelas compressões torácicas, 100 a 120 compressões por minuto (30 compressões para duas insuflações) por 2 minutos.
3. **Administrar epinefrina o mais rápido possível:** 1 mg intravenosa/intraóssea (IV/IO) em bolus seguido de 20 mL de solução salina 0,9% e elevação do membro (repetir a cada 3 a 5 minutos).
4. Após 2 minutos de ciclos de compressões e insuflações, checar novamente o ritmo. Se persistir a assistolia, reinicie a partir do item 2.
5. Se, a qualquer momento, o ritmo evoluir para:
  - Fibrilação ventricular/taquicardia ventricular sem pulso – considerar Protocolo AC6;
  - Atividade elétrica sem pulso – considerar Protocolo AC8; e
  - Atividade elétrica com pulso – iniciar cuidados pós-ressuscitação (Protocolo AC10).
6. **Realizar simultaneamente os seguintes procedimentos:**
  - Instalar dispositivo de via aérea avançada, preferencialmente a intubação orotraqueal. Considerar uso de máscara laríngea no caso de intubação difícil, para não retardar a realização das compressões de boa qualidade;
  - Confirmar efetiva ventilação e fixar o dispositivo escolhido;
  - Após instalação da via aérea avançada, manter compressões torácicas contínuas (100 a 120/min), sem pausas para as insuflações, oferecer 10 insuflações/min (uma a cada 6 segundos não sincronizadas) e checar o ritmo a cada 2 minutos;
  - Instalar eletrodos do monitor; e
  - Realizar o diagnóstico diferencial e procurar tratar as causas reversíveis identificadas (Fatores H e Fatores T).
7. Realizar contato com a Regulação Médica para definição do encaminhamento e/ou unidade de saúde de destino.
8. Registrar achados e procedimentos na ficha/boletim de ocorrência.

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Janeiro/2016

AC7 – PCR RCP adulto: assistolia (Guidelines AHA 2015)

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

1/2



**AC7**

**Protocolo Samu 192  
Emergências Clínicas  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**

**AC7 – PCR RCP adulto: assistolia (Guidelines AHA 2015)**

**Observações**

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- Ênfase na compressão torácica de boa qualidade e na desfibrilação precoce.
- **Compressões torácicas de boa qualidade compreendem:**
  - Mãos entrelaçadas;
  - Deprimir o tórax em no mínimo 5 cm e no máximo 6 cm e permitir o completo retorno entre as compressões;
  - Manter frequência de compressões de 100 a 120/min;
  - Alternar os profissionais que aplicam as compressões a cada 2 minutos; e
  - Minimizar as interrupções das compressões.
- **Insuflações de boa qualidade compreendem:**
  - Insuflação de 1 segundo cada
  - Visível elevação do tórax.
- Utilizar o monitor/defibrilador assim que disponível, mantendo as manobras de reanimação até a efetiva instalação e disponibilidade do equipamento.
- Não interromper manobras de RCP para administrar drogas no manejo específico (Protocolos AC6, AC7, AC8).
- Manter os ciclos de RCP ininterruptamente até chegar apoio, chegar ao hospital, ou a vítima apresentar sinais de circulação (respiração, tosse e/ou movimento). Considerar os critérios de inclusão no Protocolo de interrupção da RCP (AC11).
- Causas associadas potencialmente reversíveis de PCR:
  - 5H: hipovolemia, hidrogênio (acidose), hipóxia, hipo ou hipercalemia, hipotermia; e
  - 5T: trombose coronariana (infarto agudo do miocárdio), trombose pulmonar, tamponamento pericárdico, tensão no tórax, tóxicos.
- Rever "Algoritmo Geral RCP Adulto" (Protocolo AC14).

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Janeiro/2016

AC7 – PCR RCP adulto: assistolia (Guidelines AHA 2015)  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

2/2



AC8

Protocolo Samu 192  
Emergências Clínicas  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA



## AC8 – PCR RCP adulto: AESP (Guidelines AHA 2015)

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão

Parada cardiopulmonar (PCR) (paciente irresponsivo ao estímulo, com respiração agônica ou ausente, sem pulso central palpável), com presença de atividade elétrica ao monitor cardíaco.

### Conduta

1. Iniciar imediatamente a ressuscitação cardiopulmonar (RCP), começando pelas compressões torácicas, 100 a 120 compressões por minuto (30 compressões para duas insuflações) por 2 minutos.
2. Administrar **epinefrina o mais rápido possível**: 1 mg intravenosa/intraóssea (IV/IO) em bolus seguido de 20 mL de solução salina 0,9% e elevação do membro (repetir a cada 3 a 5 min).
3. Após 2 minutos de compressões e insuflações, checar novamente o ritmo. Se persistir a atividade elétrica sem pulso, reinicie desde o item 1.
4. Se, a qualquer momento, o ritmo evoluir para:
  - Assístolia – considerar Protocolo AC7;
  - Fibrilação ventricular/taquicardia ventricular sem pulso – considerar Protocolo AC6; e
  - Atividade elétrica com pulso – iniciar cuidados pós-ressuscitação (Protocolo AC10).
5. Realizar simultaneamente os seguintes procedimentos:
  - Instalar dispositivo de via aérea avançada, preferencialmente a intubação orotraqueal. Considerar uso de máscara laríngea no caso de intubação difícil, para não retardar a realização das compressões de boa qualidade;
  - Confirmar efetiva ventilação e fixar o dispositivo escolhido;
  - Após instalação da via aérea avançada, manter compressões torácicas contínuas (100 a 120/min) sem pausas para as insuflações, oferecer 10 insuflações/min (uma a cada 6 segundos não sincronizadas) e checar o ritmo a cada 2 minutos;
  - Instalar eletrodos do monitor; e
  - Tentar realizar o diagnóstico diferencial e procurar tratar as causas reversíveis identificadas (Fatores H e Fatores T).
6. Realizar contato com a Regulação Médica para definição do encaminhamento e/ou unidade de saúde de destino.
7. Registrar achados e procedimentos na ficha/boletim de ocorrência.

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Janeiro/2016

AC8 – PCR RCP adulto: AESP (Guidelines AHA 2015)  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/2



**AC8**

**Protocolo Samu 192  
Emergências Clínicas  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**

**AC8 – PCR RCP adulto: AESP (Guidelines AHA 2015)**

**Observações**

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- Ênfase na compressão torácica de boa qualidade e na desfibrilação precoce.
- **Compressões torácicas de boa qualidade compreendem:**
  - Mãos entrelaçadas;
  - Deprimir o tórax em no mínimo 5 cm e no máximo 6 cm e permitir o completo retorno entre as compressões;
  - Manter frequência de compressões de 100 a 120/min;
  - Alternar os profissionais que aplicam as compressões a cada 2 minutos; e
  - Minimizar as interrupções das compressões.
- **Insuflações de boa qualidade compreendem:**
  - Insuflação de 1 segundo cada
  - Visível elevação do tórax.
- Utilizar o monitor/defibrilador assim que disponível, mantendo as manobras de reanimação até a efetiva instalação e disponibilidade do equipamento.
- Não interromper manobras de RCP para administrar drogas no manejo específico (Protocolos AC6, AC7, AC8).
- Manter os ciclos de RCP ininterruptamente até chegar apoio, chegar ao hospital, ou se a vítima apresentar sinais de circulação (respiração, tosse e/ou movimento). Considerar os critérios de inclusão no Protocolo de interrupção da RCP (AC11).
- Causas associadas potencialmente reversíveis de PCR:
  - 5H: hipovolemia, hidrogênio (acidose), hipóxia, hipo ou hipercalemia, hipotermia; e
  - 5T: trombose coronariana (infarto agudo do miocárdio), trombose pulmonar, tamponamento pericárdico, tensão no tórax, tóxicos.
- Rever "Algoritmo Geral RCP Adulto" (Protocolo AC14).

AC8 – PCR RCP adulto: AESP (Guidelines AHA 2015)

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Janeiro/2016

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

2/2



AC9

Protocolo Samu 192  
Emergências Clínicas  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA



## AC9 - PCR: Interrupção de RCP

Quando suspeitar ou critérios de inclusão:  
RCP com evolução para ritmo de assistolia.

### Conduta

1. Considerar a interrupção da RCP quando o ritmo presente for de ASSISTOLIA.
2. Na presença de ASSISTOLIA:
  - Realizar o Protocolo de linha reta; e
  - Afastar todas as possíveis causas reversíveis 5H e 5T.
3. Considerar interromper os esforços quando presentes os seguintes fatores:
  - Assistolia confirmada pelo protocolo de linha reta;
  - Afastadas todas as causas reversíveis – 5H e 5T;
  - Exaustão da equipe;
  - Condições ambientais inseguras e/ou muito insalubres; e
  - Condições de insegurança pessoal na cena.
4. Realizar contato com a Regulação Médica para definição do encaminhamento e/ou unidade de saúde de destino.
5. Após a constatação de óbito pelo médico no local, orientar os familiares quanto aos procedimentos formais e legais.

### Observação:

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- Manter esforços de ressuscitação cardiopulmonar enquanto apresentar ritmo de FV ou AESP.
- Protocolo de linha reta:
  - Verificar adequada conexão dos cabos e eletrodos;
  - Aumentar o ganho de sinal do monitor (amplitude/potência do sinal); e
  - Checar o ritmo em outra derivação.
- Não há parâmetro de tempo de RCP para a tomada de decisão sobre a interrupção dos esforços. Caso o SAV dê apoio a uma equipe de SBV, o médico deverá considerar:
  - O ritmo inicial da PCR e a indicação de desfibrilação (com DEA);
  - O tempo de PCR e o tempo-resposta da equipe;
  - Se a PCR foi assistida pelo solicitante ou pela equipe; e
  - A informação de doenças prévias que possam auxiliar o médico na tomada de decisão quanto à interrupção das manobras.
- Os esforços de RCP devem ser mais prolongados em pacientes que apresentam hipotermia, overdose de drogas ou outras causas potencialmente reversíveis de PCR e em pacientes de afogamento.

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Outubro/2014

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

AC9 - PCR: Interrupção de RCP

1/1



## AC10

Protocolo Samu 192  
Emergências Clínicas  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA



### AC10 – Cuidados pós-ressuscitação – adulto (Guidelines AHA- 2015)

#### Quando suspeitar ou critérios de inclusão

Paciente com retorno da circulação espontânea após manobras de ressuscitação cardiopulmonar (RCP).

#### Conduta

1. Atentar para a ocorrência de nova parada cardiorrespiratória (PCR): manter monitorização cardíaca.
2. Otimizar a ventilação e oxigenação com ênfase para:
  - Manter ou considerar via aérea avançada;
  - Manter a saturação de oxigênio  $\geq 94\%$ ;
  - Se ocorrer parada respiratória, manter com 10 a 12 insuflações/min (não hiperventilar); e
  - Considerar capnografia.
3. Avaliar sinais vitais.
4. Realizar eletrocardiograma (ECG) de 12 derivações e, se necessário, ECG de 2º opinião/telecárdio.
5. Controlar glicemia e tratar, se necessário.
6. Tratar hipotensão se pressão sistólica  $< 90$  mmHg: iniciar infusão de 1 a 2 L de ringer lactato ou solução salina 0,9% intravenosa/intraóssea.
7. Manter droga antiarrítmica (lidocaína), se indicado (fibrilação ventricular, taquicardia ventricular sem pulso).
8. Tratar possíveis causas reversíveis de PCR.
9. Atentar para a recorrência de PCR e a necessidade de reiniciar RCP.
10. Preparar para o transporte.
11. Realizar contato com a Regulação Médica para definição do encaminhamento e/ou unidade de saúde de destino.
12. Registrar procedimentos e intercorrências na ficha ou boletim de ocorrência.

#### Observações

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- Considerar as seguintes causas associadas potencialmente reversíveis de PCR:
  - 5H: hipovolemia, hidrogênio (acidose), hipóxia, hipo ou hipercalemia, hipotermia; e
  - 5T: trombose coronariana (infarto agudo do miocárdio), trombose pulmonar, tamponamento pericárdico, tensão no tórax, tóxicos.

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Janeiro/2016

AC10 – Cuidados pós-ressuscitação – adulto (Guidelines AHA- 2015)  
Este protocolo foi paulado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/1





**AC11**

Protocolo Samu 192  
Emergências Clínicas  
**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**



## AC11 - Decisão de não Ressuscitação

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

- Sinais de morte evidente.
- Risco evidente de injúria ou de perigo para a equipe (cena insegura).
- Presença de diretiva antecipada de não reanimação (Resolução 1.995- CFM).

### Conduta

1. Não iniciar manobras de RCP.
2. Comunicar o evento à Central de Regulação Médica.
3. Em situações de risco à equipe, observar considerações do (Protocolo PE1).
4. Realizar contato com a Regulação Médica para definição do encaminhamento.

### Observação:

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

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Abril/2015

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

AC11 - Decisão de não Ressuscitação

1/1



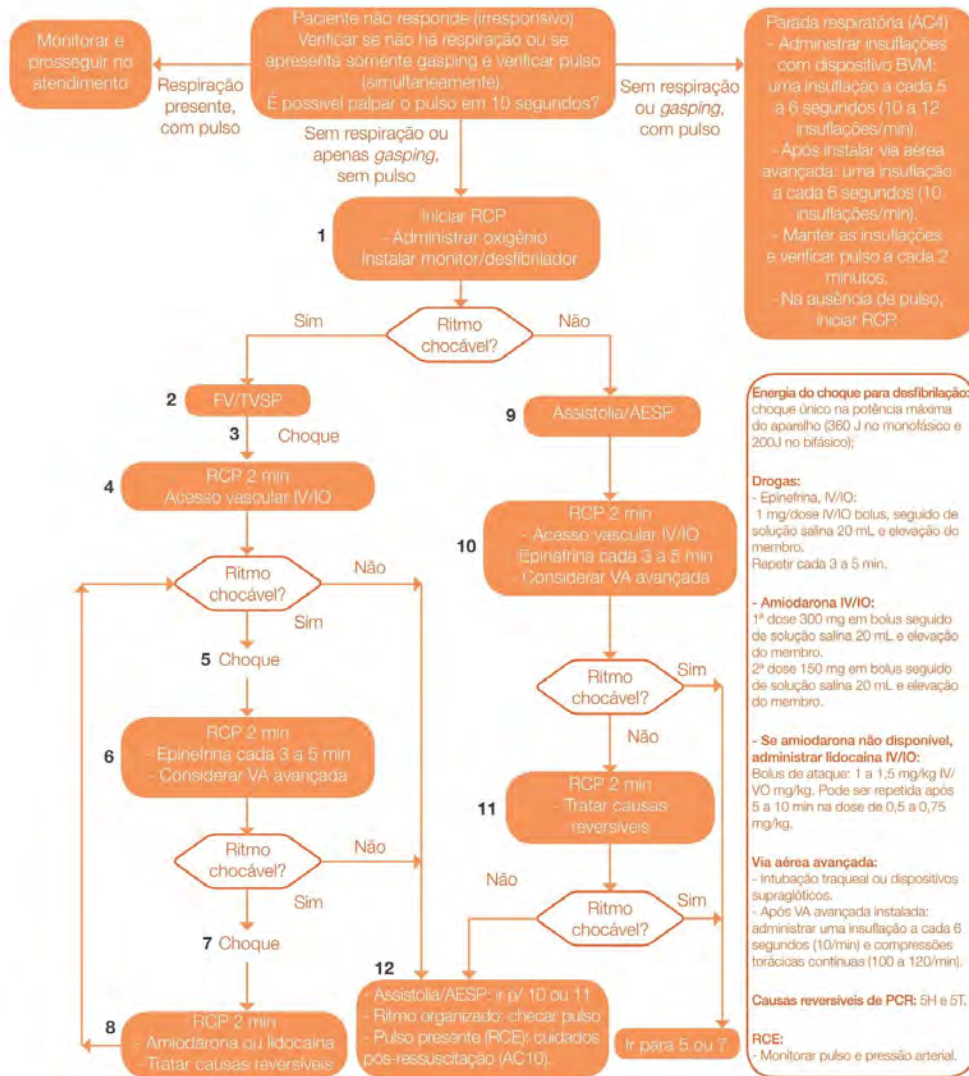
**AC12**

**Protocolo Samu 192**  
**Emergências Clínicas**  
**SUORTE AVANÇADO DE VIDA**



**AC12 – Algoritmo geral da RCP no adulto (Guidelines AHA- 2015)**

Algoritmo geral da RCP ADULTO – suporte avançado de vida



Fonte: Adaptado de AHA Guidelines 2015. Part 7. Adult ALS. Circulation 2015;132 (suppl 2);p. S444-S464 e AHA Guidelines 2015. Part 12. Pediatric ALS. Circulation 2015;132 (suppl 2);pg S526-S542

Elaboração: Agosto/2014 | Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis. | 1/1  
 Revisão: Janeiro/2016 | Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.



**AC13**

Protocolo Samu 192  
Emergências Clínicas  
**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**



## AC13 - Bradicardia

**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**  
FC < 60 bpm.

### Conduta

1. Realizar avaliação primária (Protocolo AC1) com ênfase para:
  - manter permeabilidade das vias aéreas;
  - ventilação assistida, se necessário; e
  - oferecer oxigênio (se hipoxemia, dispnéia ou aumento do trabalho respiratório).
2. Realizar avaliação secundária (Protocolo AC2) com ênfase para:
  - monitorizar: ECG (identificar o ritmo), pressão arterial, oximetria;
  - entrevista SAMPLA; e
  - não retardar a terapia.
3. Realizar ECG 12 derivações.;
4. Instalar acesso venoso.
5. Identificar e tratar causas reversíveis 5H e 5T.
6. Avaliar presença de sinais de baixo débito: hipotensão, alteração aguda do estado mental, sinais de choque, insuficiência cardíaca aguda e desconforto torácico isquêmico.

**Ausência de sinais de baixo débito:**

- observar e monitorar o paciente.

**Presença de sinais de baixo débito:**

- administrar Atropina 0,5 mg IV em bolus. Pode ser repetida a cada 3 a 5 minutos, até dose máxima de 3mg;
  - se não houver resposta satisfatória, considerar instalação de marcapasso transcutâneo – MPTC, (não retardar se bloqueio de 2º grau tipo II ou 3º grau) ou usar adrenalina ou dopamina; e
  - manter atenção para a ocorrência de PCR (Protocolo AC5).
7. Realizar contato com a Regulação Médica para definição do encaminhamento e/ou unidade de saúde de destino.

### Observação:

- Considerar as 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- Ritmos que causam bradicardia: bradicardia sinusual, BAV 1º grau, BAV 2º grau (tipo 1 e tipo 2), BAV 3º grau.
- Sinais de baixo débito: hipotensão, alteração aguda do estado mental, sinais de choque, insuficiência cardíaca aguda e desconforto torácico isquêmico, congestão pulmonar ou ↓ SatO<sub>2</sub>.
- A atropina deve ser usada com cautela na isquemia coronariana ou no IAM, pois a elevação da FC pode piorar a isquemia.
- Para a utilização do MPTC, considere analgesia ou sedação leve.
- A meia-vida da atropina é curta (4 min) e sua principal vantagem é permitir um intervalo de tempo para o preparo do MPTC ou de outras medicações.
- O uso de adrenalina e dopamina exige bomba de infusão para controle da dosagem.

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Outubro/2014

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

AC13 - Bradicardia

1/1



## AC14

Protocolo Samu 192  
Emergências Clínicas  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA



### AC14 - Taquiarritmia com pulso

Quando suspeitar ou critérios de inclusão:  
FC > 100 bpm com sintomas.

#### Conduta

##### Medidas iniciais

1. Realizar avaliação primária, identificar e tratar causas subjacentes:
  - manter permeabilidade das vias aéreas;
  - considerar ventilação assistida, se necessário; e
  - oferecer oxigênio (se necessário).
2. Realizar avaliação secundária com ênfase para:
  - monitorizar ECG (identificar ritmo); e
  - monitorizar pressão arterial e oximetria.
3. Instalar acesso venoso.
4. Identificar e tratar causas reversíveis: Fatores 5H e Fatores 5T.
5. Se sinais e sintomas persistirem após essas medidas, avaliar o grau de instabilidade e determinar se está relacionada à taquicardia.

##### Paciente instável:

- Realizar cardioversão elétrica sincronizada (independente do ritmo) sob sedação (não atrasar o procedimento). Cargas iniciais recomendadas:
  - QRS estreito e regular: 50 a 100 J (bifásica ou monofásica);
  - QRS estreito e irregular: 120 a 200 J (bifásica) ou 200 J (monofásica); e
  - QRS largo e regular: 100 J (bifásica ou monofásica).
- Caso o ritmo não seja revertido, aumentar gradativamente a carga.
- Manter atenção para a ocorrência de PCR (Protocolo AC5).

##### Paciente estável - obter ECG de 12 derivações e avaliar se QRS for estreito ou largo:

- Se QRS estreito (< 0,12 seg.) - avaliar a regularidade do ritmo.
  - **Ritmo regular:** realizar as manobras vagais (manobra de Valsalva ou massagem do seio carotídeo) e observar se há reversão (revertem cerca de 25% das taquicardias supraventriculares - TSV);
  - **Ritmo não reverteu:** administrar Adenosina 6 mg em bolus IV rápido, seguido de 20 mL de soro fisiológico - usar dose de 3 mg nos pacientes em uso de Dipiridamol ou Carbamazepina e nos transplantados cardíacos - não usar em asmáticos;
  - **Se TSV não reverter em 1 a 2 minutos:** administrar a 2ª dose de adenosina, de 12 mg em bolus IV seguida de 20 mL de SF;
  - **Se TSV não reverter ou houver recorrência:** pode ser considerado a 3ª dose de adenosina 12 mg, se houver persistência, usar bloqueador, para controle da frequência Metoprolol 5 mg IV, a cada 5 minutos - 1 ampola = 5 mL = 5 mg, dose máxima: 15 mg - não usar se paciente tiver função ventricular comprometida, doença pulmonar (asma) ou distúrbio cardíaco de condução grave.

AC14 - Taquiarritmia com pulso

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Abril/2015

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

1/2



## AC14

### Protocolo Samu 192 Emergências Clínicas SUPORTE AVANÇADO DE VIDA

#### AC14 - Taquiarritmia com pulso

- Ritmo irregular (provável fibrilação atrial):
    - controlar a frequência com  $\beta$ -bloqueador (Metoprolol 5 mg IV, a cada 5 minutos 1 ampola = 5 mL = 5 mg. Dose máxima: 15 mg), observando as contraindicações acima citadas.
  - Se QRS largo ( $\geq 0,12$  seg.) - avaliar a regularidade do ritmo.
  - Ritmo regular:
    - controlar a frequência com Amiodarona 150mg IV em 10 min. Repetir, se necessário, até a dose total de 450 mg.
  - Ritmo irregular:
    - controlar a frequência com Amiodarona 150mg IV em 10 min. Repetir, se necessário, até a dose total de 450 mg; e
    - na Torsades de Pointes: administrar sulfato de magnésio 1-2 g em bolus seguido de 20ml de soro fisiológico 0,9%.
6. Realizar contato com a Regulação Médica para definição do encaminhamento e/ou unidade de saúde de destino.

#### Observação:

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- Sinais de instabilidade: presença de alteração de nível de consciência, dor torácica, hipotensão ou outros sinais de choque, insuficiência cardíaca aguda, dispneia, congestão pulmonar ou  $\downarrow$  SatO<sub>2</sub>.
- Não realizar massagem de seio carotídeo em idosos (> 60 anos), pessoas com sopros carotídeos à ausculta da região e pacientes com possibilidade de vasculopatia (obesos, diabéticos, etc.).
- Nos casos de pacientes estáveis (sem sinais de instabilidade) e sem sintomas importantes, com taquicardias com QRS estreito regular (TSV) sem reversão com adenosina, QRS estreito irregular ou QRS largo, pode-se aguardar a avaliação do cardiologista, sem medicar na APH.
- Considerar o Algoritmo Geral das Taquiarritmias com pulso - SAV Adulto (Protocolo AC.1.5)

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Abril/2015

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

AC14 - Taquiarritmia com pulso

2/2

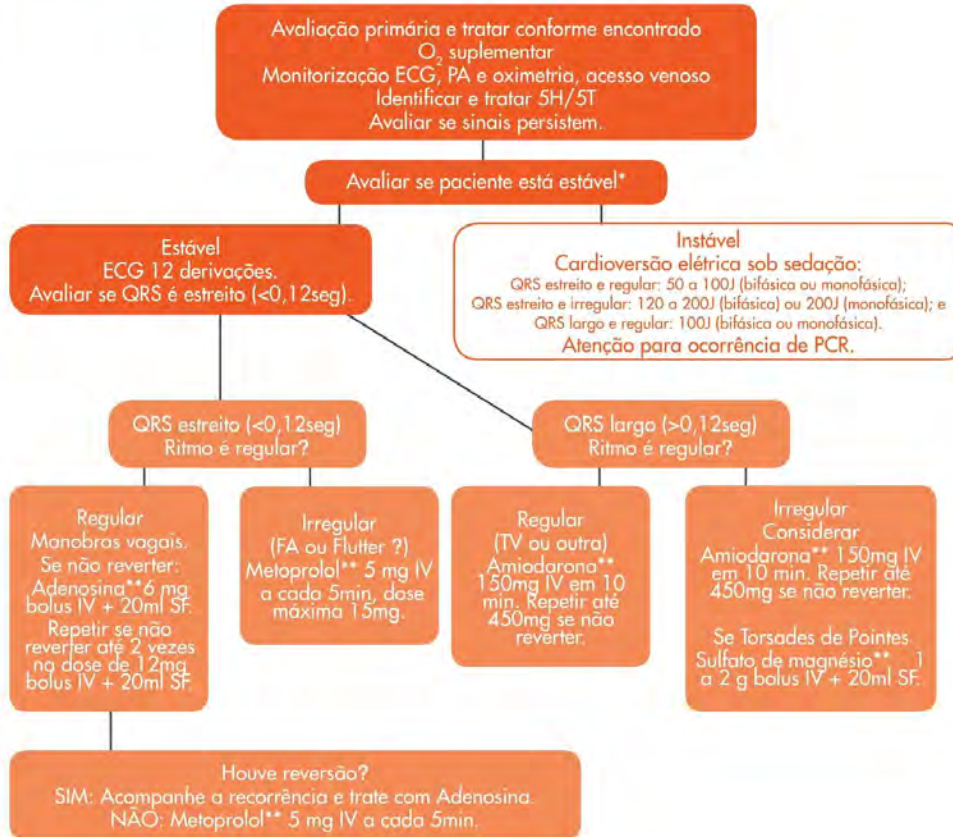


**AC15**

**Protocolo Samu 192**  
**Emergências Clínicas**  
**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**



**AC15 - Algoritmo geral das taquiarritmias com pulso**



**Observações**

\*Sinais de instabilidade : presença de alteração de nível de consciência, dor torácica, hipotensão ou outros sinais de choque, insuficiência cardíaca aguda, dispneia, congestão pulmonar ou ↓ SatO<sub>2</sub>.  
 \*\*Considere contraindicações e cuidados.

Elaboração: Agosto/2014 | Este protocolo foi paulado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
 Revisão: Outubro/2014 | Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/1



**AC16**
**Protocolo Samu 192  
Emergências Clínicas  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**


## AC16 - Choque

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

Critérios e tipos de choque:

SINAIS	HIPOVOLÊMICO	NEUROGÊNICO	CARDIOGÊNICO	SÉPTICO
Temperatura da pele	fria, úmida, pegajosa	quente, seca	fria, úmida, pegajosa	fria, úmida, pegajosa
Coloração pele	pálida, cianose	rosada	pálida, cianose	pálida, rendilhada
Pressão arterial	normal ou diminuída	normal ou diminuída	normal ou diminuída	normal ou diminuída
Nível de Consciência	alterado	alerta, lúcido, orientado	alterado	alterado
Enchimento Capilar	> 2 seg	normal: < 2 seg	> 2 seg	> 2 seg
Frequência Cardíaca	aumentada	diminuído	aumentada	aumentada

Classificação do choque hipovolêmico:

	CLASSE I	CLASSE II	CLASSE III	CLASSE IV
Quantidade de sangue perdido (% volume)	< 750 mL (< 15%)	750-1500mL (15-30%)	1500-2000mL (30-40%)	> 2000mL (> 40%)
Frequência cardíaca	< 100	100-120	120-140	> 140
Frequência ventilatória	14-20	20-30	30-40	>35
PA arterial	normal	normal	diminuída	diminuída
SNC/estado mental	ansiedade discreta	ansiedade leve	ansiedade, confusão	confusão, letargia

### Conduta

- Realizar avaliação primária (Protocolo AC1) com ênfase para:
  - avaliar responsividade;
  - manter via aérea pérvia;
  - estabilizar coluna cervical, se suspeita de trauma; e
  - identificar e controlar sangramentos, se necessário (considerar compressão, torniquete, imobilização de pelve e membros, se necessário).

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Abril/2015

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

AC16 - Choque

1/2



## AC16

### Protocolo Samu 192 Emergências Clínicas SUPORTE AVANÇADO DE VIDA

#### AC16 - Choque

2. Realizar avaliação secundária (Protocolo AC2) com ênfase para:
  - Coletar história SAMPLA;
  - Monitorizar oximetria de pulso, ritmo cardíaco e sinais vitais;
  - Posicionar o paciente de forma compatível com a modalidade do choque, visando à melhora da sintomatologia e controle de danos;
  - Realizar a prevenção de hipotermia: manter temperatura adequada da ambulância, remover roupas molhadas e usar manta térmica ou cobertor; e
  - Tentar identificar a causa do choque e iniciar tratamento específico.
3. Instalar acesso venoso periférico ou considerar punção intraóssea (IO) após 2 tentativas sem sucesso. Na impossibilidade da IO, realizar dissecação venosa ou punção de jugular externa.
4. Realizar abordagem medicamentosa:
  - oferecer O<sub>2</sub> suplementar sob máscara não reinalante se SatO<sub>2</sub> < 94%; e
  - repor volemia com solução cristalóide isotônica, com o objetivo de manter pressão sistólica > 80 mmHg. No TCE considerar manter a pressão sistólica >90mmHg.
5. Realizar contato com a Regulação Médica para definição de encaminhamento e/ou unidade de saúde de destino.

#### Observações:

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- No APH, a conduta mais segura diante de um paciente traumatizado em choque é considerar a causa do choque como hemorrágica, até prova em contrário.
- Dar preferência à veia safena na dissecação venosa.
- No choque hipovolêmico secundário ao trauma, a reposição volêmica deverá ser administrada com solução cristalóide aquecida a 39°, preferencialmente.
- O ringer lactato é a solução cristalóide de 1ª escolha, seguido da solução salina 0,9%.
- A presença de sinais inflamatórios sistêmicos (temperatura corporal >38,3° ou < 36°, FC>90bpm, FR>20irpm), associada a suspeita de foco infeccioso, determina o diagnóstico de sepse. O choque séptico é a associação da sepse com sinais de hipoperfusão, não sendo obrigatória a presença de hipotensão.

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Abril/2015

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

AC16 - Choque

2/2





**AC17**

Protocolo Samu 192  
Emergências Clínicas  
**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**



## AC17 - Dor torácica não traumática: SCA – Síndrome Coronariana Aguda

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

- Dor prolongada, localizada nas regiões retroesternal, epigástrica, abdominal alta ou precordial, com irradiação para dorso, pescoço, ombro, mandíbula ou membros superiores, principalmente o esquerdo.
- Características da dor: opressiva, "em aperto", contínua, com duração de vários minutos, podendo ser acompanhada de náuseas e vômitos, sudorese fria, dispnéia, sensação de morte iminente, ansiedade; desencadeada por estresse emocional ou esforço físico, podendo também surgir em repouso, durante o sono ou durante exercício leve.
- ECG com alterações sugestivas (elevação do segmento ST, bloqueio de ramo esquerdo novo ou supostamente novo, depressão do segmento ST ou inversão dinâmica de onda T).
- História anterior de angina e/ou IAM ou uso de medicamentos anti-anginosos.

### Conduta

1. Realizar avaliação primária (Protocolo AC1) com ênfase para:
  - manter o paciente com cabeceira elevada em torno de 45° e tranquilizá-lo.
2. Oferecer O<sub>2</sub> com fluxo de 4 l/min apenas se houver evidência de desconforto respiratório ou se oximetria de pulso < 94%.
3. Avaliação secundária (Protocolo AC2) com ênfase para:
  - Monitorar sinais vitais;
  - Manter monitorização cardíaca; e
  - Entrevista SAMPLA e caracterização da dor (qualidade, localização, irradiação, etc.).
4. Realizar ECG de 12 derivações.
5. Considerar ECG de 2ª. opinião/Telecardio.
6. Instalar acesso venoso periférico.
7. Realizar abordagem medicamentosa:
  - Administrar **AAS** 300 mg VO macerado precocemente (solicitar que o paciente mastigue); (Contraindicações: hipersensibilidade conhecida, úlcera péptica ativa, discrasia sanguínea ou hepatopatia grave.)
  - Administrar **Clopidogrel** 300mg VO para pacientes com idade ≤ 75 anos. Para aqueles com mais de 75 anos administrar 75 mg VO; (Contraindicações: hipersensibilidade conhecida, sangramento patológico ativo, intolerância a galactose.)
  - Administrar **Dinitrato de Isossorbida** 5 mg SL. Se houver persistência da dor pode ser repetido até 2 vezes (15 mg no máximo), com intervalos de 3 a 5 minutos entre as doses. Limitar a redução da PA em 10% se paciente normotenso ou até 30% se hipertenso. Controlar PA e FC; (Contraindicações: PAS < 90 mmHg, FC < 50 ou > 100bpm, em pacientes com suspeita de infarto de ventrículo direito (VD) ou infarto de parede inferior com possibilidade de envolvimento do VD; se o paciente fez uso de inibidores da fosfodiesterase-5: Sildenafil (Viagra), Vardenafil (Levitra, Vivanza) ou Lodenafil (Heleva) nas últimas 24 horas ou de Tadalafil (Cialis) nas últimas 48 horas; ou ainda de outros medicamentos para disfunção erétil, como Alprostadil (Aplicav, Caverget), Fentolamina (Herivyl), Iombina (Yomax) nas últimas 24 horas.)

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Abril/2015

AC17 - Dor torácica não traumática: SCA – Síndrome Coronariana Aguda  
Este protocolo foi paulado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/2



## AC17

### Protocolo Samu 192 Emergências Clínicas SUPORTE AVANÇADO DE VIDA

#### AC17 - Dor torácica não traumática: SCA – Síndrome Coronariana Aguda

- Se a dor isquêmica não for aliviada pelo nitrato, administrar **Sulfato de morfina** de 2 a 4 mg IV (diluída em 9 mL de AD) e repetir a cada 5 a 10 minutos até seu alívio, observando a possibilidade de depressão respiratória. Na eventualidade de hipotensão severa (<90mm/Hg) e/ou bradicardia (FC<50 bpm), considerar o uso de **Atropina** na dose de 0,5 mg a 1,5 mg.
- 8. Realizar contato com a Regulação Médica para definição do encaminhamento e/ou da unidade de saúde de destino.

#### Observações:

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- Estar preparado para realizar RCP e desfibrilação, se necessário.
- Se o ECG inicial não for diagnóstico, outro ECG deve ser realizado após 5 a 10min, sem que exista atraso para a decisão de encaminhamento.
- Após ECG de 12 derivações, avaliar se o paciente preenche os critérios para fibrinólise e, em caso positivo, informar a Regulação Médica para definição do encaminhamento necessária.
- Cuidada com quadros atípicos: idosos e diabéticos podem apresentar SCA apenas com desconforto gastrointestinal, dispnéia, tontura, estado confusional, síncope e sinais de AVE (acidente vascular encefálico).
- Clopidogrel: para os candidatos a angioplastia primária a dose deverá ser de 600 mg.
- Causas de dor torácica não traumática:
  - Cardíaca:
    - Isquêmica: angina estável, angina instável, infarto agudo do miocárdio; e
    - Não Isquêmica: dissecção de aorta, pericardite, valvular.
  - Não Cardíaca:
    - Gastroesofágica: refluxo gastroesofágico, espasmo esofágico, úlcera péptica; e
    - Não Gastroesofágica: pneumotórax, embolia pulmonar, músculo-esquelética, embolia pulmonar, psico-emocional, etc.
- Considerar critérios de inclusão para fibrinólise (pré-hospitalar, se disponível).
- Para reduzir o estresse do transporte: velocidade moderada, evitar o uso de sirenes - se possível, orientar o paciente sobre seu quadro.

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Abril/2015

AC17 - Dor torácica não traumática: SCA – Síndrome Coronariana Aguda  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

2/2



**AC18**

Protocolo Samu 192  
Emergências Clínicas  
**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**



## AC18 - Dor torácica não traumática: DAA – Dissecção Aguda de Aorta

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

- Dor súbita intensa, prolongada, contínua e difusa, localizada na região retroesternal com irradiação para dorso.
- Presença de assimetria de pulsos.
- Sinais e sintomas que podem estar associados à dor: náuseas e vômitos, sudorese fria, dispneia, sensação de morte iminente, ansiedade, hipertensão e taquicardia.

### Conduta

1. Realizar avaliação primária (Protocolo AC1) com ênfase para:
  - Manter o paciente com cabeça elevada em torno de 45° e tranquilizá-lo.
2. Oferecer O<sub>2</sub> suplementar com fluxo de 4 l/min, apenas se houver evidência de desconforto respiratório ou oximetria <94%.
3. Avaliação secundária (Protocolo AC2) com ênfase para:
  - Monitorar sinais vitais;
  - Manter monitorização cardíaca; e
  - Entrevista SAMPLA e caracterização da dor (qualidade, localização, irradiação, etc.).
4. Realizar ECG de 12 derivações.
5. Considerar ECG de 2º opinião/Telecárdio.
6. Instalar acesso venoso periférico.
7. Realizar abordagem medicamentosa:
  - Administrar betabloqueador: **METOPROLOL** 5 mg IV, em 3 a 5 minutos, dose máxima de 15 a 20 mg, com o objetivo de manter a FC em torno de 60bpm antes da redução da PA, pelo maior risco de agravo da dissecção;
  - Considerar a administração de anti-hipertensivo EV, se hipertensão refratária ao uso de betabloqueador; e
  - Considerar administração de **SULFATO DE MORFINA**, dose de 2 a 4 mg IV (diluída em 9 ml de AD) e repetir a cada 5 a 10 minutos até alívio da dor, observando a possibilidade de depressão respiratória.
8. Realizar contato com a Regulação Médica para definição do encaminhamento e/ou da unidade de saúde de destino.

### Observação:

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

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Outubro/2014

AC18 - Dor torácica não traumática: DAA – Dissecção Aguda de Aorta  
Este protocolo foi paulado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/1



AC19

Protocolo Samu 192  
Emergências Clínicas  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA



## AC19 - HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

**Crise hipertensiva:** aumento da pressão arterial com risco de morte ou de lesão de órgãos-alvo. Divide-se em urgência ou emergência hipertensiva.

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

### Conduta

1. Realizar avaliação primária (Protocolo AC1) com ênfase para:
  - colocar o paciente em repouso e procurar tranquilizá-la; e
  - repetir a mensuração dos níveis pressóricos.
2. Realizar avaliação secundária (Protocolo AC2) com ênfase para:
  - entrevista SAMPLA; e
  - monitorizar oximetria de pulso, ritmo cardíaco e sinais vitais.
3. Instalar acesso venoso periférico.
4. Realizar a abordagem medicamentosa.
  - Administrar  $O_2$  suplementar por máscara não reinalante 10 a 15 l/min se  $SatO_2 < 94\%$ .
  - Na **URGÊNCIA HIPERTENSIVA:**
    - Administrar anti-hipertensivo oral se a PA permanece elevada após repouso e tranquilização do paciente: Captopril 12,5 a 25 mg, VO. Início de ação: 20 a 30 minutos.
  - Na **EMERGÊNCIA HIPERTENSIVA:**
    - Administrar um anti-hipertensivo IV, isoladamente ou em associação, conforme quadro clínico:
    - **Hidralazina:** droga de eleição no tratamento de eclâmpsia e pré-eclâmpsia. Dose 10 a 20 mg IV (1 ampola = 1 mL = 20 mg). Diluir 1 ampola (1 ml) em 19 ml de água destilada, fazer infusão intermitente de 5 ml a cada 20 minutos até controle da pressão. Início de ação: 10 a 30 minutos. Contraindicações: síndromes isquêmicas miocárdicas agudas, dissecação aguda de aorta, taquicardia grave (como na tireotoxicose); nesses casos, usar betabloqueador.
    - **Metoprolol:** indicado nos casos em que a maior preocupação for a redução da frequência cardíaca e não a da PA, na insuficiência coronariana e no aneurisma dissecante de aorta. Dose: 5 mg, IV, em 5 minutos (1 ampola = 5 mL = 5 mg). Início de ação: 5 a 10 minutos. Pode ser repetido a cada 10 minutos, até dose máxima de 15 a 20 mg.  
**Lembrar:** por ser um betabloqueador, está contraindicado nos casos de asma, insuficiência ventricular descompensada, na presença de bradicardia ou distúrbio cardíaco de condução grave (BAV 2º e 3º graus).  
**Efeitos adversos:** bradicardia, BAVT, broncoespasmo.
    - **Furosemida:** 20 a 60 mg IV (1 ampola = 20 mg). **Indicações:** insuficiência ventricular esquerda e nas situações de hipervolemia.

AC19 - HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Abril/2015

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

1/2



## AC19

Protocolo Samu 192  
Emergências Clínicas  
**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**

### AC19 - HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

5. Realizar contato com a Regulação Médica para definição de encaminhamento e/ou da unidade de saúde de destino.

#### Observações:

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- SAMPLA: obter história de patologias de base e uso de medicamentos.
- LEMBRAR: a redução rápida dos níveis pressóricos leva à isquemia e infartos iatrogênicos, por hipoperfusão. Na suspeita de AVE agudo, a redução da PA deve ser gradativa e cuidadosa, evitando-se reduções bruscas e excessivas.
- Considerar a administração de Clonidina 0,1 mg VO, na impossibilidade de administração de captopril (se disponível).
- Considerar uso de ansiolíticos em casos de stress emocional agudo (Diazepam 5mg, VO).
- Na suspeita de AVE isquêmico, seguir (Protocolo AC20).

AC19 - HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Abril/2015

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

2/2



**AC20**

Protocolo Samu 192  
Emergências Clínicas  
**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**



## AC20 - ICD – Insuficiência Cardíaca Descompensada

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

- **Quadro inicial:** taquipneia e dispneia leves, tosse seca, hipoxemia.
- **Com a evolução:** dispneia intensa, taquipneia, ortopneia, tosse com expectoração clara ou rósea, sensação de opressão torácica, taquicardia, palidez cutânea, extremidades frias, sudorese, cianose.
- **Outros sinais e sintomas:** dispneia de repouso, ingurgitamento simétrico de jugulares, pressão de pulso reduzida (diminuição da pressão sistólica e aumento da diastólica), edema de membros inferiores e/ou sacral ou anasarca.
- **Evidências de má perfusão (baixo débito cardíaco):** pressão de pulso reduzida, pulso fino, extremidades frias, hipotensão arterial, sonolência.
- **Evidências de congestão:** ortopneia, ingurgitamento jugular, 3ª bulha, edema/ascite, estertores pulmonares, hepatomegalia.
- **Classificação:**
  - PERFIL A (ou quente e seco): perfusão adequada e sem congestão;
  - PERFIL B (ou quente e úmido): com perfusão adequada e congestão;
  - PERFIL C (ou frio e úmido): com hipoperfusão e congestão; e
  - PERFIL L (ou frio e seco): com hipoperfusão e sem congestão.

### Conduta

1. Realizar avaliação primária (Protocolo AC1) com ênfase para:
  - manter decúbito elevado; e
  - manter paciente em repouso, evitando movimentação.
2. Oferecer O<sub>2</sub> suplementar por máscara não reinalante 10L/min se satO<sub>2</sub> <94%.
3. Instalar acesso venoso periférico.
4. Realizar avaliação secundária (Protocolo AC2) com ênfase para:
  - monitorar sinais vitais;
  - manter monitorização cardíaca; e
  - realizar entrevista SAMPLA - investigar história patológica cardíaca progressiva.
5. Realizar ECG com 12 derivações e tratar eventual arritmia e/ou isquemia.
6. Considerar ECG de 2ª opinião/Telecardio.
7. Realizar abordagem medicamentosa:

<b>PERFIL A</b>	Administrar <b>Captopril</b> 25 mg ou 50 mg VO.
<b>PERFIL B e C</b>	Se edema agudo de pulmão (Protocolo AC24).
<b>PERFIL L</b>	Tratar causa reversíveis: <ul style="list-style-type: none"><li>• Isquemia miocárdica (Protocolo AC17);</li><li>• Hipertensão arterial (Protocolo AC19);</li><li>• Arritmias (Protocolos AC13, AC14);</li><li>• Hipertermia;</li><li>• Choque Hipovolêmico/Anemia (Protocolo AC16); e</li><li>• Hiperglicemia (Protocolo AC28).</li></ul>

Na Insuficiência Cardíaca Direita Aguda de etiologia hipertensiva e/ou isquêmica com PAS>90 mmHg pode ser administrado **Dinitrato de Isossorbida** 5 mg SL.

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Abril/2015

AC20 - ICD – Insuficiência Cardíaca Descompensada  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/2



**AC20**

**Protocolo Samu 192  
Emergências Clínicas  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**

### **AC20 - ICD – Insuficiência Cardíaca Descompensada**

8. Realizar contato com a Regulação Médica para definição do encaminhamento e/ou unidade de destino.

#### **Observação:**

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

AC20 - ICD – Insuficiência Cardíaca Descompensada

**Elaboração:** Agosto/2014  
**Revisão:** Abril/2015

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

2/2



**AC21**

Protocolo Samu 192  
Emergências Clínicas  
**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**



## AC21 - AVC – Acidente Vascular Cerebral

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

- Início súbito de déficits neurológicos focais, especialmente de um lado do corpo:
  - paresia, paralisia ou perda de expressão facial e/ou desvio de rima labial; e
  - paresia, plegia e/ou parestesia.
- Distúrbios da fala.
- Alteração da consciência: de confusão à completa 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. Realizar avaliação primária (Protocolo AC1) com ênfase para:
  - Manter a permeabilidade das vias aéreas e ventilação adequada; e
  - Manter o decúbito elevado no paciente consciente ou decúbito lateral e aspirar orofaringe quando necessário, se paciente inconsciente.
2. Realizar avaliação secundária (Protocolo AC2), com ênfase para:
  - Avaliar função neurológica: Escala de Cincinnati, Escala de Coma de Glasgow, reação pupilar;
  - Controlar a temperatura corporal (medicar se TAx > 37,8° C);
  - Monitorizar a função cardíaca e oximetria de pulso;
  - Controlar os níveis glicêmicos (medicar se glicemia capilar < 80 mg/dl ou >200mg/dl);
  - Realizar entrevista SAMPLA; e
  - Determinar a hora do início dos sintomas e sinais.
3. Instalar acesso venoso periférico no membro não parético.
4. Realizar abordagem medicamentosa:
  - Oferecer O<sub>2</sub> suplementar se SatO<sub>2</sub> < 94%;
  - Se presença de convulsões: administrar Fenitoína (15 a 20 mg/kg/dose diluído em 250 ml de solução salina IV em 20 minutos);
  - Se TAx > 37,8° C, administrar Dipirona 1g IV;
  - Se glicemia < 80 mg/dL, administrar Glicose 50% 30-50 ml;
  - Não reduzir PAS na fase pré-hospitalar, exceto se PAS > 220 mmHg ou PAD > 120 mmHg ou se outra doença associada exigir a redução da pressão arterial (dissecção de aorta, infarto agudo do miocárdio, edema pulmonar). Nesse caso administrar anti-hipertensivo de forma cautelosa; e
  - Se indicado, administrar Captopril 25mg VO (início de ação em 15 a 30 min).
5. Realizar contato com a Regulação Médica para definição de encaminhamento e/ou unidade de saúde de destino.

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Abril/2015

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

AC21 - AVC - Acidente Vascular Cerebral

1/2





**AC21**

**Protocolo Samu 192**  
**Emergências Clínicas**  
**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**

**AC21 - AVC – Acidente Vascular Cerebral**

**Observação:**

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- Escala pré-hospitalar de AVC de Cincinnati (Protocolo BP X). 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 em 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.
- Nos quadros sugestivos de AVCi em pacientes >18 anos há benefícios com o uso de trombolítico intra-hospitalar em até 4 a 5h do início dos sintomas. A definição do encaminhamento para unidade referenciada deve ser realizada em conjunto com a regulação a partir da avaliação de outros critérios de exclusão factíveis para análise na fase pré-hospitalar:
  - sangramento maior ou cirurgia de grande porte nas últimas 2 a 3 semanas; e
  - história prévia de AVCh.
- Mesmo na suspeita de ataque isquêmico transitório, o paciente deve ser encaminhado ao hospital o mais rápido possível.
- Mesmo para candidatos a fibrinólise, só medicar a hipertensão se PA >220x120mmHg;
- Não há evidências científicas de benefícios com a utilização da hiperventilação ou hemodiluição.
- Esmolol e Hidralazina não devem ser utilizados no pré-hospitalar;
- O controle rigoroso de glicemia, PA, temperatura e saturação de O<sub>2</sub> são importantes para um melhor prognóstico; e
- 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.

AC21 - AVC – Acidente Vascular Cerebral

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Abril/2015

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

2/2



**AC22**

**Protocolo Samu 192**  
**Emergências Clínicas**  
**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**



## AC22 - Exacerbação da Asma no adulto

Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

Considerar os achados segundo a Classificação da Gravidade da Crise Asmática.

CLASSIFICAÇÃO DA GRAVIDADE DA CRISE ASMÁTICA.			
ACHADO	LEVE A MODERADO	GRAVE	MUITO GRAVE
Impressão Clínica Geral	Sem alterações	Sem alterações	Cianose, sudorese, exaustão
Estado mental	Normal	Normal	Agitação, confusão, sonolência
Dispneia	Ausente/leve	Moderada	Intensa
Fala	Frases completas	Frases incompletas/parciais	Frases curtas ou monossilábicas
Musculatura acessória	Retração intercostal leve ou ausente	Retrações subcostais e/ou de fúrcula acentuadas	Retrações acentuadas ou em declínio (exaustão)
Sibilância	Ausentes com MV normal/ localizados ou difusos	Localizados ou difusos	Ausente com MV↓ / localizados ou difusos
FR (ipm)	Normal ou aumentada	Aumentada	Aumentada
FC (bpm)	< 110	>110	> 140 ou bradicardia
SatO <sub>2</sub> (ar ambiente)	>95%	91-95%	< 90%

### Conduta

1. Realizar avaliação primária (Protocolo AC1) com ênfase para:
  - Manter o paciente sentado e/ou em posição confortável.
2. Oferecer O<sub>2</sub> suplementar por máscara com reservatório se SatO<sub>2</sub> se < 94%.
3. Realizar avaliação secundária (Protocolo AC2) com ênfase para:
  - Avaliar sinais vitais;
  - Coletar história SAMPLA;
  - Monitorização cardíaca e de oximetria de pulso; e
  - Caracterizar crises prévias e a atual: fatores desencadeantes, intensidade, duração e progressão dos sintomas.
4. Instalar acesso venoso periférico.

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Outubro/2014

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

AC22 - Exacerbação da Asma no adulto

1/2



**AC22**

**Protocolo Samu 192  
Emergências Clínicas  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**

**AC22 - Exacerbação da Asma no adulto**

5. Realizar abordagem medicamentosa:
  - Salbutamol aerossol dosimetrado acoplado a espaçador e máscara: 4 a 8 jatos (400 a 800 mcg). Pode ser repetido a cada 20 minutos, até 3 nebulizações;
  - Alternativa ao Salbutamol: nebulização com **Fenoterol**, 10 gotas diluídas em 5 ml de soro fisiológico sob inalação por máscara com O<sub>2</sub> 6 l/min. Pode ser repetida a cada 20 minutos, até 3 nebulizações; e
  - na crise grave associar ao beta-2 agonista:
    - **Brometo de Ipratrópio**: 40 gotas na nebulização com **Fenoterol** ou em nebulização com 5 ml de soro fisiológico após Salbutamol aerossol;
    - **Hidrocortisona**: 200-300 mg, IV; e
    - **Sulfato de Magnésio** na dose de 1 a 2 g, IV, diluída em 50 ml de SF, sob infusão lenta (acima de 20 minutos). Pode repetir em 20 min.
6. Realizar contato com a Regulação Médica para definição de encaminhamento e/ou unidade de saúde de destino.

**Observações:**

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- A água destilada não deve servir como veículo nas nebulizações sob risco de agravamento do quadro.
- O corticóide deve ser usado em todos os quadros agudos, na primeira hora de tratamento. No APH utilizar nos casos classificados como graves.
- Indicações para intubação traqueal e ventilação assistida: presença de hipoxemia refratária (SatO<sub>2</sub> < 90%, persistente), instabilidade hemodinâmica, rebaixamento do nível de consciência, exaustão e fadiga da musculatura respiratória.

AC22 - Exacerbação da Asma no adulto

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Outubro/2014

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

2/2



**AC23**

Protocolo Samu 192  
Emergências Clínicas  
**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**



## AC23 - Exacerbação da DPOC no adulto: Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

- Paciente com história de DPOC com sinais e sintomas respiratórios, sugestivos de exacerbação: piora da dispneia, aumento da produção de escarro e/ou alteração de sua característica (purulento).
- Outros sinais e sintomas: cianose, sinal de Kussmaul (ingurgitamento das veias do pescoço com inspiração), expiração forçada, redução do MV, roncos difusos, crepitações.
- Achados sugestivos de gravidade da crise: movimentos paradoxais de parede torácica, cianose central ou de aparecimento recente, história prévia de ventilação mecânica, instabilidade hemodinâmica, alteração do estado mental, presença de edema periférico.

### Conduta

1. Realizar avaliação primária (Protocolo AC1) com ênfase para:
  - corrigir a hipoxemia: oferecer  $O_2$  suplementar com cautela se  $SatO_2 < 90\%$  a 1-3 l/min.
2. Realizar avaliação secundária (Protocolo AC2) com ênfase para:
  - Avaliar sinais vitais
  - Coletar história SAMPLA;
  - Monitorização cardíaca e de oximetria de pulso;
  - Caracterizar crises prévias e a atual: fatores desencadeantes, intensidade, duração e progressão dos sintomas.
3. Iniciar abordagem medicamentosa:
  - **Salbutamol aerossol dosimetrado acoplado a espaçador e máscara:** 4 a 8 jatos, com espaçador a cada 10-20 min (até 3 repetições);
  - Alternativa ao Salbutamol: **Fenoterol** por nebulização, 10 gotas diluídas em 5 ml de SF, sob inalação por máscara com  $O_2$ , 6 l/min. Pode ser repetido a cada 20 minutos, até 3 nebulizações;
  - Na crise grave associar:
    - **Brometo de Ipratrópio:** 40 gotas por nebulização com Fenoterol ou em nebulização com 5 ml de SF, após Salbutamol aerossol; e
    - **Hidrocortisona:** 200 mg IV.
4. Realizar contato com a Regulação Médica para definição de encaminhamento e/ou da unidade de saúde de destino.

### Observações:

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- A obstrução ao fluxo aéreo não é totalmente reversível.
- Em pacientes com DPOC grave ou muito grave, há risco de piora da acidose respiratória e da hipercapnia com o uso de  $O_2$  em altos fluxos.
- Considerar intubação orotraqueal se: grave dispneia com uso de musculatura acessória e movimento abdominal paradoxal, FR >35 rpm, instabilidade hemodinâmica (parada respiratória ou complicações cardiovasculares), rebaixamento do nível de consciência, falência da ventilação não invasiva.

Elaboração: Agosto/2014 | Revisão: Abril/2015 | AC23 - Exacerbação da DPOC no adulto: Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica | Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis. Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/1



**AC24**

Protocolo Samu 192  
Emergências Clínicas  
**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**



## AC24 - EAP – Edema Agudo de Pulmão

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

Presença inicial de:

- taquipneia e dispneia leves, tosse seca, hipoxemia.

Com a evolução para:

- dispneia intensa, taquipneia, ortopneia, tosse com expectoração clara ou rósea, estertores pulmonares à ausculta (inicialmente na base, depois em todo o pulmão), com ou sem roncos e sibilos; e
- sensação de opressão torácica, palidez cutânea, extremidades frias, sudorese, cianose.

### Conduta

1. Realizar avaliação primária (Protocolo AC1) com ênfase para:
  - instalar suporte ventilatório adequado, de acordo com a necessidade: máscara não reinhalante, ventilação assistida bolsa valva-máscara e/ou IOT; e
  - manter o paciente em posição sentada ou outra posição mais confortável com as pernas rebaixadas (pêndulas para fora da maca).
2. Avaliar sinais vitais.
3. Instalar acesso venoso periférico.
4. Realizar abordagem medicamentosa:
  - se PAS >90mmHg, administrar **Dinitrato de Isossorbida** 5 mg SL, a cada 5 a 10 min;
  - se PAS >90mmHg, administrar **Sulfato de Morfina**: 2 mg IV (infusão lenta, em 3 min), podendo ser repetida a cada 5 min, máximo de 20 mg, monitorizando a FC, PAS e nível de consciência; e
  - administrar **Furosemida**: 40 a 80 mg (1 mg/kg), IV, dose máxima 200 mg.
5. Realizar avaliação secundária com ênfase para:
  - monitorar oximetria de pulso, PAS, FC; e
  - realizar monitorização cardíaca.
6. Realizar contato com a Regulação Médica para definição de encaminhamento e/ou da unidade de saúde de destino.

### Observações:

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- A correção da hipoxemia promove melhora no quadro hemodinâmico.
- Deve ser evitada a administração de Sulfato de Morfina se houver suspeita de hemorragia intracraniana, asma, pneumonia crônica ou se o paciente estiver inconsciente. Essa droga está contraindicada se PA sistólica < 90mmHg.
- A taquiarritmia pode ser o fator desencadeante do EAP e deve ser tratada (Protocolo AC14).
- Manter cautela no uso da furosemida na presença de PAS < 90 mmHg.

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Abril/2015

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

AC24 - EAP – Edema Agudo de Pulmão

1/1



**AC25**

Protocolo Samu 192  
Emergências Clínicas  
**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**



## AC25 - Inconsciência

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

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

### Conduta

1. Avaliar responsividade/comprovar a inconsciência.
2. Observar expansibilidade torácica e checar pulso carotídeo ou femoral. Caso não sejam observados movimentos respiratórios nem pulso, iniciar RCP (Protocolo AC5).
3. Na ausência de movimentos respiratórios e pulso presente, considerar obstrução de vias aéreas (Protocolo AC3).
4. Na presença de movimentos respiratórios e pulso, prosseguir a avaliação primária (Protocolo AC1), com ênfase para:
  - Manter a permeabilidade da via aérea e ventilação adequada;
  - Avaliação do padrão respiratório;
  - Oferecer O<sub>2</sub> sob máscara não reinalante 10 a 15 l/min se SatO<sub>2</sub> < 94%;
  - Avaliar instabilidade hemodinâmica e identificar possíveis causas; e
  - Realizar a Escala de Coma de Glasgow e a avaliação das pupilas.
5. Realizar avaliação secundária (Protocolo AC2), com ênfase para:
  - Monitorar sinais vitais;
  - Realizar entrevista SAMPLA;
  - Avaliar a glicemia capilar; e
  - Realizar ECG 12 derivações e monitorar a função cardíaca.
6. Realizar acesso venoso.
7. Reconhecer e tratar causas reversíveis, conforme protocolos específicos.
8. Realizar contato com a Regulação Médica para definição do encaminhamento e/ou unidade de saúde de destino.

### Observações:

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- Conceitualmente a inconsciência é o estado de desconhecimento de si próprio e do ambiente (conteúdo de consciência), caracterizado pela ausência de alerta/responsividade após estímulos externos (grau de alerta).
- Ferimentos em lábios e/ou língua ou liberação de esfíncteres podem sugerir estado pós-convulsivo.
- Considerar a possibilidade de intoxicação exógena frente a alterações pupilares.
- Obter informações de acompanhantes ou outras testemunhas.
- Assegurar via aérea definitiva aos pacientes com Escala de Coma Glasgow <8.

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Abril/2015

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

AC25 - Inconsciência

1/1



AC26

Protocolo Samu 192  
Emergências Clínicas  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA



## AC26 - Crise Convulsiva no adulto

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

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

### Conduta

1. Realizar avaliação primária (Protocolo AC1) com ênfase para:
  - avaliar responsividade;
  - aspirar secreções, se necessário; e
  - manter permeabilidade de vias aéreas.
2. Realizar avaliação secundária (Protocolo AC2) com ênfase para:
  - monitorizar ritmo cardíaco, oximetria de pulso e sinais vitais;
  - avaliar glicemia capilar;
  - coletar história SAMPLA; e
  - proteger o paciente para evitar traumas adicionais, principalmente na cabeça.
3. Instalar acesso venoso periférico.
4. Realizar abordagem medicamentosa:
  - Oferecer O<sub>2</sub> suplementar sob máscara não reinhalante, se SatO<sub>2</sub> < 94%;
  - Deve ser iniciado o uso de medicamentos apenas nas crises com duração superior a 5 min;
  - Na crise com duração superior a 5 min, administrar **Diazepam** 10 mg IV lento (1 a 2 mg/min) até o controle da crise (administração deve ser interrompida tão logo cesse a crise). Início de ação: 1 a 3 minutos. Na persistência da crise, repetir a dose a cada 5 a 10 min (máximo de 30mg). Se a crise não cessar após dose máxima de Diazepam (30 mg), entre 10 e 20 minutos do início do atendimento, realizar Conduta do Estado de Mal Epiléptico;
  - Conduta do Estado de Mal Epiléptico: **Fenitoína**, 15 a 20 mg/kg/dose (0,3 a 0,4 mL/kg/dose) IV, em acesso de grosso calibre, com velocidade máxima de infusão: 50 mg/minuto diluída em 250 a 500 mL de solução salina 0,9%. Se necessário, pode ser administrada dose adicional de 5 a 10 mg/kg (após 20 minutos de atendimento);
  - Se a crise persistir após a dose máxima de Fenitoína (incluindo a dose adicional), utilizar **Fenobarbital** em solução aquosa na dose de 10 mg/kg (0,1 mL/Kg) IV ou IO lento, repetindo mais uma única vez, se necessário. Nos casos de abstinência de Fenobarbital (por interrupção de tratamento), esta é a droga de escolha, antes da Fenitoína;
  - Se a crise persistir após o Fenobarbital, utilizar **Midazolam** IV contínuo (0,2 a 0,3 mg/kg). Considerar suporte ventilatório;
  - **Glicose** 50% IV, se glicemia < 60 mg/dl.
5. Realizar contato com a Regulação Médica para definição de encaminhamento e/ou unidade de saúde de destino.

AC26 - Crise Convulsiva no adulto

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Abril/2015

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

1/2



## AC26

### Protocolo Samu 192 Emergências Clínicas SUPORTE AVANÇADO DE VIDA

## AC26 - Crise Convulsiva no adulto

### Observações:

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- A **crise convulsiva ou epiléptica** pode ser uma manifestação de um processo patológico sistêmico reversível ou de uma disfunção inerente ao Sistema Nervoso Central.
- O **estado de mal epiléptico** é a ocorrência de crises epiléticas prolongadas (acima de 5 minutos) ou repetitivas, persistindo por 30 minutos ou mais, que não permitem a recuperação da consciência entre os eventos.
- É recomendado que as condutas para estado de mal epiléptico sejam adotadas após 5 minutos contínuos de crise ou na ocorrência de duas ou mais crises intermitentes, sem recuperação da consciência entre elas, tendo em vista o risco de danos ao SNC.
- A "Crise generalizada tônico-clônica" (CGTC) raramente ultrapassa 5 minutos de duração e é a mais comum das manifestações.
- Anotar sempre a frequência, a duração e as características da crise, quando presenciadas ou obter junto aos circundantes e/ou testemunhas quando a crise não for presenciada pela equipe.
- Cuidado com medidas intempestivas para evitar a mordedura da língua e lesões dentárias, com conseqüente hemorragia potencialmente perigosa.
- Cuidados com a administração de Diazepam:
  - não diluir;
  - não administrar IM; e
  - não administrar se a crise já tiver cessado e o paciente encontrar-se em período pós-convulsivo.
- Cuidados com a administração de Fenitoína:
  - utilizar apenas acesso IV de grosso calibre, infusão por via SC ou IM causa necrose;
  - infusão muito rápida causa bradiarritmias e hipotensão;
  - não deve ser utilizada em conjunto com solução glicosada; e
  - não administrar dose de ataque em quem já faz uso da droga. Nestes casos utilizar diretamente, 5 a 10 mg/kg.
- Cuidados na administração de Fenobarbital:
  - pode causar parada respiratória, hipotensão arterial e bradicardia.
- Crises secundárias a lesões neurológicas agudas: **Fenitoína** 1,5 a 20 mg/kg/dose (0,3 a 0,4 mL/kg/dose) IV ou IO diluída em 250ml de solução salina 0,9%. Velocidade máxima de infusão: 50 mg/minuto.

AC26 - Crise Convulsiva no adulto

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Abril/2015

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

2/2





**AC27**

**Protocolo Samu 192  
Emergências Clínicas  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**



## AC27 - Hipotermia

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

- Temperatura central < 35°.
- História de exposição ao frio, avaliar grupo de risco.
- Sinais clínicos de hipotermia.

#### HIPOTERMIA LEVE (32-35°C)

Taquicardia, hipertensão arterial, taquípneia, broncorreia, broncoespasmo, tremores musculares, rigidez muscular, pele fria e pálida, cianose de extremidades, confusão mental com desorientação ou apatia, ataxia e incoordenação de movimentos, hiperreflexia, diurese induzida pelo frio.

#### HIPOTERMIA MODERADA (30-32°C)

Bradycardia, hipotensão arterial, arritmias atriais (como FA e taquicardia juncional), bradipneia, cessam os tremores, espasmos musculares, depressão do SNC com torpor ou Coma, hiporreflexia, pupilas não reativas, alucinações.

#### HIPOTERMIA GRAVE (<30° C)

Depressão profunda do SNC, arreflexia, rigidez, bradicardia grave e hipotensão, bradipneia ou apneia, pode ocorrer edema pulmonar e arritmias ventriculares. Alterações eletrocardiográficas: ondas J proeminentes (ondas de Osborne), evidentes abaixo de 33°.

### Conduta

1. Realizar avaliação primária (Protocolo AC1) com ênfase para:
  - Avaliar responsividade, respiração e pulso;
  - Assegurar permeabilidade das vias aéreas;
  - Instituir medidas para correção da hipotermia: remover as roupas frias e molhadas para impedir queda adicional da temperatura e aquecer com mantas metálicas; e
  - Manter o paciente na posição horizontal (posição ortostática aumenta o risco de convulsões).
2. Realizar avaliação secundária (Protocolo AC2) com ênfase para:
  - Realizar entrevista SAMPLA e identificação das possíveis causas; e
  - Monitorar a PA, ritmo cardíaco, oximetria de pulso e glicemia capilar.
3. Instalar acesso venoso periférico.
4. Iniciar abordagem medicamentosa:
  - Oferecer O<sub>2</sub> suplementar por máscara não reinalante, 10 a 15 l/min, se SatO<sub>2</sub> < 94%;
  - Realizar infusão de **solução cristalóide**, se disponível, a uma temperatura de 36°C;
  - Administrar Glicose, se glicemia < 70 mg/dL 30 a 50 mL de glicose 50% IV/IO; e
  - Administrar 100 mg de **Tiamina** IM, se paciente com sinais sugestivos de intoxicação alcoólica aguda.
5. Realizar contato com a Regulação Médica para definição do encaminhamento e/ou unidade de saúde de destino.

### Observações:

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

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Abril/2015

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

AC27 - Hipotermia

1/1



**AC28**

Protocolo Samu 192  
Emergências Clínicas  
**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**



## AC28 - Hiperglicemia

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

- **Cetoacidose diabética:** glicemia capilar > 250 mg/dL: hiperglicemia + cetonemia + acidemia. Fadiga, náuseas, hálito cetônico, vômitos, polidipsia, poliúria, estupor mental até estado comatoso.
- **Estado hiperosmolar hiperglicêmico:** glicemia capilar >600 mg/Dl, alteração variável no nível de consciência (confusão a Coma) e sinais de desidratação severa.

### Conduta

1. Realizar avaliação primária (Protocolo AC1) com ênfase para:
  - avaliar responsividade.
2. Fazer avaliação secundária (Protocolo AC2) com ênfase para:
  - coletar história SAMPLA;
  - avaliar glicemia capilar; e
  - monitorizar ritmo cardíaco, oximetria de pulso e sinais vitais.
3. Instalar acesso venoso periférico.
4. Realizar abordagem medicamentosa:
  - oferecer O<sub>2</sub> suplementar por máscara não reinalante 10 a 15 l/min, se SatO<sub>2</sub> < 94%;
  - administrar soro fisiológico 0,9% IV rápida na velocidade de 500 a 1000 ml/hora.
5. Realizar contato com a Regulação Médica para definição de encaminhamento e/ou unidade de Saúde de destino.

### Observações:

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- A hidratação deve ser lenta, pelo risco de edema cerebral.
- Se Glasgow ≤ 8: considerar VA definitiva.

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Outubro/2014

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

AC28 - Hiperglicemia

1/1



**AC29**

Protocolo Samu 192  
Emergências Clínicas  
**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**



## AC29 - Hipoglicemia

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

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

### Conduta

1. Avaliação primária (Protocolo AC1) com ênfase para:
  - avaliar responsividade; e
  - manter permeabilidade das vias aéreas.
2. Avaliação secundária (Protocolo AC2) com ênfase para:
  - coletar história SAMPLA; e
  - avaliar glicemia capilar e oximetria.
3. Oferecer O<sub>2</sub> por máscara não reinalante 10 a 15 l/min se saturação de pulso <94%.
4. Instalar acesso venoso periférico.
5. Realizar abordagem medicamentosa:
  - administrar 30 a 50 mL de Glicose 50%, IV/IO;
  - repetir glicemia capilar e administrar Glicose conforme recomendação acima, em caso de persistência dos sintomas; e
  - administrar **Tiamina** 100 mg IM antes da glicose, para a prevenção da encefalopatia de *Wernicke-Korsakoff*, nos casos de paciente etilista, hepatopata ou desnutrido.
6. Entrar em contato com a Regulação Médica para definição do encaminhamento e/ou da unidade de saúde de destino.

### Observação:

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

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Outubro/2014

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

AC29 - Hipoglicemia

1/1



**AC30**

Protocolo Samu 192  
Emergências Clínicas  
**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**



## AC30 - Dor abdominal não traumática

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

Dor em região abdominal, não associada ao trauma.

Crítérios de gravidade: abdome tenso a palpação, instabilidade hemodinâmica associada.

### Conduta

1. Realizar avaliação primária (Protocolo AC1);
2. Realizar avaliação secundária (Protocolo AC2) com ênfase para:
  - caracterizar a dor: localização, intensidade, duração, tipo (cólica, peso, choque, queimação, etc.); presença de irradiação; instalação (explosiva, em segundos; rápida e progressiva, em 1 a 2 hs; e gradual, em várias horas); fatores de melhora e piora, periodicidade (Protocolo AC37);
  - identificar critérios de gravidade; e
  - obter dados relativos a fatores associados (febre, vômitos, alteração do ritmo intestinal, alterações urinárias e ginecológicas).
3. Instalar acesso venoso periférico.
4. Realizar abordagem medicamentosa:
  - considerar analgesia criteriosa segundo o tipo da dor e suspeição diagnóstica (Protocolo AC37); e
  - considerar reposição volêmica, se instabilidade hemodinâmica. Realizar contato com a Regulação Médica para definição de encaminhamento e/ou unidade de saúde de destino.

### Observações:

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- Atentar para os pacientes com potencial de gravidade: sinais vitais alterados significativamente (pulso > 100 bpm; PAD < 60 ou > 120 mmHg; PAS < 90 ou > 220 mmHg; hipertermia e mau estado geral). Considerar possibilidade de Abdome Agudo que é uma condição clínica súbita, recente, espontânea e de indicação cirúrgica na maioria dos casos.
- Buscar características para diagnóstico etiológico: inflamatória, perforativa, obstrutiva, vascular, hemorrágica.
- Fazer analgesia criteriosa, principalmente nos casos de choque, hipotensão (PAS < 90 mm HG), bradicardia, intoxicação por drogas, gravidez em estágio precoce ou avançado.
- Na eventualidade do uso de analgésico muito potente (opioides) Infundir lentamente, pois a infusão rápida pode provocar rigidez da caixa torácica ou laringoespasma.
- Atenção ao uso de antieméticos em casos de choque, depressão do nível de consciência, suspeita de aumento da pressão intracraniana e suspeita de abdome agudo cirúrgico. Transportar o paciente na posição de recuperação/comfortável, de acordo com a suspeita diagnóstica e/ou sintomas prioritários (ex: em decúbito elevado quando tiver dispnéia, em decúbito lateral quando estiver vomitando, em decúbito lateral esquerdo quando estiver grávida, etc.).

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Outubro/2014

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

AC30 - Dor abdominal não traumática

1/1



**AC31**

Protocolo Samu 192  
Emergências Clínicas  
**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**



## AC31 - HDA – Hemorragia Digestiva Alta

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

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

### Conduta

1. Realizar avaliação primária (Protocolo AC1) com ênfase para:
  - avaliar nível de consciência;
  - proteger via aérea; e
  - considerar intubação orotraqueal, quando houver rebaixamento do nível de consciência (hipovolemia severa e/ou encefalopatia).
2. Realizar avaliação secundária (Protocolo AC2) com ênfase para:
  - monitorizar função cardíaca, oximetria de pulso e sinais vitais. Instalar acesso venoso periférico.
3. Realizar abordagem medicamentosa:
  - oferecer O<sub>2</sub> suplementar por bolsa valva-máscara com reservatório, se SatO<sub>2</sub> < 94%;
  - administrar **solução cristalóide** para manter níveis pressóricos adequados (Protocolo AC16);
  - administrar inibidor de bomba de prótons, se disponível. Dose inicial de 80mg IV em "bolus". Manutenção: infusão contínua IV: 8mg/hora; e
  - administrar **Vitamina K**, se disponível, IV 10 mg em pacientes com história de uso de **Cumarínico** ou de insuficiência hepática.
4. Realizar contato com a Regulação Médica para definição de encaminhamento e/ou da unidade de saúde de destino.

### Observações:

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- A presença de eritema palmar, icterícia, ginecomastia e ascite sugerem insuficiência hepática.
- Ingestão de ferro ou bismuto podem simular melena.

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Outubro/2014

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

AC31 - HDA – Hemorragia Digestiva Alta

1/1



**AC32**

Protocolo Samu 192  
Emergências Clínicas  
**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**



## AC32 - HDB – Hemorragia Digestiva Baixa

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

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

### Conduta

1. Realizar avaliação primária (Protocolo AC1) com ênfase para:
  - avaliar nível de consciência; e
  - considerar IOT, quando houver rebaixamento do nível de consciência (hipovolemia severa e/ou encefalopatia).
2. Avaliação secundária (Protocolo AC2) com ênfase para:
  - coletar história SAMPLA;
  - monitorizar frequência cardíaca, a oximetria de pulso e os sinais vitais; e
  - identificar sinais de choque.
3. Instalar acesso venoso periférico.
4. Realizar abordagem medicamentosa:
  - oferecer O<sub>2</sub> suplementar por máscara não reinalante 10 a 15 l/min se SatO<sub>2</sub> < 94%; e
  - administrar **solução cristalóide** para manter níveis pressóricos adequados (Protocolo AC16).
5. Entrar em contato com a Regulação Médica para definição de encaminhamento e/ou da unidade de saúde de destino.

### Observações:

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

AC32 - HDB – Hemorragia Digestiva Baixa

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Outubro/2014

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

1/1



**AC33**

Protocolo Samu 192  
Emergências Clínicas  
**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**



## AC33 - Reação alérgica: Anafilaxia

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

Anafilaxia é altamente provável quando preencher qualquer um dos 3 critérios a seguir.

#### 1º Critério

Doença de início agudo (minutos a horas), com envolvimento de pele e/ou mucosas (urticária, prurido ou rubor, inchaço de lábios, língua ou úvula) e pelo menos mais uma das condições a seguir:

- acometimento respiratório (dispneia, broncoespasmo, estridor, hipoxemia); e
- redução da pressão arterial ou sintomas relacionados à disfunção de órgãos-alvo (síncope, hipotonia, incontinência). Obs.: presente em 80% dos casos.

#### 2º Critério

Dois ou mais dos seguintes fatores (minutos a horas) após exposição a um provável alérgeno:

- envolvimento de pele e/ou mucosas;
- comprometimento respiratório;
- redução da pressão arterial ou sintomas associados à disfunção de órgãos-alvo (síncope, hipotonia, incontinência); e
- sintomas gastrointestinais persistentes (dor abdominal, diarreia, vômitos).

#### 3º Critério

Redução da pressão arterial (minutos a horas) após exposição a alérgeno conhecido para o paciente: PA sistólica menor que 90mmHg ou queda maior que 30% da pressão basal do paciente.

### Conduta

1. Realizar avaliação primária (Protocolo AC1) com ênfase para:

- suspender, se possível, a exposição ao provável agente desencadeante;
- preservar a permeabilidade das vias aéreas;
- considerar intubação orotraqueal precoce se ocorrer rouquidão, edema lingual, estridor, edema de orofaringe ou angioedema; colocar o paciente em decúbito dorsal e elevar membros inferiores;
- se apresentar dispneia ou vômitos, colocar em posição de conforto; não permitir que o paciente sente ou se levante bruscamente, nem colocá-lo em posição vertical, pelo risco de morte súbita (síndrome da veia cava e do ventrículo vazio).

2. Realizar avaliação secundária (Protocolo AC2) com ênfase para:

- avaliar oximetria de pulso, ritmo cardíaco e sinais vitais.

3. Instalar acesso venoso periférico.

4. Realizar abordagem medicamentosa:

- oferecer O<sub>2</sub> suplementar por máscara não reinhalante se SatO<sub>2</sub> < 94%;
- administrar **Epinefrina 1:1000** (1 mg/ml), na dose de 0,01 mg/kg, máximo em adultos de 0,5 mg (0,5 ml), via IM (na região anterolateral do terço médio da coxa); pode ser repetida a cada 5 a 15 minutos, baseado na gravidade e na resposta à aplicação anterior;
- na presença de choque, **repor volemia** com 1 a 2 litros de solução salina 0,9%, IV/IO rapidamente, ou seja, 5 a 10ml/kg nos primeiros 5 a 10 minutos (em adulto); e
- na persistência do quadro clínico:
  - Hidrocortisona, via IV/IO, na dose de 5 a 10 mg/kg, máximo de 100 mg; e
  - **Salbutamol aerossol dosimetrado acoplado a espaçador e máscara**: 1 jato para cada 2 kg de peso (máximo de 10 jatos) a cada 15 a 20 minutos. Alternativa: inalações com **Fenoterol** (1 gota para cada 3 kg de peso, máximo de 10 gotas, diluído em 3-5 ml de soro fisiológico) a cada 20 minutos.

AC33 - Reação alérgica: Anafilaxia

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Outubro/2014

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

1/2



## AC33

**Protocolo Samu 192**  
**Emergências Clínicas**  
**SUORTE AVANÇADO DE VIDA**

### AC33 - Reação alérgica: Anafilaxia

5. Manter atenção para a ocorrência de PCR.
6. Realizar contato com a Regulação Médica para definição de encaminhamento e/ou da unidade de saúde de destino.

#### Observações:

- Observações Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- Preparar a epinefrina preferencialmente em seringa de 1 mL e injetar na coxa utilizando agulha 25 x 7 (se obesidade ou hipertrofia, considerar agulha 30x8).
- O choque vasogênico (distributivo) da anafilaxia pode necessitar de ressuscitação fluidica mais agressiva.
- A dose máxima de **Epinefrina 1:1000** (1 mg/mL) em crianças é de 0,3 mg (0,3 ml) na dose de 0,01 mg/kg, via IM.
- **Epinefrina via IV:** reservada apenas para os casos de iminência de choque ou no choque já estabelecido. Nesses casos: realizar infusão IV/IO lenta de Epinefrina 1:10.000 (1 mL em 9 mL de AD ou SF 0,9% = 0,1 mg/mL) ou titulando a dose, de acordo com a monitorização da frequência e ritmo cardíaco.
- Pacientes em uso de betabloqueador podem apresentar quadros mais graves e não apresentar resposta adequada à epinefrina. Nesses casos, se ocorrer bradicardia persistente, utilizar **Atropina e Brometo de Ipratrópio** em inalação nos casos de broncoespasmo resistente.

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Outubro/2014

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

AC33 - Reação alérgica: Anafilaxia

2/2





**AC34**

Protocolo Samu 192  
Emergências Clínicas  
**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**



## AC34 - Cólica nefrética

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

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

### Conduta

1. Realizar avaliação primária (Protocolo AC1).
2. Realizar avaliação secundária (Protocolo AC2) com ênfase para:
  - Monitorizar oximetria de pulso, ritmo cardíaco e sinais vitais;
  - Posicionar o paciente de forma que se sinta confortável ou
  - Posicioná-lo em decúbito lateral, se vômitos;
  - Avaliar a intensidade da dor, usando escala numérica; e
  - Entrevista SAMPLA, com ênfase na caracterização da dor.
3. Instalar acesso venoso periférico.
4. Realizar abordagem medicamentosa:
  - Oferecer O<sub>2</sub> suplementar sob máscara não reinalante se SatO<sub>2</sub> < 94%;
  - Analgesia: **Dipirona** na dose de 1g EV;
  - Antiinflamatório não hormonal: preferencialmente i-cox2, IV:
    - **Cetoprofeno** 100 mg; ou
    - **Cetorolaco de Trometamina** 30 mg; ou
    - **Parecoxibe** 40 mg; ou
    - **Tenoxicam** 40 mg.
  - Se vômitos ou náuseas, administrar:
    - **Dimenidrinato**: 1 ampola = 30 mg = 10 mL, diluído em no mínimo 100ml de SF, IV, 10ml/min; ou
    - **Ondansetrona**: 1 ampola = 4 mg = 2 mL, via IV (preferir essa opção especialmente em idosos); infundir em 2 a 5 minutos diluído em no mínimo 100ml de SF via IV, 10ml/min, se náuseas e/ou vômitos.

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Abril/2015

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

AC34 - Cólica nefrética

1/2



## AC34

**Protocolo Samu 192**  
**Emergências Clínicas**  
**SUORTE AVANÇADO DE VIDA**

### AC34 - Cólica nefrética

5. Realizar contato com a Regulação Médica para definição de encaminhamento e/ou unidade de saúde de destino.

#### Observações:

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- Pesquisar na caracterização da dor: localização, tipo (cólica, peso, choque, queimação); irradiação; instalação (rápida, progressiva ou gradual); intensidade; duração; fatores de melhora e piora; periodicidade e fatores associados (febre, vômitos, alterações urinárias e ginecológicas etc.). (Protocolo AC36).
- Escala numérica da dor: 0 é sem dor e 10 é uma dor máxima imaginável e classificar em leve (1-4), moderada (5-7) e intensa (8-10). Protocolo AC37.
- Se não houver melhora da dor após uso do analgésico e do antiinflamatório, considerar o uso de analgésico mais potente (Protocolo AC37).
- É contraindicado o uso de diuréticos na vigência de dor.
- Não hiperhidratar o paciente, principalmente idosos, cardiopatas e pneumopatas.
- Atenção ao uso de inibidores da Cox 2 em idosos, hepatopatas, pacientes com discrasias sanguíneas, gravidez, parto, lactação e outras contraindicações.

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Março/2015

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

AC34 - Cólica nefrética

2/2



**AC35**

Protocolo Samu 192  
Emergências Clínicas  
**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**



## AC35 - Epistaxe

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

Sangramento nasal ativo, associado ou não as seguintes situações:

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

### Conduta

1. Realizar avaliação primária (Protocolo AC1) com ênfase para:
  - garantir permeabilidade das vias aéreas;
  - manter cabeceira elevada;
  - controlar sangramento através de compressão digital por 5 a 10 min; e
  - aplicar compressa gelada no dorso nasal, se disponível.
2. Realizar avaliação secundária (Protocolo AC2) com ênfase para:
  - identificar as principais causas.
3. Considerar a instalação de acesso venoso periférico.
4. Realizar contato com a Regulação Médica para definição do encaminhamento e/ou unidade de saúde de destino.

### Observações:

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- Não retardar o transporte na dificuldade de obtenção de gelo.
- No caso de sangramento incoercível, com instabilidade hemodinâmica, considerar protocolo de choque (Protocolo AC16).

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Outubro/2014

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

AC35 - Epistaxe

1/1



**AC36**

Protocolo Samu 192  
Emergências Clínicas  
**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**



## AC36 - Hemoptise

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

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

### Conduta

1. Realizar avaliação primária com ênfase para:
  - garantir a permeabilidade das vias aéreas;
  - realizar aspiração da cavidade oral se necessário; e
  - garantir via aérea definitiva, se necessário, com tubo largo (8mm).
2. Oferecer O<sub>2</sub> suplementar, se SatO<sub>2</sub> < 94%.
3. Instalar acesso venoso periférico.
4. Realizar abordagem medicamentosa:
  - reposição volêmica, se necessário (Protocolo AC16).
5. Realizar avaliação secundária com ênfase para:
  - identificar as principais causas de hemoptise maciça; e
  - monitorar PA.
6. Realizar contato com a Regulação Médica para definição do encaminhamento e/ou unidade de saúde de destino.

### Observações:

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- Causas mais comuns de hemoptise maciça: doenças inflamatórias pulmonares crônicas, pneumonias, neoplasias pulmonares e tuberculose.
- No diagnóstico diferencial com sangramento de vias digestivas considere: a presença de tosse com sensação de sufocação ou asfixia e a presença de sangramento vermelho vivo e espumoso e com presença de secreção.

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Outubro/2014

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

AC36 - Hemoptise

1/1



**AC37**
**Protocolo Samu 192  
Emergências Clínicas  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**


## AC37 - Manejo da Dor

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

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

### Conduta

1. Realizar avaliação primária (Protocolo específico AC1, AT1);
2. Realizar avaliação secundária (Protocolo específico AC2, AT2) com ênfase para:
  - Caracterizar a dor;
  - Obter dados sobre fatores associados a dor;
  - Avaliar a intensidade da dor usando uma escala numérica e classificar em Leve (1-4); Moderada (5-7) e Intensa (8-10);
  - Remover o agente causal da dor, se possível.
3. Instalar acesso venoso periférico;
4. Realizar abordagem medicamentosa considerando a intensidade da dor:

FÁRMACOS PARA CONTROLE DA DOR	DOR LEVE (1 - 4)	DOR MODERADA (5 - 7)	DOR INTENSA (8 - 10)
<b>Analgésico simples – Opções e dose</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dipirona Sódica: 500 mg/ml, IV ou VO. Dose: 1g.</li> <li>• Paracetamol: 200 mg/ml 40-50 gotas ou 1 cp (500 mg).</li> </ul>	Sim	Sim	Sim
<b>AINH – Opções e dose</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Celoprofeno*: 100-300 mg IV</li> <li>• Tenoxicam*: 20-40 mg IV, IM</li> <li>• Celorolaco de Trometamina*: IM/IV (30 mg/ml). Dose: 30 mg ou 1 ml.</li> </ul>	Sim	-	-
<b>Opióide fraco – Opções e dose</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tramadol*: IM/IV (50mg/ml) . Dose: 100 mg, lento.</li> </ul>	-	Sim	-
<b>Opióide forte – Opções e dose</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sulfato de Morfina: 1 mg/ml e 10 mg/ml. Doses:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• IM: 5-20 mg/70 kg de peso</li> <li>• IV: 2-10 mg/70 kg de peso</li> </ul> </li> <li>• Fentanil: IV (50 mcg/ml). Dose: 2 a 4 ml</li> </ul>	-	-	Sim

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Março/2015

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

AC37 - Manejo da Dor

1/2



## AC37

### Protocolo Samu 192 Emergências Clínicas SUPORTE AVANÇADO DE VIDA

#### AC37 - Manejo da Dor

5. Controlar vômitos incoercíveis com as opções:
  - Ondasetrona\*: 4 mg, IV, infundida em 2 a 5 minutos ou;
  - Dimenidrinato\*: 30 mg, IV, em infusão lenta (1 ml/min).
6. Realizar contato com a Regulação Médica para definição do encaminhamento e/ou da unidade de saúde de destino.

#### Observações:

- Considerar os 3°S\* (Protocolos PE1, PE2, PE3)
- A caracterização da dor inclui:
  - Localização;
  - Intensidade;
  - Tempo de duração (início);
  - Periodicidade;
  - Tipologia: cólica, peso, choque, queimação, etc...
  - Presença de irradiação;
  - Características da instalação: explosiva, em segundos; rápida e progressiva, em 1 a 2h; e gradual, em várias horas;
  - Fatores de melhora e piora.
- Os fatores associados à dor com interesse na avaliação são, dentre outros:
  - Febre;
  - Vômitos, alteração do ritmo intestinal;
  - Alterações urinárias e ginecológicas.
- Aplicação da Escala Numérica de Dor:
  - Objetivo: Avaliar a intensidade da dor;
  - Aplicação: Solicitar ao paciente que caracterize uma nota para qualificar a intensidade da dor referida onde "ZERO" é sem dor e "10" é uma dor máxima imaginável. A partir da nota referida, classificar em leve (1-4); moderada (5-7) e intensa (8-10).
- Não usar antieméticos em casos de choque, depressão do nível de consciência, suspeita de Hipertensão Intracraniana-HIC e suspeita de abdome agudo cirúrgico;
- Na eventualidade do uso de analgésico muito potente (opioides) infundir lentamente, pois a infusão rápida pode provocar rigidez da caixa torácica ou laringoespasma;
- Fazer analgesia criteriosa nos casos de hipotensão (PAS < 90 mm HG);
- Considerar a abordagem de cada tipo de agravo conforme protocolo específico.

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

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Março/2015

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

AC37 - Manejo da Dor

2/2



**AC38**

Protocolo Samu 192  
Emergências Clínicas  
**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**



## AC38 - Sedação

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

- Quadro de agitação e/ou agressividade;
- Necessidade de acesso a via aérea definitiva e manutenção do suporte ventilatório;
- Dificuldade ou preparo de realização de procedimentos (cardioversão, intubação de sequência rápida, etc);
- Proteção cerebral em traumas com Escala de Coma de Glasgow < 8.

### Conduta:

1. Fazer avaliação primária (Protocolo específico AC1 ou AT1) com ênfase para:
  - Garantir a permeabilidade das vias aéreas;
  - Aspirar secreções, se necessário.
2. Fazer avaliação secundária (Protocolo específico AC2, AT2) com ênfase para:
  - Monitorizar continuamente oximetria de pulso, ritmo cardíaco e sinais vitais;
  - Realizar avaliação neurológica antes do procedimento.
3. Instalar acesso venoso periférico;
4. Realizar a abordagem medicamentosa:
  - Oferecer O<sub>2</sub> sob máscara não-reinalante 10-15 L/min se Sat.O<sub>2</sub> < 94%.
  - Considerar opções : Benzodiazepínicos e opióides.

### BENZODIAZEPÍNICOS

Midazolam	Dose de ataque: 0,1 a 0,3 mg/kg (dose de ataque). Vias: IV, IM (dar preferência para a via IV) fracionada, pelo risco de depressão respiratória. Apresentação disponível: 1 ampola = 3 mL = 15 mg (5 mg/mL). Início de ação: 1 a 3 minutos por via IV. Duração: 1 a 4 horas.
Diazepam	Dose de ataque: 0,1 a 0,2 mg/kg (dose de ataque). Vias: preferencialmente IV. Apresentação disponível: 1 ampola = 2 mL = 10 mg (5 mg/mL). Início de ação: 3 a 5 minutos. Duração: 4 a 6 horas. Não usar como primeira escolha, pois promove sedação por período mais prolongado, o que dificulta a avaliação do paciente no intra-hospitalar.
Diazepam	Dose inicial: 0,3 mg, seguida de doses adicionais se necessário; Via: IV; Apresentação: 01 ampola = 5 mL = 0,1 mg/mL; diluir 1 ampola em 5mL de solução salina (1 mL da solução = 0,05 mg). Início de ação: 2 a 5 minutos. A ausência de resposta após aplicação de 2 mg de flumazenil em um período de 5 a 10 minutos indica que a intoxicação por benzodiazepínicos não é a principal causa da depressão neurológica. Estar atento à ocorrência de convulsão, nesta situação usar fenobarbital.

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Abril/2015

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

AC38 - Sedação

1/2



## AC38

**Protocolo Samu 192**  
**Emergências Clínicas**  
**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**

### AC38 - Sedação

#### OPIÓIDES

Recomendados em associação com hipnótico para maior facilidade no ajuste do grau de sedação e menor incidência de assincronia com o ventilador. Fentanila e Morfina são os mais utilizados. Têm ação analgésica potente e ação hipnótica, podendo ser suficiente para adequar o paciente à prótese ventilatória. Baixo custo.

Fentanil	Dose: 25 a 100 µg (0,7 a 2 µg/kg) em bolus ou 50 a 500 µg/h contínuo. Via: EV. Início de ação: menos de 1 min. Duração de ação: 30 a 60 min. Efeitos adversos: prurido, bradicardia vagal, hipotensão, depressão respiratória, náuseas, vômitos, e retenção urinária. Atenção: Associação com diazepínicos aumenta o risco de depressão respiratória.
Morfina	Dose: IV: 2,5 a 1,5 mg; IM e SC: 2,5 a 20 mg; IV contínuo: 1-10 mg/h. Diluição: 10 mg/ml – 50 mg (5ml) em 95 ml de SF 0,9%. Início de ação após injeção IV: 3 min. Duração de ação: 2-3 h.
Antídoto Naloxona	Administração: diluir 1 ampola em 9 ml, administrar em doses fracionadas de 2ml a cada 2 minutos. Apresentação 1ml= 0,4mg Início de ação 3 minutos.

#### Observações:

- Considerar os 3“S” (Protocolos PE1, PE2, PE3);
- Sedação (def.): é um estado de depressão do nível de consciência induzida por drogas, em diferentes níveis de intensidade;
- A sedação pode dificultar e retardar o diagnóstico de lesões graves.

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Abril/2015

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

AC38 - Sedação

2/2





**AC39**

Protocolo Samu 192  
Emergências Clínicas  
**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**



## AC39 - Manejo da crise em saúde mental

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

Tratam-se fundamentalmente de situações de conflitos e/ou rupturas de vínculos sociais, que envolvem grave sofrimento psíquico para o usuário e/ou seu entorno e geralmente estão atreladas às dificuldades de comunicação, expressão e entendimento entre os envolvidos, que impedem o estabelecimento de consensos, gerando desorganizações na vida cotidiana.

Alvorço, confusão, agitação, medo, choro, tristeza, apatia, insegurança, alterações da percepção da realidade são algumas das expressões que igualmente denotam que algo não vai bem com o sujeito. Tanto aspectos biológicos como relacionais estão envolvidos na gênese desses desequilíbrios.

### Conduta

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

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Abril/2015

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

AC39 - Manejo da crise em saúde mental

1/2



**AC39**

**Protocolo Samu 192  
Emergências Clínicas  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**

**AC39 - Manejo da crise em saúde mental**

12. Considerar solicitar à Central de Regulação a necessidade de apoio de profissionais da saúde mental e/ou do próprio SAMU. Policiais/bombeiros podem ser acionados em casos que coloquem em risco a segurança da cena;
13. Oferecer e negociar opções de conciliação e formas de lidar com o evento desencadeante, estimulando a tranquilização e melhor resolução da situação;
14. Considerar a importância de acolher os familiares e/ou outras pessoas envolvidas na cena;
15. Considerar o limite da mediação se presença de agravos da situação (estresse da equipe e/ou do ambiente, piora clínica do paciente e tempo excessivo);
16. Considerar a possibilidade de substituir o mediador;
17. Realizar contato com a Regulação Médica para comunicar a situação clínica atualizada, orientações e definição do encaminhamento.

**Observações:**

• Avaliação ACENA

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

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Abril/2015

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

AC39 - Manejo da crise em saúde mental

2/2



**AC40**

Protocolo Samu 192  
Emergências Clínicas  
**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**



## AC40 - Agitação e situação de violência

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

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

### Conduta em paciente armado

1. Avaliar ambiente, sujeitos e segurança (método ACENA).
2. Em caso de presença de objetos que podem ser utilizados para agressão ou autoagressão, informar o médico regulador para solicitar apoio da autoridade policial.
3. Na presença do apoio tentar negociar com o paciente a entrega/abandono do objeto, exceto na presença de arma de fogo.
4. Na presença de armas de fogo ou nos casos de resistência à entrega/abandono do objeto, a autoridade policial assumirá a mediação.
5. Após o desarme, mediar visando à tranquilização do paciente. Utilizar:
  - Haloperidol 5mg IM + Prometazina 50mg IM. Em longos deslocamentos pode-se repetir a dose do Haloperidol a cada 30 min.
6. Somente em pacientes com suspeita de intoxicação por drogas estimulantes pode-se associar Midazolam 5mg IM.

Realizar contato com a Regulação Médica para comunicar a situação clínica atualizada, orientações e definição do encaminhamento.

### Conduta em paciente desarmado

7. Avaliar ambiente, sujeitos e segurança (método ACENA).
8. Abordar a cena conforme protocolo de manejo da crise (Protocolo AC39).
9. Demonstrar interesse e consideração pela situação, tentando estabelecer uma relação de confiança e deixando claro que você está ali para ajudar, na tentativa de tranquilizá-lo.
10. Ouvir atentamente o que o paciente tem a dizer, incluindo sua linguagem corporal.
11. Utilizar frases curtas e simples e repetir propostas.
12. Identificar um parente, amigo, ou profissional preferencialmente indicado pelo paciente, que possa oferecer suporte e negociar as necessidades de apoio e as formas de lidar com a situação.
13. Perguntar o que está acontecendo que possa estar causando a agitação, tentando associar o estado de agitação a quatro situações:
  - raiva – hostilidade, fala exaltada, tensão muscular, etc.;
  - euforia – hiperatividade, verborreia, ideia de grandeza, insônia, etc.;
  - medo – atitude de desconfiança, sensação de ameaça, etc.; e
  - confusão mental – desorientação, discurso incoerente, etc.
14. Investir na conversa com alguém agitado é uma estratégia potente para a redução da agitação, mesmo não havendo resposta verbal do paciente.

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Abril/2015

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

AC40 - Agitação e situação de violência

1/2



## AC40

### Protocolo Samu 192 Emergências Clínicas SUPORTE AVANÇADO DE VIDA

#### AC40 - Agitação e situação de violência

15. Ofertar opções para que o paciente possa escolher, mantendo postura firme e segura para negociar limites, sem desafiá-lo nem confrontá-lo.
16. Distensionar as situações de raiva, euforia e medo:
  - raiva – explicitar que reconhece a raiva, mas dialogar em busca de outras soluções;
  - euforia – manter o diálogo com atitudes claras, indicando limites e possibilidades, proporcionando um ambiente com poucos estímulos, que favoreça a tranquilização; e
  - medo – explicitar que reconhece o medo, ter atitude protetiva, escuta e fala acolhedoras.
17. Não fazer julgamentos e não prometer algo que não será realizado.
18. No caso de confusão mental (alteração do nível de consciência) considerar (Protocolo AC25).
19. Quando possível, realizar a avaliação primária e secundária como estratégia para mudar o foco e tranquilizar.
20. Em situação de agressão iminente, buscar o apoio e aproximação de outras pessoas na mediação, de modo a transmitir a mensagem de superioridade de força.
21. Se:
  - estiver superado o estado de agitação e/ou situação de violência, medicar com Diazepam 10mg VO; e
  - persistir o estado de agitação, medicar visando à tranquilização do paciente. Utilizar Haloperidol 5mg IM + Prometazina 50mg IM. Em longos deslocamentos pode-se repetir a dose do Haloperidol a cada 30min. Somente em pacientes com suspeita de intoxicação por drogas estimulantes pode-se associar Midazolam 5mg IM.
22. Realizar contato com a Regulação Médica para comunicar a situação clínica atualizada, orientações e definição do encaminhamento.

#### Observações:

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

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

AC40 - Agitação e situação de violência

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Abril/2015

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

2/2



AC43

Protocolo Samu 192  
Emergências Clínicas  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA



## AC43 - Autoagressão e risco de suicídio

### 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 pontas altas e viadutos, plataformas de trem/metrol, vias de tráfego intenso de veículos e mar.

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

### Conduta:

#### ASPECTOS GERAIS

1. Ao se aproximar do local da ocorrência, desligar a sirene e manter apenas os sinais luminosos, sem pisca ou estrobo;
2. Avaliar ambiente, sujeitos e segurança (método ACENA);
3. Em caso de presença de objetos ou condições que promovam risco de heteroagressão ou autoagressão, informar o médico regulador para que solicite apoio de equipes especializadas e/ou autoridades policiais. Exemplos:
  - Objetos: armas de fogo, armas brancas, vidros quebrados, etc.;
  - Condições: altura (risco de queda), tráfego intenso (risco de atropelamento), água (risco de afogamento), relém, etc.
4. Afastar curiosos, imprensa ou qualquer estímulo que possa contribuir para o aumento do estresse na cena;
5. Abordar o paciente conforme os princípios previstos no protocolo de Manejo da Crise em Saúde Mental (AC39), considerando, em especial, as seguintes medidas:
  - Definir um mediador (preferencialmente um profissional de saúde treinado), considerando a receptividade do paciente em relação à formação de vínculo;
  - Desligar ou baixar o som do rádio comunicador e/ou do celular;
  - Aproximar-se de forma tranquila para ser visto pelo paciente e manter a segurança;
  - Identificar-se (nome e função) e explicar o motivo da aproximação (oferecer ajuda, escuta, apoio);
  - Iniciar a comunicação diretamente com o paciente, preferencialmente garantindo a privacidade do contato e encorajando a expressão de problemas e sentimentos vivenciados;
  - Perguntar o que está acontecendo e demonstrar interesse e consideração pela situação, tentando estabelecer uma relação de confiança e deixando claro que você está ali para ajudar o paciente.
  - **Fraseologia:** "Gostaria de entender como você está se sentindo"; "Posso me aproximar?"; "Ficarei o tempo que for necessário para ajudar".
  - Identificar e legitimar ("Dá para entender"; "É compreensível"; "Estou entendendo") a emoção presente na cena (raiva, desconfiança, medo, ansiedade, angústia, tristeza, irritação, desesperança, indiferença, frustração) e atentar às situações descritas pelo paciente como insuportáveis ("Não aguento mais"; "Sou um peso para os outros"; "Eu preferia estar morto"; "Estão querendo acabar com a minha vida");
  - Estabelecer o ritmo da conversação sem pressa para chegar ao desfecho do atendimento, transmitindo ao paciente a sensação de que ele não está sozinho;

Elaboração: Janeiro/2016

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

AC43 - Autoagressão e risco de suicídio

1/4



**AC43**

**Protocolo Samu 192  
Emergências Clínicas  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**

**AC43 - Autoagressão e risco de suicídio**

- Incentivar a mudança de local da conversa para um local mais seguro somente quando avaliar que essa atitude não aumentará o estresse ou a desconfiança do paciente. Exemplos: proponha outro lugar para continuarem a conversa que possa trazer mais conforto; ofereça água ou papel e caneta para escrever.
    - Se a situação for de risco, pode ser preferível não deixar que o paciente se mova sem ajuda especializada; mantenha o diálogo, negociando para que a pessoa permaneça imóvel, enquanto se articulam estratégias de intervenção (colchão de ar, escada, etc.).
  - Identificar eventos atuais, pessoas e outros estressores que possam ter precipitado a crise suicida. Valorizar:
    - Histórico de ameaças e tentativas anteriores de autoagressão e/ou suicídio;
    - Histórico psiquiátrico e tratamentos de saúde mental (uso abusivo de substâncias psicoativas, depressão, ansiedade, sintomas psicóticos como delírios persecutórios e alucinações auditivas de comando);
    - Sinais de intoxicação por álcool, outras drogas, pesticidas e/ou medicamentos;
    - Condições biológicas, psicossociais, situacionais e culturais pertinentes (dolorosas, terminais, recusa do tratamento de doenças, insônia, sensação de isolamento ou solidão, desemprego ou dificuldade financeira, término de relação amorosa, falecimento de ente querido, ausência de perspectivas ou projetos futuros).
  - Abordar o tema relativo à autoagressão e/ou ao risco de suicídio demonstrando uma postura de cuidado e, principalmente, evitando adotar uma postura de julgamento ou pressionar o paciente a fornecer detalhes da situação vivenciada.
  - *Fraseologia: "Imagina que o tamanho do seu sofrimento (dor) seja tão grande (insuportável) a ponto de já ter desejado morrer"; "Está considerando que acabar com a própria vida é a melhor solução?"; "Os pensamentos ou sonhos com morte têm sido frequentes?"; "Ouve vozes ou vê coisas que trazem sensações ruins ou negativas?"; "Tem abusado de álcool e drogas?"; "Tem alimentado ideias de como morrer?"; "Tem alguém com quem você consegue conversar sobre isso?"*
  - Oferecer e negociar formas alternativas de lidar com o evento desencadeante, estimulando a tranquilização e a reflexão sobre outras possibilidades de resolução da situação;
  - Não desafiar a pessoa e não prometer algo que não será realizado.
    - Respeite as regras propostas pelo paciente que forem seguras e razoáveis, como não se aproximar em demasia, chamar familiares ou outras pessoas, mudar o negociador, etc.;
    - Explique o motivo da impossibilidade e/ou informe que você precisará consultar outras pessoas antes de efetivar promessas que não pode cumprir;
    - No caso da presença de familiares ou conhecidas, avaliar e negociar com o paciente as condições de afastamento ou permanência de tais pessoas na cena.
  - Manter a concentração na conversa e evitar conversas paralelas com outros membros da equipe;
  - Jamais deixar o paciente sozinho.
- 6. Durante o manejo verbal e a negociação, são ações importantes que podem ser realizadas pelo mediador ou por outros membros da equipe de atendimento:**
- Identificar um familiar, um amigo, uma referência comunitária ou um profissional preferencialmente indicado pelo paciente que possa oferecer suporte e negociar necessidades de apoio e formas de lidar com a situação, bem como fornecer informações que possam ajudar na compreensão dos acontecimentos;
  - Comunicar em voz baixa e com discrição ou por meio de bilhetes entregues ao mediador as informações obtidas junto à família e à comunidade.
- 7. Avaliar, a partir da mediação, a presença de fatores de risco e fatores de proteção:**
- Intenção suicida e/ou de autoagressão (até que ponto o paciente intenciona agir a respeito de seus pensamentos autodestrutivos; sinais de automutilação);
  - Ideação suicida e/ou pensamento de autoagressão (ideia, desejo e pensamento voltados para o ato de cometer suicídio);
  - Planos suicidas (grau de estruturação/detalhamento, letalidade do método e acesso aos meios para o ato planejado);
  - Nível de impulsividade e autocontrole do paciente, com atenção para a velocidade com que passa da ideia (pensamento) ao ato, a capacidade de reflexão (ponderação) sobre os desejos e pensamentos, e o padrão de respostas (atitudes);

Elaboração: Janeiro/2016

AC43 - Autoagressão e risco de suicídio  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

2/4



**AC43**

**Protocolo Samu 192**  
**Emergências Clínicas**  
**SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**



**AC43 - Autoagressão e risco de suicídio**

- Estado mental (lucidez, juízo crítico, orientação e noção da realidade);
  - Fatores protetivos (relação familiar, religiosidade, suporte social, projetos de vida, esperança e percepção de que a situação pode melhorar, "há saída").
- 8.** Diante do aceite de ajuda por parte do paciente, realizar, assim que possível, a avaliação primária (protocolo AC1) e a avaliação secundária (protocolo AC2), atentando a sinais de intoxicação exógena e automutilação.
- A fim de preservar a confiança e manter o paciente colaborativo na continuidade da abordagem pré-hospitalar, não utilizar a contenção física antes de esgotar todos os recursos de manejo da crise ou na tentativa de disciplinar, retaliar ou coagir o paciente;
  - Considerar a abordagem medicamentosa, conforme o protocolo AC40, em casos de intensa agitação.
- 9.** Monitore o tempo todo a segurança da cena e mantenha atenção redobrada sobre mudanças de comportamento do paciente, mesmo que ele aparente calma durante a abordagem. Uma comunicação clara sobre a intenção, os objetivos, a ordem dos procedimentos, entre outros esclarecimentos, pode reduzir riscos.
- 10.** Cuidados durante o transporte do paciente na ambulância do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU):
- Negociar com o paciente ao menos a fixação dos cintos de segurança da maca;
  - Retirar do alcance do paciente quaisquer objetos soltos que fiquem dentro da ambulância;
  - Manter à mão uma linha de comunicação com a regulação para solicitar ajuda, se for o caso;
  - Manter atenção à linguagem não verbal (gestos, expressões faciais, atitude corporal) do paciente;
  - Evitar o uso de sirene e manobras muito bruscas durante o trajeto;
  - Evitar novos assuntos dentro da ambulância, pois eles podem incitar reações inesperadas; busque apenas responder solicitações do paciente e reitere a postura de ajuda/apoio. Jamais o deixe sem resposta;
  - Se a pessoa estiver contida, atente para o monitoramento contínuo do nível de consciência, dos sinais vitais, da perfusão sanguínea e dos membros contidos (avaliar a ocorrência de dor, calor, edema, ferimento e garroteamento).
- 11.** Caso o suicídio seja consumado, seguir protocolo específico de trauma;
- 12.** Realizar contato com a Central de Regulação das Urgências (CRU) para comunicar a situação a partir da avaliação realizada e para orientações e definições quanto aos encaminhamentos;
- 13.** Registrar ações e intercorrências na ficha de atendimento. Recomenda-se o registro das orientações passadas à família, se houver.

**CONSIDERAÇÕES ESPECIAIS PARA O CASO DE PACIENTE ARMADO**

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

Elaboração: Janeiro/2016

AC43 - Autoagressão e risco de suicídio

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

3/4



**AC43**

**Protocolo Samu 192**  
**Emergências Clínicas**  
**SUORTE AVANÇADO DE VIDA**

**AC43 - Autoagressão e risco de suicídio**

**Observações:**

- Método ACENA;
- Se na chegada do SAMU já existirem outras equipes na cena (p. ex.: polícia militar), reportar-se ao comando para se apresentar como recurso e obter detalhes sobre a segurança do evento;
- Uma vez iniciada a mediação com um profissional do SAMU, o paciente pode não aceitar a substituição por um outro profissional mais treinado, mas que chegou mais tarde. Nesses casos, o profissional do SAMU deve manter a negociação, podendo seguir instruções do negociador mais preparado;
- Orientar os familiares e a rede de apoio social para procurarem a rede de atenção básica, psicossocial e/ou de assistência social para avaliação e acompanhamento;
- Perguntar sobre autoagressão NÃO provoca atos de autoagressão nem induz a pessoa ao suicídio. Em geral, reduz a ansiedade associada aos pensamentos ou atos de autoagressão e/ou suicídio, e ajuda a pessoa a se sentir compreendida;
- Ter cuidado com o toque, pois o paciente pode sentir-se desconfortável e considerar o contato físico uma atitude invasiva, o que pode precipitar o ato suicida (estender a mão é melhor que "pegar");
- Levantar a sério todas as ameaças de suicídio, mesmo quando pareçam manipuladoras. Não realizar julgamentos nem minimizar o sofrimento baseado na crença de que o paciente quer "chamar atenção" ou de que a situação vivida é banal;
- Para realizar a avaliação, o profissional deve estar consciente de seus próprios sentimentos (ansiedade, medo, raiva) e não deixar que eles interfiram no manejo da situação;
- Não acelerar a resolução da situação. Quanto mais paciente e calma for a conversação/negociação, maior o tempo para refletir, o que pode ajudar o paciente a mudar de pensamento;
- Considerar, na avaliação, contextos socioculturais específicos, como os de populações tradicionais (indígenas, quilombolas e ribeirinhas), buscando apoio de referências das comunidades locais, de equipes de saúde específicas [Estratégia Saúde da Família (ESF) quilombolas e ribeirinhas e equipes de saúde indígena] e de intérpretes, caso necessário e possível;
- Definidos os encaminhamentos, cabe ao SAMU o transporte do paciente do local de atendimento para a unidade de saúde de referência;
- Considerar que a situação de suspeição ou confirmação de tentativa de suicídio constitui agravo de notificação compulsória obrigatória, conforme legislação vigente, sob responsabilidade dos profissionais de saúde da rede, a ser realizada oportunamente sem prejuízo do acolhimento do paciente, que deve ser a prioridade do atendimento. É fundamental que o SAMU, na impossibilidade de iniciar o registro da notificação, repasse de forma sistemática e organizada as informações coletadas à unidade de saúde referenciada para garantir a continuidade do cuidado e evitar revitimizações;
- O Código Penal não considera crime a tentativa ou o ato de suicídio;
- O artigo 122 do Código Penal considera crime o induzimento, a instigação ou o auxílio a suicídio. Se o suicídio se consuma, a pena é a reclusão de 2 a 6 anos; se da tentativa de suicídio resulta lesão corporal de natureza grave, a pena é a reclusão de 1 a 3 anos;
- As ações de salvamento são indicadas se o indivíduo está em um ambiente de risco, como uma rua de grande movimento, uma ponte, uma janela, etc. A decisão de efetivação dessas ações deve ser tomada em conjunto com a equipe de resgate, a regulação médica, o negociador e a família. Cabe aos bombeiros a definição do melhor método diante das circunstâncias;
- Os serviços devem considerar a realização de acordos interinstitucionais para a realização de ações de salvamento e resgate, quando necessário.



# SAV Trauma

# AT



**AT1**

Protocolo Samu 192  
Emergências Traumáticas  
**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**



## **AT1 - Avaliação primária do paciente com suspeita de trauma ou em situação ignorada**

### **Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**

Em toda abordagem de pacientes com suspeita de trauma ou em situação ignorada (onde não é possível excluir a possibilidade de trauma).

### **Conduta:**

- 1. Garantir a segurança do local (Protocolo PE1);**
- 2. Avaliar a responsividade (chamar o paciente) e executar simultaneamente a estabilização manual da coluna cervical e iniciar verificação da respiração;**
- 3. Avaliar as vias aéreas:**
  - manter as vias aéreas pérvias através de manobras de abertura das vias aéreas para o trauma, retirar secreções e corpo(s) estranho(s) da cavidade oral;
  - considerar o uso de cânula oro ou nasofaríngea;
  - oximetria e  $O_2$  por máscara facial, 10 a 12 l/min, se  $SatO_2 < 94\%$ ;
  - estabilizar manualmente a cabeça com alinhamento neutro da coluna cervical;
  - colocar o colar cervical assim que possível;
  - avaliar as indicações de via aérea definitiva;
- 4. Avaliar a presença de boa respiração e oxigenação:**
  - avaliar o posicionamento da traqueia e presença ou não de turgência jugular;
  - expor o tórax e avaliar a ventilação;
  - avaliar a simetria na expansão torácica;
  - observar presença de sinais de esforço respiratório ou uso de musculatura acessória;
  - avaliar a presença de lesões abertas e/ou fechadas no tórax;
  - no paciente com ventilação anormal, realizar a palpação de todo o tórax;
  - realizar ausculta torácica;
  - considerar a necessidade de ventilação assistida através de BVM com reservatório, caso a frequência respiratória seja inferior a 8 mrm, ou não mantenha ventilação ou oxigenação adequadas.
  - avaliar as indicações de via aérea definitiva;
- 5. Avaliar a circulação:**
  - controlar sangramentos externos com compressão direta da lesão e/ou torniquete (conforme indicado);
  - avaliar o estado circulatório;
  - avaliar o reenchimento capilar (normal até 2 segundos);
  - avaliar características da pele (temperatura, umidade e coloração);
  - avaliar pulso central e radial:
    - Pulso radial ausente e pulso central presente, seguir Protocolo de Choque (Protocolo AT4);
    - Pulso radial ausente e pulso central ausente, seguir com Protocolo de PCR (Protocolo AC5);
  - se possível, aferir pressão arterial precocemente;
- 6. Avaliar o estado neurológico:**
  - AVDI ou a Escala de Coma de Glasgow;
  - Pupilas;

AT1 - Avaliação primária do paciente com suspeita de trauma ou em situação ignorada  
Elaboração: Agosto/2014 | Este protocolo foi paulado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Revisão: Abril/2015 | Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/2



## AT1

### Protocolo Samu 192 Emergências Traumáticas SUPORTE AVANÇADO DE VIDA

#### AT1 - Avaliação primária do paciente com suspeita de trauma ou em situação ignorada

7. Expor com prevenção e controle da hipotermia:
  - Cortar as vestes do paciente sem movimentação excessiva e somente das partes necessárias;
  - Proteger o paciente da hipotermia com auxílio de manta aluminizada;
  - Utilizar outras medidas para prevenir a hipotermia (ex: desligar o ar condicionado da ambulância);
8. Realizar contato com a Regulação Médica para definição do encaminhamento e/ou unidade de saúde de destino.

#### Observações:

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

AT1 - Avaliação primária do paciente com suspeita de trauma ou em situação ignorada

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Abril/2015

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

2/2



**AT2**

Protocolo Samu 192  
Emergências Traumáticas  
**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**



## AT2 - Avaliação secundária do paciente com suspeita de trauma ou em situação ignorada

### Critérios de inclusão:

Em toda abordagem de pacientes com suspeita de trauma ou em situação ignorada após a realização da Avaliação Primária (Protocolo AT1).

### Conduta:

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

- nome e idade;
- verificação dos sinais vitais;
  - respiração (frequência, ritmo e amplitude);
  - pulso (frequência, ritmo e volume);
  - pressão arterial;
  - pele (temperatura, cor, turgor e umidade);
- S: sintomas? principal queixa?
- A: tem alergias? problema ou doença atual?
- M: medicamentos e/ou tratamentos em uso?
- P: passado médico/prenhez (gravidez) – problemas de saúde ou doença atual?
- L: ingeriu líquidos ou alimentos? última refeição?
- A: ambiente do evento?

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

#### 2. AVALIAÇÃO COMPLEMENTAR

- oximetria de pulso se disponível;
- glicemia capilar se disponível;

#### 3. EXAME DA CABEÇA AOS PÉS, FRENTE E DORSO

Objetivo específico: localizar ferimentos, sangramentos, afundamentos, desvios, hematomas, alterações na cor da pele ou mucosas, assimetrias, instabilidades, alterações de motricidade e sensibilidade.

Propedêuticas a serem utilizadas: Inspeção seguida de palpação, ausculta e percussão.

#### Cabeça e face:

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

#### Pescoço:

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

#### Tórax:

- observar em especial se há uso de musculatura acessória, tiragem intercostal, movimentos assimétricos, afundamentos, ferimentos incluindo o sinal do cinto de segurança etc.

AT2 - Avaliação secundária do paciente com suspeita de trauma ou em situação ignorada

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Abril/2015

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

1/2



**AT2**

**Protocolo Samu 192**  
**Emergências Traumáticas**  
**SUORTE AVANÇADO DE VIDA**

**AT2 - Avaliação secundária do paciente com suspeita de trauma ou em situação ignorada**

**Abdome:**

- observar contusões ou lesões abertas, distensão abdominal, dor à palpação e ao rechaço, abdome em tábua e sinal do cinto de segurança.

**Pelve:**

- observar sangramentos, contusões ou lesões abertas, realizar palpação das cristas ilíacas na busca de dor e/ou instabilidade realizando compressão látero-medial e ântero-posterior.

**Membros:**

- observar em especial a palpação de pulsos distais e perfusão dos membros (reenchimento capilar)
- avaliar a força motora, solicitando que o paciente movimente os pés e/ou eleve uma perna de cada vez, aperte a mão do profissional e/ou eleve um braço de cada vez, se não houver suspeita de lesão;
- avaliar a sensibilidade;
- sempre realizar a avaliação comparando um membro com o outro.

**Dorso (se possível):**

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

**Observações:**

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

AT2 - Avaliação secundária do paciente com suspeita de trauma ou em situação ignorada

**Elaboração:** Agosto/2014  
**Revisão:** Abril/2015

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

2/2



**AT3**

Protocolo Samu 192  
Emergências Traumáticas  
**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**



## AT3 - Avaliação da cinemática do trauma (padrão básico de lesões)

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

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

### Conduta:

1. Avaliar aspectos de cada tipo de trauma.

### Observações:

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

### Impacto Frontal

#### Lesões esperadas:

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

Obs: Considerar a trajetória possível: por cima do volante (cabeça em direção ao parabrisa) ou por baixo do volante (cabeça em direção ao painel).

#### Achados no veículo:

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



Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Abril/2015

AT3 – Avaliação da cinemática do trauma (padrão básico de lesões)  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/5



**AT3**

**Protocolo Samu 192  
Emergências Traumáticas  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**

**AT3 - Avaliação da cinemática do trauma (padrão básico de lesões)**



**Impacto Lateral**

Lesões esperadas:

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

Achados no veículo:

- intrusão da porta
- intrusão de painel lateral

**Impacto Traseiro**

Lesões esperadas:

- lesão de coluna por hiperextensão (chicote).

Achados no veículo:

- intrusão da parte posterior do veículo alvo.

Obs: Avaliar posição do encosto de cabeça.



**Capotamento**

Lesões esperadas:

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

Achados no veículo:

- impactos de ângulos diferentes

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

AT3 - Avaliação da cinemática do trauma (padrão básico de lesões)

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Abril/2015

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

2/5



**AT3**

Protocolo Samu 192  
Emergências Traumáticas  
**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**



### AT3 - Avaliação da cinemática do trauma (padrão básico de lesões)

#### Atropelamento

##### Avaliar:

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

##### Lesões esperadas:

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

##### Achados no veículo:

- intrusão da parte anterior;
- parabrisa quebrado.



#### Colisões de motocicleta

##### Lesões esperadas:

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

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

##### Achados:

- sinais de impacto no capacete e no guidão

AT3 – Avaliação da cinemática do trauma (padrão básico de lesões)

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Abril/2015

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

3/5





**AT3**
**Protocolo Samu 192  
Emergências Traumáticas  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**
**AT3 - Avaliação da cinemática do trauma (padrão básico de lesões)**
**Observações:**
**2. QUEDA:**
**Avaliar aspectos gerais:**

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

**Lesões esperadas:**

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

**3. FERIMENTOS PENETRANTES:**
**Avaliar aspectos gerais:**

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

**4. LESÕES POR EXPLOSÃO:**
**Avaliar aspectos gerais:**

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

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Abril/2015

AT3 - Avaliação da cinemática do trauma (padrão básico de lesões)  
Este protocolo foi paulado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

4/5



**AT3**

Protocolo Samu 192  
Emergências Traumáticas  
**SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**



### AT3 - Avaliação da cinemática do trauma (padrão básico de lesões)

#### Observações:

##### 5. SUSPEITAR DE TRAUMATISMO GRAVE:

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

AT3 – Avaliação da cinemática do trauma (padrão básico de lesões)

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Abril/2015

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

5/5



**AT4**
**Protocolo Samu 192  
Emergências Traumáticas  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**

**AT4 - Choque**

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

Critérios e tipos de choque:

SINAIS	HIPOVOLÊMICO	NEUROGÊNICO	CARDIOGÊNICO	SÉPTICO
Temperatura da Pele	fria, úmida, pegajosa	quente, seca	fria, úmida, pegajosa	fria, úmida, pegajosa
Coloração Pele	pálida, cianose	rosada	pálida, cianose	pálida, rendilhada
Pressão Arterial	normal ou diminuída	normal ou diminuída	normal ou diminuída	normal ou diminuída
Nível de Consciência	alterado	alerta, lúcido, orientado	alterado	alterado
Enchimento Capilar	> 2 seg	normal: < 2 seg	> 2 seg	> 2 seg
Frequência Cardíaca	aumentada	diminuído	aumentada	aumentada

Classificação do choque hipovolêmico:

	CLASSE I	CLASSE II	CLASSE III	CLASSE IV
Quantidade de sangue perdido (% volume)	< 750 mL (< 15%)	750-1500mL (15-30%)	1500-2000mL (30-40%)	> 2000mL (> 40%)
Frequência Cardíaca	< 100	100-120	120-140	> 140
Frequência Ventilatória	14-20	20-30	30-40	>35
PA Arterial	normal	normal	diminuída	diminuída
SNC/Estado Mental	ansiedade discreta	ansiedade leve	ansiedade, confusão	confusão, letargia

**Conduta**

- Realizar avaliação primária (Protocolo AC1) com ênfase para:
  - avaliar responsividade;
  - manter via aérea pérvia;
  - estabilizar coluna cervical, se suspeita de trauma; e
  - identificar e controlar sangramentos, se necessário (considerar compressão, torniquete, imobilização de pelve e membros, se necessário).

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Abril/2015

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

AT4 - Choque

1/2



## AT4

### Protocolo Samu 192 Emergências Traumáticas SUPORTE AVANÇADO DE VIDA

## AT4 - Choque

### Conduta

1. Realizar avaliação primária (Protocolo AC1) com ênfase para:
  - avaliar responsividade;
  - manter via aérea pérvia;
  - estabilizar coluna cervical, se suspeita de trauma; e
  - identificar e controlar sangramentos, se necessário (considerar compressão, torniquete, imobilização de pelve e membros, se necessário).
2. Realizar avaliação secundária (Protocolo AC2) com ênfase para:
  - coletar história SAMPLA;
  - monitorizar oximetria de pulso, ritmo cardíaco e sinais vitais;
  - posicionar o paciente de forma compatível com a modalidade do choque, visando à melhora da sintomatologia e controle de danos;
  - realizar a prevenção de hipotermia: manter temperatura adequada da ambulância, remover roupas molhadas e usar manta térmica ou cobertor; e
  - tentar identificar a causa do choque e iniciar tratamento específico.
3. Instalar acesso venoso periférico ou considerar punção intraóssea (IO) após 2 tentativas sem sucesso. Na impossibilidade da IO, realizar dissecação venosa ou punção de jugular externa.
4. Realizar abordagem medicamentosa:
  - oferecer O<sub>2</sub> suplementar sob máscara não reinalante 10 a 15 l/min se SatO<sub>2</sub> < 94%.
  - repor volemia com solução cristalóide isotônica, com o objetivo de manter pressão sistólica > 80 mmHg. No TCE considerar manter a pressão sistólica >90mmHg.
5. Realizar contato com a Regulação Médica para definição de encaminhamento e/ou unidade de saúde de destino.

### Observações

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- No APH, a conduta mais segura diante de um paciente traumatizado em choque é considerar a causa do choque como hemorrágica, até prova em contrário.
- Dar preferência à veia safena na dissecação venosa.
- No choque hipovolêmico secundário ao trauma, a reposição volêmica deverá ser administrada com solução cristalóide aquecida a 39°C, preferencialmente.
- O ringer lactato é a solução cristalóide de 1ª escolha, seguido da solução salina 0,9%.
- A presença de sinais inflamatórios sistêmicos (temperatura corporal >38,3°C ou < 36°C, FC>90bpm, FR>20irpm), associada a suspeita de foco infeccioso, determina o diagnóstico de sepse. O choque séptico é a associação da sepse com sinais de hipoperfusão, não sendo obrigatória a presença de hipotensão.

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Abril/2015

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

AT4 - Choque

2/2



**AT5**

Protocolo Samu 192  
Emergências Traumáticas  
**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**



## AT5 - TCE – Trauma cranioencefálico

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

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

### Conduta:

1. Realizar avaliação primária (Protocolo AT1) com ênfase para:
  - garantir a estabilização manual da coluna cervical;
  - garantir permeabilidade de via aérea;
  - administrar O<sub>2</sub> em alta fluxo para manter SatO<sub>2</sub> ≥ 94%;
  - monitorizar a oximetria de pulso; e
  - avaliar precocemente a Escala de Coma de Glasgow.
2. Considerar ventilação sob pressão positiva com BVM com reservatório, caso não mantenha ventilação ou oxigenação adequadas.
3. Considerar uma via aérea avançada, caso os métodos descritos anteriormente não tenham sucesso em manter uma ventilação ou oxigenação adequadas ou se Escala de Coma Glasgow < 8.
4. Controlar sangramentos externos.
5. Instalar acesso venoso.
6. Realizar a reposição volêmica, se necessária, conforme protocolo do Choque (Protocolo AT4) com ênfase para a manutenção da pressão sistólica > 90 mmHg.
7. Realizar a avaliação secundária (Protocolo AT2) se a gravidade do quadro permitir. Deve ser dada ênfase para:
  - avaliação das pupilas (se assimetria > 1 mm, pesquisar sinais focais);
  - repetição seriada da Escala de Coma de Glasgow;
  - avaliação da motricidade (déficits motores);
  - avaliação dos sinais vitais;
  - avaliação da glicemia capilar;
  - exame da cabeça e coluna; e
  - história SAMPLA (ênfase para histórico de convulsões, diabetes, AVC, uso de drogas ilícitas e/ou álcool).
  - Prevenção da perda de calor corporal;
8. Realizar a mobilização cuidadosa e a imobilização adequada da coluna cervical, tronco e membros, em prancha longa com alinhamento anatômico, sem atraso para o transporte.
9. Realizar contato com a Regulação Médica para definição do encaminhamento e/ou unidade de saúde de destino.

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Outubro/2014

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

AT5 - TCE – Trauma cranioencefálico

1/2



**AT5**

**Protocolo Samu 192  
Emergências Traumáticas  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**

**AT5 - TCE – Trauma crânioencefálico**

**Observações:**

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- Considerar a cinemática do trauma e sempre buscar possíveis lesões associadas em outros segmentos que possam concorrer para a presença de hemorragia externa ou interna, aumentando o risco de lesão cerebral secundária.
- Considerar a necessidade de sequência rápida para a intubação;
- Não hiperventilar de forma profilática;
- No exame da cabeça e pescoço manter atenção para a ocorrência de outros sinais de gravidade do TCE:
  - sinais de perda líquórica;
  - presença de fraturas abertas;
  - exposição de tecido cerebral;
  - ferimentos extensos de couro cabeludo; e
  - sinais de fratura de base de crânio.
- Sobre o controle de sangramentos:
  - no couro cabeludo, aplicar pressão direta nas bordas do ferimento seguida de curativo compressivo, (os sangramentos nessa região podem ser muito intensos). Em caso de deformidade óssea ou fratura aberta, não aplicar pressão sobre a lesão, somente na região adjacente, com cobertura sem compressão excessiva;
  - na orelha ou nariz, tamponar com material de curativo permitindo vazamento leve para evitar elevação da PIC.
- Impedir o agravamento da lesão primária e evitar as lesões secundárias por meio do controle e correção da hipoxemia, glicemia, temperatura corpórea e pressão arterial.
- A avaliação seriada da Escala de Coma de Glasgow permite a avaliação da evolução do quadro e deve ser informada ao hospital de origem e anotada na ficha de atendimento.

AT5 - TCE – Trauma crânioencefálico

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Outubro/2014

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

2/2



**AT6**

Protocolo Samu 192  
Emergências Traumáticas  
**SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**



## AT6 - Trauma de face

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão

Na presença de trauma direto na face e alguns dos sinais ou sintomas abaixo:

- dor, edema, ferimentos, sangramentos, deformidades, hematomas, equimoses, alterações visuais e de abertura bucal;
- má oclusão dentária, mordida cruzada, traumas dentários e trismo mandibular;
- mobilidade de segmentos ósseos ou crepitações;
- irregularidade dos contornos à palpação da mandíbula, das margens orbitárias e do nariz;
- perda ou diminuição da acuidade visual, presença de hematomas, diplopia, oftalmoplegia e distopia (deslocamento do olho);
- aplainamento ou assimetria da face; edema facial e/ou periorbitário;
- selamento do dorso nasal, rinorragia ou rinorreia (líquido cerebroespinal); e
- impossibilidade de assumir a posição supina (especialmente nas fraturas de mandíbula bilaterais, com perda da capacidade de protrusão da língua e obstrução das vias aéreas na posição supina).

### Conduta

1. Realizar avaliação primária (Protocolo AT1) com ênfase para a manutenção da permeabilidade da via aérea:
  - se necessário, intubação orotraqueal (nasotraqueal é contraindicada) ou máscara laríngea; e
  - se intubação difícil, realizar cricotireoidostomia.
2. Administrar O<sub>2</sub> para manter SatO<sub>2</sub> ≥ 94%.
3. Considerar ventilação sob pressão positiva com BVM com reservatório, caso não mantenha ventilação ou oxigenação adequadas.
4. Controlar hemorragias de tecidos moles; cobrir as feridas com gazes ou compressas estéreis; realizar tamponamento nasal anterior no caso de rinorragia.
5. Realizar avaliação secundária (Protocolo AT2).
6. Instalar acesso venoso.
7. Realizar a reposição volêmica, se necessária, conforme protocolo do choque (Protocolo AT4).
8. Imobilizar com bandagens ou faixas, envolvendo a mandíbula e o crânio.
9. Realizar a mobilização cuidadosa e complementar com a imobilização adequada da coluna cervical, tronco e membros, em prancha longa com alinhamento anatômico, sem atraso para o transporte;
10. Realizar analgesia.
11. Realizar contato com a Regulação Médica para definição do encaminhamento e/ou unidade de saúde de destino.

### Observações:

- Considerar as 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- Considerar a cinemática do trauma e sempre buscar lesões associadas.
- Atentar para lesões associadas na coluna cervical e TCE.

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Outubro/2014

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

AT6 - Trauma de face

1/1



**AT7**

Protocolo Samu 192  
Emergências Traumáticas  
**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**



## AT7 - Trauma ocular

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão

Trauma no olho com alguns dos sinais ou sintomas:

- ferimento, queimadura, corpo estranho, hematoma, sangramento, enucleação; e
- alteração da visão.

### Conduta

1. Realizar avaliação primária (Protocolo AT1) e avaliação secundária (Protocolo AT2).
2. Estabelecer a conduta adequada para cada situação:
  - Ferimento: cobrir o globo ocular com gaze umedecida em SF e proteger o local;
  - Queimadura química: realizar irrigação copiosa com água ou SF, iniciando o mais rápido possível; manter a irrigação durante o trajeto para o hospital ou por um tempo mínimo de 20 min; cuidar para que o outro olho não seja atingido pelo líquido da irrigação, realizando a lavagem do canto nasal para o canto auricular. Nas lesões por qualquer produto químico em pó, realizar limpeza mecânica cuidadosa das pálpebras e face com gaze e depois iniciar a irrigação contínua dos olhos, mantendo-a durante o trajeto para o hospital;
  - Queimadura térmica: resfriar, irrigando com SF; em seguida, cobrir os dois olhos com gaze umedecida em SF;
  - Corpo estranho: não remover o corpo estranho ou só fazê-lo se estiver solto, usando irrigação com SF; se corpo estranho cravado, estabilizar o objeto (no mínimo em 1/3 da porção externa do objeto); não exercer pressão direta sobre qualquer ferimento no globo ocular; não fazer curativo compressivo em olho com sangramento; cobrir os dois olhos com curativo estéril se for necessário impedir o movimento ocular; e
  - Enucleação: não tentar recolocar o globo ocular enucleado dentro da órbita; cobrir o globo ocular com gaze umedecida com SF e proteger o local; realizar curativo oclusivo nos dois olhos.
3. Considerar analgesia.
4. Realizar a mobilização cuidadosa e considerar necessidade de imobilização adequada da coluna cervical, tronco e membros em prancha longa com alinhamento anatômico, sem atraso para o transporte.
5. Realizar contato com a Regulação Médica para definição do encaminhamento e/ou unidade de saúde de destino.

### Observações:

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

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Outubro/2014

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

AT7 - Trauma ocular

1/1





**AT8**

Protocolo Samu 192  
Emergências Traumáticas  
**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**



## AT8 - Fratura de costela

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão

História de trauma torácico associado a alguns dos seguintes sinais e sintomas abaixo:

- lesões externas na região torácica (equimose, hiperemia ou ferimento local);
- dispnéia (desconforto respiratório);
- dor torácica à inspiração ou expiração, bem como à palpação; e
- crepitação óssea ou enfisema subcutâneo à palpação.

### Conduta

1. Realizar avaliação primária (Protocolo AT1) com ênfase para:
  - presença de dificuldade respiratória: dispnéia (desconforto respiratório);
  - presença de murmúrio vesicular alterado; e
  - avaliação do tórax (crepitação e presença de sensibilidade/dor).
2. Administrar O<sub>2</sub> para manter SatO<sub>2</sub> ≥ 94%.
3. Monitorizar a oximetria de pulso.
4. Realizar avaliação secundária (Protocolo AT2).
5. Considerar acesso venoso.
6. Considerar analgesia (Protocolo AC37).
7. Imobilizar usando o braço do paciente, tópoia e faixas.
8. Encorajar a inspiração profunda ou a tosse, apesar da dor, para prevenção de atelectasias, pneumonias e alcalose respiratória.
9. Realizar a mobilização cuidadosa e considerar a necessidade de imobilização adequada da coluna cervical, tronco e membros em prancha longa com alinhamento anatômico, sem atraso para o transporte.
10. Realizar contato com a Regulação Médica para definição do encaminhamento e/ou unidade de saúde de destino.

### Observações:

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- Considerar a cinemática do trauma e sempre buscar lesões associadas em outros segmentos.
- Considerar a possibilidade de lesões osteomusculares, pulmonares, cardíacas e grandes vasos.
- Avaliar criteriosamente as lesões de transição tóraco-abdominal pela possibilidade de lesões abdominais associadas.
- Avaliar criteriosamente o dorso, pesquisando lesões torácicas ocultas.
- Considerar o tórax instável quando houver dois ou mais arcos costais adjacentes fraturados em pelo menos dois pontos (Protocolo AT9).
- Considerar que inicialmente pode não haver dificuldade respiratória ou mesmo hipóxia.
- Não estabilizar com enfaixamento, bandagens ou ataduras circundando o tórax.

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Outubro/2014

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

AT8 - Fratura de costela

1/1



**AT9**

Protocolo Samu 192  
Emergências Traumáticas  
**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**



## AT9 - Tórax instável

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão

Trauma torácico com dois ou mais arcos costais adjacentes fraturados; pelo menos dois pontos do mesmo arco costal associado a alguns dos sinais e sintomas abaixo:

- dor torácica à inspiração ou expiração, bem como à palpação;
- crepitação óssea ou enfisema subcutâneo à palpação;
- movimentos torácicos paradoxais à respiração (sinal tardio, que pode ser precocemente percebido à palpação do gradil costal);
- lesões externas na região torácica;
- dispnéia (desconforto respiratório);
- taquipnéia (FR > 28 IPM) ou bradipnéia (FR < 8 IPM); e
- hipóxia ou cianose.

### Conduta

1. Realizar avaliação primária (Protocolo AT1) com ênfase para:
  - presença de dificuldade respiratória (taquipnéia com ventilação superficial), hipóxia e/ou cianose;
  - necessidade de via aérea avançada; e
  - avaliação da condição da parede torácica.
2. Administrar O<sub>2</sub> em alto fluxo para manter SatO<sub>2</sub> ≥ 94%.
3. Monitorizar a oximetria de pulso.
4. Considerar ventilação sob pressão positiva com BVM com reservatório, caso não mantenha ventilação ou oxigenação adequadas.
5. Considerar uma via aérea avançada, caso os métodos descritos anteriormente não tenham sucesso em manter uma ventilação ou oxigenação adequadas.
6. Realizar avaliação secundária (Protocolo AT2).
7. Instalar acesso venoso.
8. Realizar a reposição volêmica, se necessária, conforme protocolo do choque (Protocolo AT4).
9. Considerar analgesia (Protocolo AC37).
10. Realizar a mobilização cuidadosa e a imobilização adequada da coluna cervical, tronco e membros, em prancha longa com alinhamento anatômico, sem atraso para o transporte.
11. Realizar contato com a Regulação Médica para definição do encaminhamento e/ou unidade de saúde de destino.

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Outubro/2014

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

AT9 - Tórax instável

1/2



**AT9**

**Protocolo Samu 192  
Emergências Traumáticas  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**

**AT9 - Tórax instável**

**Observações:**

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- Considerar a cinemática do trauma e sempre buscar lesões associadas em outros segmentos.
- Considerar a possibilidade de contusão pulmonar subjacente (Protocolo AT14).
- Considerar a possibilidade de lesões osteomusculares, pulmonares, cardíacas e grandes vasos.
- Avaliar criteriosamente as lesões de transição tóraco-abdominal, pela possibilidade de lesões torácicas associadas às lesões abdominais.
- Avaliar criteriosamente o dorso, pesquisando lesões torácicas ocultas.
- Considerar que inicialmente pode não haver dificuldade respiratória ou mesmo hipóxia.
- Considerar que excesso de líquidos na reposição volêmica pode piorar a ventilação e a oxigenação.
- Considerar que a ventilação com pressão positiva pode aumentar o risco de pneumotórax.
- Não realizar tentativas de estabilização do segmento torácico afundado por qualquer meio.

**Elaboração:** Agosto/2014  
**Revisão:** Outubro/2014

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

AT9 - Tórax instável

2/2



**AT10**

Protocolo Samu 192  
Emergências Traumáticas  
**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**



## AT10 - Pneumotórax simples

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão

História de trauma torácico não associado a sinais de choque descompensado (hipotensão), acompanhado de alguns dos seguintes sinais e sintomas:

- lesões externas na região torácica (equimose, hiperemia ou ferimento local);
- dispneia (desconforto respiratório);
- hipóxia; e
- murmúrio vesicular diminuído; percussão normal ou hipertimpânica.

### Conduta

1. Realizar avaliação primária (Protocolo AT1) com ênfase para:
  - avaliação da presença de dificuldade respiratória: dispneia (desconforto respiratório), taquipneia (FR > 28 IPM) ou bradipneia (FR < 8 IPM);
  - presença de murmúrio vesicular e percussão alterados; e
  - presença de hipóxia ou cianose.
2. Administrar O<sub>2</sub> em alto fluxo para manter SatO<sub>2</sub> ≥ 94%.
3. Monitorizar a oximetria de pulso.
4. Considerar ventilação sob pressão positiva com BVM com reservatório, caso não mantenha ventilação ou oxigenação adequadas.
5. Considerar uma via aérea avançada, caso os métodos descritos anteriormente não tenham sucesso em manter uma ventilação ou oxigenação adequadas.
6. Realizar avaliação secundária (Protocolo AT2).
7. Instalar acesso venoso.
8. Realizar a descompressão torácica de alívio se houver suspeita ou evolução para pneumotórax hipertensivo (Protocolo AT12).
9. Realizar a mobilização cuidadosa e considerar a necessidade de imobilização adequada da coluna cervical, tronco e membros, em prancha longa com alinhamento anatômico, sem atraso para o transporte.
10. Realizar contato com a Regulação Médica para definição do encaminhamento e/ou unidade de saúde de destino.

### Observações:

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- Considerar a cinemática do trauma e sempre buscar lesões associadas em outras segmentos.
- Considerar nos traumas torácicos a possibilidade de lesões osteomusculares, lesões pulmonares, lesões cardíacas e lesões de grandes vasos.
- Avaliar criteriosamente as lesões de transição tóraco-abdominal, pela possibilidade de lesões torácicas associadas às lesões abdominais.
- Avaliar criteriosamente o dorso, pesquisando lesões torácicas ocultas.
- Lembrar que a ventilação com pressão positiva agrava o pneumotórax simples, podendo transformá-lo em pneumotórax hipertensivo (Protocolo AT12).

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Outubro/2014

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

AT10 - Pneumotórax simples

1/1



## AT11

Protocolo Samu 192  
Emergências Traumáticas  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA



### AT11 - Pneumotórax aberto

#### Quando suspeitar ou critérios de inclusão

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

#### Conduta

1. Realizar avaliação primária (Protocolo AT1) com ênfase para:
  - avaliar a ventilação: presença de dispneia (desconforto respiratório), taquipneia (FR > 28 IPM) ou bradipneia (FR < 8 IPM);
  - presença de sinais de hipóxia ou cianose;
  - avaliar a parede torácica anterior e posterior (se possível) para detecção do ferimento; e
  - cobrir imediatamente o ferimento com curativo oclusivo com plástico ou papel metálico com 3 pontos/lados de fixação.
2. Administrar O<sub>2</sub> em alto fluxo para manter SatO<sub>2</sub> ≥ 94%.
3. Monitorizar a oximetria de pulso.
4. Realizar avaliação secundária (Protocolo AT2).
5. Considerar ventilação sob pressão positiva com BVM com reservatório, em caso de ventilação ou oxigenação inadequadas após o selamento do ferimento.
6. Considerar uma via aérea avançada, caso os métodos descritos anteriormente não tenham sucesso em manter uma ventilação ou oxigenação adequadas.
7. Instalar acesso venoso.
8. Realizar a reposição volêmica, se necessário, conforme protocolo do choque (Protocolo AT4).
9. Considerar analgesia.
10. Caso ocorra piora do esforço respiratório, considerar a possibilidade de pneumotórax hipertensivo e remover o curativo de 3 pontos para permitir a decompressão da tensão acumulada, reposicionando-o a seguir.
11. Realizar a mobilização cuidadosa e considerar a necessidade de imobilização adequada da coluna cervical, tronco e membros, em prancha longa com alinhamento anatômico, sem atraso para o transporte.
12. Realizar contato com a Regulação Médica para definição do encaminhamento e/ou unidade de saúde de destino.

#### Observações:

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- Considerar a cinemática do trauma e sempre buscar lesões associadas em outros segmentos.
- Avaliar criteriosamente o dorso, pesquisando lesões torácicas ocultas.
- Nos ferimentos por arma de fogo é importante realizar a busca por ferimentos na parede torácica anterior e posterior.
- Considerar ventilação com pressão positiva cuidadosa pelo risco de pneumotórax hipertensivo.

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Abril/2015

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

AT11 - Pneumotórax aberto

1/1



**AT12**

Protocolo Samu 192  
Emergências Traumáticas  
**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**



## AT12 - Pneumotórax hipertensivo

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão

Trauma torácico associado obrigatoriamente a sinais de choque descompensado (hipotensão) e alguns dos seguintes sinais e sintomas abaixo:

- lesões externas na região torácica (equimose, hiperemia ou ferimento local);
- dispnéia (desconforto respiratório);
- taquipnéia (FR > 28 IPM) ou bradipnéia (FR < 8 IPM);
- hipóxia ou cianose;
- respiração superficial;
- queixa de dor torácica;
- sinais clínicos precoces: murmúrio vesicular alterado (diminuído ou ausente); timpanismo alterado (aumentado mas de difícil detecção); e
- sinais clínicos tardios: ingurgitamento das veias jugulares externas; desvio da traqueia para o lado contralateral à lesão e sinais de choque.

### Conduta

1. Realizar avaliação primária (Protocolo AT1) com ênfase para:
  - presença de dispnéia (desconforto respiratório);
  - presença de taquipnéia ou bradipnéia;
  - murmúrio vesicular e percussão alterados;
  - presença de hipóxia ou cianose (e outros sinais de choque); e
  - detecção/suspeição do quadro.
2. Realizar a decompressão torácica de alívio.
3. Administrar O<sub>2</sub> em alto fluxo para manter SatO<sub>2</sub> ≥ 94%.
4. Monitorizar a oximetria de pulso.
5. Considerar ventilação sob pressão positiva com BYM com reservatório, caso não mantenha ventilação ou oxigenação adequadas.
6. Considerar uma via aérea avançada, caso os métodos descritos anteriormente não tenham sucesso em manter uma ventilação ou oxigenação adequadas.
7. Realizar avaliação secundária (Protocolo AT2).
8. Monitorizar o ritmo cardíaco.
9. Instalar acesso venoso.
10. Realizar a reposição volêmica, se necessária, conforme protocolo do choque (Protocolo AT4).
11. Realizar a mobilização cuidadosa e considerar a imobilização adequada da coluna cervical, tronco e membros, em prancha longa com alinhamento anatômico, sem atraso para o transporte.
12. Realizar contato com a Regulação Médica para definição do encaminhamento e/ou unidade de saúde de destino.

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Março/2015

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

AT12 - Pneumotórax hipertensivo

1/2



## AT12

Protocolo Samu 192  
Emergências Traumáticas  
**SUORTE AVANÇADO DE VIDA**

### AT12 - Pneumotórax hipertensivo

#### Observações:

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- Considerar a cinemática do trauma e sempre buscar lesões associadas em outros segmentos.
- Considerar ventilação com pressão positiva cuidadosa pelo risco de agravamento do pneumotórax hipertensivo.
- Avaliar criteriosamente as lesões de transição tóraco-abdominal, pela possibilidade de lesões torácicas associadas às lesões abdominais.
- Avaliar criteriosamente o dorso, pesquisando lesões torácicas ocultas.
- Considerar a drenagem torácica somente em caso de necessidade/disponibilidade de transporte aéreo.

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Março/2015

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

AT12 - Pneumotórax hipertensivo

2/2



## AT13

Protocolo Samu 192  
Emergências Traumáticas  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA



### AT13 - Hemotórax

#### Quando suspeitar ou critérios de inclusão

História de trauma no tórax, de qualquer natureza, associado a um ou mais dos sinais e sintomas abaixo:

- lesões externas na região torácica;
- dispnéia (desconforto respiratório);
- taquipnéia (FR > 28 IPM) ou bradipnéia (FR < 8 IPM);
- murmúrio vesicular ausente ou diminuído;
- macicez à percussão;
- sinais clínicos de choque; e
- hipóxia ou cianose.

#### Conduta

1. Realizar avaliação primária (Protocolo AT1) com ênfase para:
  - avaliar presença de dificuldade respiratória: dispnéia (desconforto respiratório), taquipnéia (FR > 28 IPM) ou bradipnéia (FR < 8 IPM);
  - presença de murmúrio vesicular e percussão alterados (macicez no hemitórax afetado);
  - presença de hipóxia ou cianose; e
  - identificação e tratamento do choque (Protocolo AT4).
2. Administrar O<sub>2</sub> em alto fluxo para manter SatO<sub>2</sub> ≥ 94%.
3. Monitorizar a oximetria de pulso.
4. Considerar ventilação sob pressão positiva com BVM com reservatório, caso não mantenha ventilação ou oxigenação adequadas.
5. Considerar uma via aérea avançada, caso os métodos descritos anteriormente não tenham sucesso em manter uma ventilação ou oxigenação adequadas.
6. Realizar avaliação secundária (Protocolo AT2).
7. Monitorizar o ritmo e frequência cardíaca.
8. Instalar acesso venoso.
9. Realizar a reposição volêmica, se necessária, conforme protocolo do choque (Protocolo AT4).
10. Realizar a descompressão torácica de alívio se houver suspeita de Pneumotórax Hipertensivo concomitante (Protocolo AT12).
11. Realizar a mobilização cuidadosa e a imobilização adequada da coluna cervical, tronco e membros, em prancha longa com alinhamento anatômico, sem atraso para o transporte.
12. Realizar contato com a Regulação Médica para definição do encaminhamento e/ou unidade de saúde de destino.

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Abril/2015

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

AT13 - Hemotórax

1/2





## AT13

**Protocolo Samu 192**  
**Emergências Traumáticas**  
**SUORTE AVANÇADO DE VIDA**

### AT13 - Hemotórax

#### Observações:

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- Considerar a cinemática do trauma e sempre buscar lesões associadas em outros segmentos.
- Considerar nos traumas torácicos a possibilidade de lesões osteomusculares, lesões pulmonares, lesões cardíacas e lesões de grandes vasos.
- Avaliar criteriosamente as lesões de transição tóraco-abdominal, pela possibilidade de lesões torácicas associadas às lesões abdominais.
- Avaliar criteriosamente o dorso, pesquisando lesões torácicas ocultas.
- Considerar que na avaliação primária e secundária pode não haver dificuldade respiratória ou mesmo hipóxia.
- Considerar que cada espaço pleural pode acomodar de 2500 a 3000 mL de sangue.
- Pensar na associação com pneumotórax, especialmente nos traumas penetrantes.

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Abril/2015

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

AT13 - Hemotórax

2/2



**AT14**

Protocolo Samu 192  
Emergências Traumáticas  
**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**



## AT14 - Contusão pulmonar

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão

História de trauma torácico associado a alguns dos seguintes sinais e sintomas:

- lesões externas na região torácica;
- fratura de costela;
- dispnéia (desconforto respiratório);
- taquipnéia (FR > 28 IPM) ou bradipnéia (FR < 8 IPM);
- hipóxia ou cianose;
- murmúrio vesicular alterado; e
- fratura de costela.

### Conduta

1. Realizar avaliação primária (Protocolo AT1) com ênfase para:
  - presença de dificuldade respiratória: dispnéia (desconforto respiratório), taquipnéia (FR > 28 IPM) ou bradipnéia (FR < 8 IPM);
  - presença de crepitação;
  - presença de murmúrio vesicular alterado; e
  - presença de hipóxia ou cianose.
2. Administrar O<sub>2</sub> em alto fluxo para manter SatO<sub>2</sub> ≥ 94%.
3. Monitorizar a oximetria de pulso.
4. Considerar ventilação sob pressão positiva com BVM com reservatório, caso não mantenha ventilação ou oxigenação adequadas.
5. Considerar uma via aérea avançada, caso os métodos descritos anteriormente não tenham sucesso em manter uma ventilação ou oxigenação adequadas.
6. Realizar avaliação secundária (Protocolo AT2).
7. Instalar acesso venoso.
8. Realizar a mobilização cuidadosa e considerar necessidade de imobilização adequada da coluna cervical, tronco e membros, em prancha longa com alinhamento anatômico, sem atraso para o transporte.
9. Realizar contato com a Regulação Médica para definição do encaminhamento e/ou unidade de saúde de destino.

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Abril/2015

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

AT14 - Contusão pulmonar

1/2



**AT14**

**Protocolo Samu 192**  
**Emergências Traumáticas**  
**SUORTE AVANÇADO DE VIDA**

**AT14 - Contusão pulmonar**

**Observações:**

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- Considerar a cinemática do trauma e sempre buscar lesões associadas em outros segmentos.
- Considerar nos traumas torácicos a possibilidade de lesões osteomusculares, lesões pulmonares, lesões cardíacas e lesões de grandes vasos.
- Avaliar criteriosamente as lesões de transição tóraco-abdominal, pela possibilidade de lesões torácicas associadas às lesões abdominais.
- Avaliar criteriosamente o dorso, pesquisando lesões torácicas ocultas.
- Considerar que na avaliação primária e secundária pode não haver dificuldade respiratória ou mesmo hipóxia.
- Considerar sempre a possibilidade de contusão pulmonar nos casos de tórax instável (Protocolo AT9).
- Considerar que excesso de líquidos pode piorar a ventilação e a oxigenação. A reposição de volume deve ocorrer apenas se houver presença de sinais de choque (Protocolo AT4).
- Considerar que a ventilação com pressão positiva pode aumentar o risco de pneumotórax.
- A insuficiência respiratória geralmente é manifestação mais tardia e pode desenvolver-se nas primeiras 24 horas após o trauma.

**Elaboração:** Agosto/2014  
**Revisão:** Abril/2015

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

AT14 - Contusão pulmonar

2/2



**AT15**

Protocolo Samu 192  
Emergências Traumáticas  
**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**



## AT15 - Tamponamento cardíaco

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão

Traumatismo torácico penetrante (mais comum) ou fechado, com alguns dos seguintes sinais:

- hipotensão arterial;
- ingurgitamento de jugular;
- abafamento de bulhas cardíacas;
- Tríade de Beck: ingurgitamento jugular, hipotensão e abafamento de bulhas;
- taquicardia;
- sinais de choque, que pioram progressivamente (por diminuição do débito cardíaco pela compressão ventricular);
- pulso paradoxal (quando a PA sistólica cai mais de 10 mmHg durante a inspiração): pulso radial diminui ou desaparece na inspiração;
- pressão de pulso reduzida;
- diminuição da voltagem no eletrocardiograma;
- dissociação eletromecânica (sinais clínicos de choque na ausência de hipovolemia e de pneumotórax hipotensivo sugere tamponamento cardíaco); e
- AESP.

### Conduta

1. Realizar a avaliação primária (Protocolo AT1) com ênfase para:
  - presença de sinais de choque sem causa hemorrágica aparente.
2. Administrar O<sub>2</sub> em alto fluxo para manter SatO<sub>2</sub> ≥ 94%.
3. Considerar uma via aérea avançada, caso os métodos descritos anteriormente não tenham sucesso em manter uma ventilação ou oxigenação adequadas.
4. Realizar avaliação secundária (Protocolo AT2).
5. Realizar monitorização cardíaca contínua.
6. Instalar acesso venoso.
7. Repor volemia rapidamente durante o transporte (Protocolo AT4).
8. Realizar a mobilização cuidadosa e considerar a necessidade de imobilização adequada da coluna cervical, tronco e membros, em prancha longa com alinhamento anatômico, sem atraso para o transporte.
9. Realizar contato com a Regulação Médica para definição do encaminhamento e/ou unidade de saúde de destino.

### Observações:

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- Considerar a cinemática do trauma e sempre buscar possíveis lesões associadas.
- Considerar a realização da pericardiocentese apenas se o tempo de transporte for prolongado e as condições de treinamento do profissional e disponibilidade de materiais estiverem garantidas.

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Outubro/2014

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

AT15 - Tamponamento cardíaco

1/1



**AT16**

Protocolo Samu 192  
Emergências Traumáticas  
**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**



## AT16 - TAA – Trauma abdominal aberto

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão

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

### Conduta

1. Realizar avaliação primária (Protocolo AT1) e secundária (Protocolo AT2).
2. Administrar O<sub>2</sub> em alto fluxo para manter SatO<sub>2</sub> ≥ 94%.
3. Monitorizar a oximetria de pulso.
4. Controlar sangramentos externos.
5. Instalar acesso venoso.
6. Realizar a reposição volêmica, se necessária, conforme protocolo do choque (Protocolo AT4).
7. Providenciar cuidados com os ferimentos e objetos encravados ou empalados:
  - não devem ser movidos ou removidos no APH;
  - devem ser fixados e imobilizados para evitar movimentação durante o transporte;
  - se ocorrer sangramento ao redor do objeto, fazer pressão direta sobre o ferimento ao redor do objeto (com a própria mão e/ou compressas); e
  - não palpar o abdome para evitar maior laceração de vísceras.
8. Providenciar cuidados em caso de evisceração:
  - não tentar recolocar os órgãos de volta na cavidade abdominal; e
  - cobri-los com compressas estéreis umedecidas com SF e plástico especial para evisceração, quando disponível.
9. Realizar a mobilização cuidadosa e considerar a necessidade de imobilização adequada da coluna cervical, tronco e membros, em prancha longa com alinhamento anatômico, sem atraso para o transporte.
10. Realizar contato com a Regulação Médica para definição do encaminhamento e/ou unidade de saúde de destino.

### Observações:

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3)
- Considerar a cinemática do trauma e sempre buscar lesões associadas em outros segmentos.
- Na ausência de TCE, a restauração da PA por meio da reposição volêmica deve alcançar entre 80 e 90mmHg para evitar novos sangramentos.
- Em caso de arma de fogo ou arma branca considerar as informações possíveis sobre o tipo de arma utilizada, a distância do agressor e a posição do paciente. Nesses tipos de mecanismos, são esperados múltiplos ferimentos.
- Atentar para as lesões torácicas que podem cursar com lesões de órgãos intra-abdominais:
  - Tórax anterior: abaixo da linha mamária; e
  - Dorso: abaixo da linha infra-escapular e flanca (entre as linhas axilar anterior e posterior, do 6º espaço intercostal até a crista ilíaca).

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Outubro/2014

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

AT16 - TAA – Trauma abdominal aberto

1/1



**AT17**

Protocolo Samu 192  
Emergências Traumáticas  
**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**



## AT17 - TAF – Trauma abdominal fechado

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão

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

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

### Conduta

1. Realizar avaliação primária (Protocolo AT1) e secundária (Protocolo AT2).
2. Administrar O<sub>2</sub> em alto fluxo para manter SatO<sub>2</sub> ≥ 94%.
3. Monitorizar a oximetria de pulso.
4. Instalar acesso venoso.
5. Realizar a reposição volêmica, se necessária, conforme protocolo do choque (Protocolo AT4).
6. Realizar a mobilização cuidadosa e considerar a necessidade de imobilização adequada da coluna cervical, tronco e membros, em prancha longa com alinhamento anatômico, sem atraso para o transporte.
7. Realizar contato com a Regulação Médica para definição do encaminhamento e/ou unidade de saúde de destino.

### Observações:

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- Considerar a cinemática do trauma e sempre buscar lesões associadas em outros segmentos.
- Na ausência de TCE, a restauração da PA por meio da reposição volêmica deve alcançar entre 80 e 90mmHg para evitar novos sangramentos.
- Atentar para as lesões torácicas que podem cursar com lesões de órgãos intra-abdominais:
  - Tórax anterior: abaixo da linha mamária; e
  - Dorso: abaixo da linha infra-escapular e flanco (entre as linhas axilar anterior e posterior, do 6º espaço intercostal até a crista ilíaca).
- A ausculta de ruídos hidroaéreos não é útil.
- Evitar a palpação profunda quando houver evidência franca de lesão, pois ela pode aumentar hemorragias e piorar outras lesões.
- Pode haver associação de trauma raquimedular no trauma abdominal fechado.

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Outubro/2014

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

AT17 - TAF – Trauma abdominal fechado

1/1



**AT18**

Protocolo Samu 192  
Emergências Traumáticas  
**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**



## AT18 - TRM – Trauma raquimedular

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão

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

- impacto violento na cabeça, pescoço, tronco ou na pelve por qualquer mecanismo (p. ex. agressões, encarceramento em escombros de desabamento);
- aceleração ou desaceleração repentina, inclinação lateral do pescoço ou tronco (p. ex., colisões de veículos motorizados em velocidade moderada a alta, atropelamento de pedestre, explosão);
- qualquer tipo de queda, especialmente em idosos;
- ejeção ou queda de veículo motorizado ou outro dispositivo de transporte (patinete, skate, bicicleta, moto etc.);
- acidente em águas rasas (p. ex. mergulho ou surfe);
- lesão na cabeça, com qualquer alteração do nível de consciência;
- dano significativo no capacete;
- lesão contusa importante no tronco;
- fratura por impacto ou outro tipo de desaceleração nas pernas ou quadril;
- lesão na área da coluna (p. ex., ferimentos penetrantes);
- presença de dor ou sensibilidade na região da coluna;
- déficit ou sintoma neurológico: paralisias, parestesia, paresia (fraqueza), déficit neurológico abaixo do nível da lesão, priapismo;
- presença de deformação anatômica da coluna; e
- paciente cuja informação não é confiável: embriaguez, presença de lesões mais dolorosas que desviem a atenção (fraturas, queimaduras), barreiras de comunicação (idioma, surdez, pouca idade, etc.), paciente psiquiátrico e portadores de Doença de Alzheimer ou outra doença degenerativa neuromuscular.

### Conduta

1. Realizar avaliação primária e condutas indicadas (Protocolo AT1).
2. Realizar avaliação secundária (Protocolo AT2).
3. Administrar oxigênio em alto fluxo para manter  $\text{SatO}_2 \geq 94\%$ .
4. Instalar acesso venoso.
5. Considerar a possibilidade de Choque Neurogênico (hipotensão sem taquicardia e com vasodilatação periférica); seguir protocolo específico (Protocolo AT4).
6. Considerar analgesia (Protocolo AC37).
7. Realizar imobilizações necessárias:
  - na suspeita de lesão na coluna, imobilizar na posição supina (decúbito dorsal), alinhada e neutra, sobre prancha rígida (ou dispositivo similar de mesma finalidade), iniciando pela estabilização e alinhamento manual da cabeça (se não houver contraindicação). Essa estabilização deve ser mantida durante todo o tempo até a colocação do fixador de cabeça;
  - o alinhamento da cabeça está contraindicado e deve ser interrompido quando ocorrer piora da dor referida, piora do padrão respiratório, resistência voluntária ao movimento, início ou aumento de déficit neurológico e espasmos dos músculos do pescoço. Nesses casos, imobilizar a cabeça na posição encontrada; e
  - paciente que se encontra dentro de veículo:
    - realizar a retirada rápida se paciente grave, cena insegura ou necessidade de acesso a outro paciente com lesões mais graves ou em PCR (Protocolo AC5);
    - utilizar equipamento de retirada tipo KED quando indicado; e
    - após a retirada, imobilizar em prancha longa.

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Outubro/2014

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

AT18- TRM – Trauma raquimedular

1/2



## AT18

**Protocolo Samu 192  
Emergências Traumáticas  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**

### AT18 - TRM – Trauma raquimedular

8. Realizar contato com a Regulação Médica para definição do encaminhamento e/ou unidade de saúde de destino.

#### Observações:

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- Considerar a cinemática do trauma e sempre buscar possíveis lesões associadas.
- Lembrar: o alinhamento cervical poderá não ser possível em casos de torcicolo congênito ou outra malformação ou em deformidades degenerativas pré-existentes.
- Na possibilidade de Choque Neurogênico (hipotensão sem taquicardia e com vasodilatação periférica) a reposição volêmica isolada pode não restaurar os níveis pressóricos, sendo necessária a utilização de drogas vasoativas, após exclusão de outras fontes de sangramento.
- Atentar para espaço morto que possa bloquear a permeabilidade das vias aéreas; se necessário, acolchoar no adulto atrás da cabeça ou na criança, sob o dorso.
- Paciente que se encontra em pé na cena também deve ser imobilizado em prancha longa.

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Outubro/2014

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

AT18 - TRM – Trauma raquimedular

2/2





## AT19

Protocolo Samu 192  
Emergências Traumáticas  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA



### AT19 - Trauma de membros superiores e inferiores

#### Quando suspeitar ou critérios de inclusão

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

#### Conduta

1. Realizar avaliação primária (Protocolo AT1).
2. Realizar avaliação secundária (Protocolo AT2).
3. Controlar sangramento externo com curativo compressivo estéril.
4. Considerar breve limpeza/enxague dos ferimentos abertos com solução salina em caso de sujidade grosseira.
5. Cobrir ferimentos abertos com curativo estéril.
6. Realizar a reposição volêmica, se necessária, conforme protocolo do choque (Protocolo AT4).
7. Avaliar pulso periférico e perfusão, sensibilidade e mobilidade.
8. Realizar a imobilização da parte afetada conforme técnica mais apropriada.
9. Reavaliar pulso periférico e perfusão, sensibilidade e mobilidade após a imobilização.
10. Realizar a mobilização cuidadosa e a imobilização adequada da coluna cervical, tronco e membros, em prancha longa com alinhamento anatômico, sem atraso para o transporte.
11. Considerar analgesia.
12. Realizar contato com a Regulação Médica para definição do encaminhamento e/ou unidade de saúde de destino.

#### Observações:

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

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Outubro/2014

AT19 - Trauma de membros superiores e inferiores  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/1



**AT20**

Protocolo Samu 192  
Emergências Traumáticas  
**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**



## AT20 - Fratura exposta das extremidades

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão

Paciente de trauma de extremidade apresentando:

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

### Conduta

1. Realizar avaliação primária (Protocolo AT1).
2. Realizar avaliação secundária (Protocolo AT2).
3. Controlar sangramento externo com curativo compressivo estéril.
4. Considerar breve limpeza/enxague dos ferimentos abertos com solução salina em caso de sujidade grosseira.
5. Cobrir ferimentos abertos e/ou extremidades ósseas com curativo estéril.
6. Realizar a reposição volêmica, se necessária, conforme protocolo do choque (Protocolo AT4).
7. Avaliar pulso periférico e perfusão, sensibilidade e mobilidade.
8. Realizar a imobilização do segmento afetado com ênfase para:
  - retorno à posição anatômica, exceto se presença de dor significativa e/ou resistência ao reposicionamento; e
  - escolha da técnica mais apropriada.
9. Reavaliar pulso periférico e perfusão, sensibilidade e mobilidade após a imobilização.
10. Considerar analgesia (Protocolo AC37).
11. Realizar a mobilização cuidadosa e a imobilização adequada da coluna cervical, tronco e membros, em prancha longa com alinhamento anatômico, sem atraso para o transporte.
12. Realizar contato com a Regulação Médica para definição do encaminhamento e/ou unidade de saúde de destino.

### Observações:

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- Considerar a cinemática do trauma e sempre buscar lesões associadas.
- O retorno à posição anatômica pode aliviar a compressão de artérias ou nervos e melhorar a perfusão e a função neurológica.
- Não recolocar o osso exposto para o interior do ferimento.
- Se as extremidades ósseas se retraírem para dentro da ferida durante a imobilização, anotar essa informação na Ficha de Atendimento que deverá ser passada para a equipe do hospital.

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Outubro/2014

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

AT20 - Fratura exposta das extremidades

1/1



## AT21

Protocolo Samu 192  
Emergências Traumáticas  
**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**



### AT21 - Amputação traumática

#### Quando suspeitar ou critérios de inclusão

Quando na avaliação de um membro traumatizado, o profissional se deparar com a perda/remoção de uma extremidade do corpo (total ou parcial).

#### Conduta

1. Realizar avaliação primária (Protocolo AT1) com ênfase para a manutenção da permeabilidade de vias aéreas e da boa ventilação.
2. Controlar hemorragias (iniciar com compressão direta e considerar o uso de torniquete).
3. Evitar manipular a ferida que não sangra (pode ser rompido o coágulo sanguíneo e ocorrer novo sangramento).
4. Cobrir com curativo compressivo seco.
5. Realizar avaliação secundária (Protocolo AT2).
6. Instalar acesso venoso.
7. Realizar a reposição volêmica, se necessária, conforme protocolo do choque (Protocolo AT4).
8. Realizar analgesia (Protocolo AC37).
9. Realizar cuidados com a parte amputada, se possível:
  - realizar breve limpeza com ringer lactato;
  - envolver em gaze estéril umedecida com ringer lactato;
  - colocar em saco plástico e identificar;
  - colocar o saco plástico em outro recipiente com gelo (não colocar a parte amputada em contato direto com gelo); e
  - transportar o segmento amputado ao hospital adequado junto com o paciente.
10. Realizar a mobilização cuidadosa e a considerar necessidade de imobilização adequada da coluna cervical, tronco e membros, em prancha longa com alinhamento anatômico, sem atraso para o transporte.
11. Realizar contato com a Regulação Médica para definição do encaminhamento e/ou unidade de saúde de destino.

#### Observações:

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- Considerar a cinemática do trauma e sempre buscar lesões associadas em outros segmentos.
- Na identificação deve constar, no mínimo:
  - nome do paciente (se disponível);
  - segmento ou parte amputada; e
  - data e hora do evento.
- Os cuidados com a parte amputada visam aumentar o tempo de viabilidade do segmento amputado em caso de eventual reimplante.
- Não retardar o transporte na tentativa de localizar a parte amputada. Policiais ou outros auxiliares devem permanecer no local para procurá-la e devem ser orientados quanto aos cuidados e à forma de transportá-la, sendo informados sobre o hospital de destino do paciente.

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Outubro/2014

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

AT21 - Amputação traumática

1/1



**AT22**

Protocolo Samu 192  
Emergências Traumáticas  
**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**



## AT22 - Trauma de pelve

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão

Trauma de pelve associado a alguns dos sintomas abaixo:

- dor na região;
- deformidade visível da pelve;
- crepitação/instabilidade da pelve (detectadas pelo exame da estabilidade do anel pélvico); e
- presença de choque hipovolêmico.

### Conduta

1. Realizar avaliação primária (Protocolo AT1).
2. Realizar avaliação secundária (Protocolo AT2).
3. Administrar O<sub>2</sub> com máscara não reinalante para manter SatO<sub>2</sub> ≥ 94%.
4. Instalar acesso venoso.
5. Realizar a reposição volêmica, se necessária, conforme protocolo do choque (Protocolo AT4).
6. Verificar pulsos distais.
7. Colocar o paciente sobre prancha longa utilizando, de preferência, a técnica de elevação à cavaleiro.
8. Imobilizar a pelve conforme técnica apropriada.
9. Considerar analgesia (Protocolo AC37).
10. Realizar a imobilização adequada da coluna cervical, tronco e membros, em prancha longa com alinhamento anatômico, sem atraso para o transporte.
11. Realizar contato com a Regulação Médica para definição do encaminhamento e/ou unidade de saúde de destino.

### Observações:

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- Considerar a cinemática da trauma e sempre buscar possíveis lesões associadas, em especial para coluna/bexiga/órgãos genitais e grandes vasos.
- Diante da deformidade visível da pelve, não realizar o exame da estabilidade do anel pélvico ou qualquer outra manipulação desnecessária, apenas realizar a imobilização.
- Mobilizar cuidadosamente.

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Outubro/2014

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

AT22 - Trauma de pelve

1/1



## AT23

Protocolo Samu 192  
Emergências Traumáticas  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA



### AT23 - Síndrome do esmagamento

#### Quando suspeitar ou critérios de inclusão

Paciente de trauma por mecanismo de preensão de grande massa muscular de extremidades, causado por soterramento (colapso de estrutura), contenção em ferragens ou outro mecanismo que comprometa a circulação do membro e concorra para tempo prolongado de desencarceramento.

#### Conduta

1. Realizar avaliação primária (Protocolo AT1) com ênfase para a manutenção da permeabilidade de vias aéreas e da boa ventilação.
2. Instalar acesso venoso.
3. Iniciar reanimação volêmica precoce e vigorosa antes da liberação do membro (se este ainda estiver preso) com SF na velocidade de até 1500 ml/hora.
4. Realizar avaliação secundária (Protocolo AT2).
5. Monitorizar sinais vitais e ritmo cardíaco.
6. Considerar analgesia (Protocolo AC37).
7. Remover adornos do membro afetado.
8. Após desencarceramento do membro, reduzir a reposição volêmica para 500 ml/hora.
9. Realizar a mobilização cuidadosa e considerar a necessidade de imobilização adequada da coluna cervical, tronco e membros, em prancha longa com alinhamento anatômico, sem atraso para o transporte.
10. Realizar contato com a Regulação Médica para definição do encaminhamento e/ou unidade de saúde de destino.
11. Relatar ao médico receptor no hospital de destino, o tempo aproximado de encarceramento.

#### Observações:

- Considerar as 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- Considerar a cinemática do trauma e sempre buscar lesões associadas em outros segmentos.
- Lembrar que a lesão traumática do músculo provoca liberação de mioglobina (que pode levar à insuficiência renal aguda) e hiperpotassemia (que pode causar arritmias cardíacas).
- O uso de RL está contraindicado devido a maior presença de potássio.
- O tempo aproximado de encarceramento e os procedimentos realizados na cena devem ser comunicados ao médico do hospital de destino.

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Outubro/2014

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

AT23 - Síndrome do esmagamento

1/1



**AT24**

Protocolo Samu 192  
Emergências Traumáticas  
**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**



## AT24 - Síndrome compartimental

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão

Paciente de trauma em extremidades decorrente de fraturas, traumas contusos de alta energia, esmagamento e queimaduras dentre outros, acompanhados dos seguintes sinais e sintomas:

- dor intensa e desproporcional à lesão, que geralmente não cede a analgesia leve e moderada e/ou parestesia (sinais precoces); e
- ausência de pulso, palidez e/ou paralisia (sinais tardios).

### Conduta

1. Realizar avaliação primária (Protocolo AT1).
2. Realizar avaliação secundária (Protocolo AT2).
3. Avaliar e remover imobilizações ou enfaixamentos circulares apertados.
4. Reavaliar a perfusão distal constantemente.
5. Considerar analgesia (Protocolo AC37).
6. Realizar a mobilização cuidadosa e a imobilização adequada da coluna cervical, tronco e membros, em prancha longa com alinhamento anatômico, sem atraso para o transporte.
7. Realizar contato com a Regulação Médica para definição do encaminhamento e/ou unidade de saúde de destino.

### Observações:

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- Considerar a cinemática do trauma e sempre buscar possíveis lesões associadas.
- Considerar que imobilizações aplicadas por tempo prolongado e/ou enfaixamento circular muito apertado (inclusive aparelho gessado) também podem levar à síndrome compartimental.
- Não realizar acesso venoso no membro afetado.

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Outubro/2014

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

AT24 - Síndrome compartimental

1/1



**AT25**

Protocolo Samu 192  
Emergências Traumáticas  
**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**



## AT25 - Queimadura térmica (calor)

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão

Na presença de lesões dos tecidos orgânicos em decorrência de trauma de origem térmica resultante da exposição ou contato com chamas, líquidos ou superfícies quentes.

### Conduta:

1. Afastar o paciente do agente causador ou o agente do paciente;
2. Realizar avaliação primária (Protocolo AT1) e secundária (Protocolo AT2);
3. No politraumatizado grave, tratar primeiro o trauma e os efeitos sistêmicos da queimadura e depois a queimadura;
4. Monitorizar a oximetria de pulso;
5. Manter permeabilidade da via aérea (intubação traqueal se necessário); dar especial atenção para o aspecto geral da face do paciente: cílios, sobrancelhas, pêlos do nariz e condições respiratórias;
6. Administrar oxigênio em alto fluxo;
7. Nas queimaduras que abranjam mais de 20% da superfície corpórea:
  - instalar acesso venoso periférico em área não queimada (se não for possível, puncionar em área queimada e considerar IO);
  - repor volemia com RL e informar o volume infundido ao médico do hospital de destino;
8. Realizar analgesia sempre que possível e sedação se necessário (Protocolos AC37, AC38), via IV ou IO;
9. Expor a área queimada, retirando as roupas que não estejam aderidas;
10. Retirar objetos como anéis, aliança, brincos, pulseiras, relógio, carteira, cinto, desde que não estejam aderidos à pele;
11. Irrigar com SF em abundância, objetivando o resfriamento da área queimada; em seguida cobrir com compressas secas, estéreis e não aderentes;
12. Prevenir a hipotermia, preferencialmente com manta metálica;
13. Estimar a área queimada para informar ao Médico Regulador;
14. Realizar a mobilização cuidadosa e considerar a necessidade de imobilização adequada da coluna cervical, tronco e membros, em prancha longa com alinhamento anatômico, sem atraso para o transporte.
15. Realizar contato com a Regulação Médica para definição do encaminhamento e/ou unidade de saúde de destino.

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Abril/2015

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

AT25 - Queimadura térmica (calor)

1/2



**AT25**
**Protocolo Samu 192**  
**Emergências Traumáticas**  
**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**
**AT25 - Queimadura térmica (calor)**
**Observações:**

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3);
- Considerar a cinemática do trauma e sempre buscar possíveis lesões associadas, tais como: lesões traumáticas, queimaduras de vias aéreas, inalação de fumaça e resíduos tóxicos;
- Não romper ou perfurar bolhas no APH;
- Determinação da área queimada pela Regra dos 9

ÁREA CORPORAL	% NO ADULTO	% NA CRIANÇA E BEBÊ
Cabeça e pescoço	9	18
MMSS	9 (cada)	9 (cada)
MMII	18 (cada)	13,5 (cada)
Tronco anterior	18	18
Tronco posterior	18	18
Genitais	1	1
Total	100	100

- Sobre a reposição de volume em queimaduras com mais de 20% de SCQ:
  - a reposição de volume precoce e ao longo das 24h iniciais é importante, porém o excesso de fluido pode promover graves danos;
  - o acesso venoso e a reposição volêmica devem ser consideradas especialmente se o transporte for demorado e se as condições do paciente exigirem;
  - há diversas fórmulas para cálculo do volume a ser administrado em 24h que levam em consideração o % de SCQ de 2º e 3º e o peso do paciente. Sugere-se a Fórmula de Parkland para esse cálculo para as 24h e o início da reposição na fase pré-hospitalar:

4ml de RL x peso em kg x % SCQ de 2º e 3º grau

- Metade do volume encontrado será administrado nas primeiras 8h e a segunda metade nas 16h restantes. Para calcular o volume por hora nas primeiras 8h, divida o valor por 8.
- O minuto zero deve corresponder ao momento da queimadura e não da chegada do socorrista (que pode ser tardia).

AT25 - Queimadura térmica (calor)

 Elaboração: Agosto/2014  
 Revisão: Abril/2015

 Este protocolo foi paulado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
 Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

2/2





**AT29**

Protocolo Samu 192  
Emergências Traumáticas  
**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**



## AT29 - Afogamento

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão

Quando houver tosse ou dificuldade respiratória ou parada respiratória decorrente de imersão/submersão em líquido.

### Conduta:

1. Realizar avaliação primária (Protocolo AT1) com ênfase para o estabelecimento do Grau do Afogamento:
  - Grau 1: consciente, ausculta pulmonar normal e presença de tosse;
  - Grau 2: consciente, ausculta pulmonar com estertores de leve até moderada intensidade;
  - Grau 3: consciente, edema agudo de pulmão sem hipotensão;
  - Grau 4: consciente, edema agudo de pulmão com hipotensão;
  - Grau 5: inconsciente, em parada respiratória;
  - Grau 6: inconsciente, em parada cardiorrespiratória.
2. Realizar avaliação secundária (Protocolo AT2)
3. Monitorar a oximetria de pulso;
4. Estabelecer a conduta para o Grau encontrado conforme indicado abaixo:
  - Grau 1: tranquilizar e orientar o paciente;
  - Grau 2: oxigenoterapia em baixo fluxo e transportar ao hospital;
  - Grau 3: oxigenoterapia em alto fluxo (por máscara facial ou via aérea avançada) e transportar ao hospital;
  - Grau 4: oxigenoterapia em alto fluxo (por máscara facial ou via aérea avançada), reposição volêmica, considerar infusão de droga vasoativa e transportar ao hospital;
  - Grau 5: atender conforme protocolo de parada respiratória em SAV, em caso de retorno da respiração espontânea, seguir conforme orientações do grau 4;
  - Grau 6: atender conforme protocolo de parada cardiorrespiratória em SAV;
5. Na ausência de trauma associado ou diante da demora para o transporte, providenciar repouso em posição de recuperação;
6. Controle da hipotermia: retirada das roupas molhadas, uso de mantas térmicas e/ou outros dispositivos para aquecimento passivo;
7. Realizar a mobilização cuidadosa e considerar necessidade de imobilização adequada da coluna cervical, tronco e membros, em prancha longa com alinhamento anatômico, sem atraso para o transporte.
8. Realizar contato com a Regulação Médica para definição do encaminhamento e/ou unidade de saúde de destino.

### Observações:

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3);
- Considerar a cinemática do trauma e sempre buscar possíveis lesões associadas;
- Atenção para a possibilidade de lesão de coluna cervical.

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Maio/2015

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

AT29 - Afogamento

1/1



## AT31

Protocolo Samu 192  
Emergências Traumáticas  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA



### AT31 - Transporte inter-hospitalar do politraumatizado

#### Quando suspeitar ou critérios de inclusão

Pacientes politraumatizados já atendidos por médico em unidade de saúde ou centros de menor complexidade, que necessitam ser transferidos para um centro de maior complexidade ou de referência, conforme pactuação prévia entre gestores locais e regionais para a transferência inter-hospitalar de pacientes.

#### Conduta

1. Receber do médico assistente que solicitou a transferência as informações sobre o paciente.
2. Obter relatório completo, legível e assinado (com número do CRM) pelo médico solicitante, que passará a integrar o prontuário no destino (Res. CFM nº 1.672/2003).
3. Revisar o prontuário do paciente.
4. Obter consentimento por escrito, assinado pelo paciente ou seu responsável legal. Isso pode ser dispensado quando houver risco de morte e impossibilidade de localização do(s) responsável(is). Nessa circunstância, o médico solicitante pode autorizar o transporte, documentando devidamente tal fato no prontuário. (Res. CFM nº 1.672/2003).
5. Avaliar o paciente antes do transporte e assegurar que os recursos necessários para o transporte seguro estejam de acordo com as necessidades do paciente.
6. Garantir as melhores condições possíveis de estabilização respiratória e hemodinâmica do paciente.
7. Monitorar sinais vitais durante o transporte.
8. Manter infusão de fluidos e medicações.
9. Garantir a segurança do transporte, atentando para a integridade do paciente e evitando o agravamento de seu quadro clínico.
10. Verificar previamente com a Central de Regulação se o hospital receptor está ciente da transferência do paciente e atualizar sobre possíveis mudanças no quadro clínico.
11. Garantir quantidade suficiente de materiais de consumo.
12. Calcular a necessidade de oxigênio prevendo o tempo necessário para deslocamento e considerando as dificuldades do trânsito, atrasos na recepção do paciente e outras possíveis intercorrências.
13. Realizar a reavaliação do paciente após movimentação para posicioná-lo na ambulância.
14. No momento do recebimento do paciente e do relatório, o médico receptor deverá assinar a ficha de atendimento da ambulância.

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Março/2015

AT31 - Transporte inter-hospitalar do politraumatizado  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/2



## AT31

**Protocolo Samu 192**  
**Emergências Traumáticas**  
**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**

### AT31 - Transporte inter-hospitalar do politraumatizado

#### Observações:

- A responsabilidade inicial da remoção é do médico transferente, assistente ou substituto, até que o paciente seja efetivamente recebido pelo médico receptor.
- A responsabilidade durante o transporte é do médico da ambulância, até sua chegada ao local de destino e efetiva recepção por outro médico.
- Importante considerar as contraindicações para transporte, que devem ser avaliadas pela equipe de transporte e relatadas à Central de Regulação, ou mesmo intervenções que devem ser feitas na unidade onde o paciente se encontra, antes do transporte.
- O transporte do paciente crítico pode requerer a realização prévia de procedimentos, como IOT, drenagem torácica, entre outros.
- Atenção especial ao tempo de uso da prancha rígida, para evitar isquemia em áreas de pressão.

AT31 - Transporte inter-hospitalar do politraumatizado

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Março/2015

Este protocolo foi paulado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

2/2



# SAV Procedimentos

# AP



**API**

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Procedimentos  
**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**



## API - Técnicas básicas de manejo de vias aéreas: manobras manuais de abertura

### Indicação

- Paciente inconsciente em decorrência de agravo clínico ou traumático, com possível obstrução da via aérea pela flacidez da língua.

### Material

- EPI obrigatório.

### Procedimentos

1. Utilizar EPI.
2. Realizar manobra conforme indicado:
  - AGRAVOS CLÍNICOS: Manobra de inclinação da cabeça com elevação do mento; e
  - AGRAVOS TRAUMÁTICOS: Manobra de tração da mandíbula no trauma e suas variações.

### Manobra de inclinação da cabeça com elevação do mento

Indicada para pacientes de agravos clínicos nas quais não há suspeita de lesão raquimedular ou história de trauma.

- Posicionar uma das mãos sobre a testa e a outra com os dedos indicador e médio tocando o mento do paciente.
- Realizar movimento de elevação do mento do paciente.
- Simultaneamente, efetuar uma leve extensão do pescoço.
- Manter a boca do paciente aberta.



### Manobra de tração da mandíbula no trauma (Jaw Thrust)

Indicada para pacientes de agravos traumáticos em que há suspeita de lesão raquimedular e/ou história de trauma.



- Posicionar-se à cabeceira do paciente.
- Realizar o controle manual da coluna cervical para alinhamento e estabilização em posição neutra, colocando as mãos espalmadas uma de cada lado da face do paciente. Os dedos indicadores do socorrista devem inicialmente apontar para a direção dos pés.

API - Técnicas básicas de manejo de vias aéreas: manobras manuais de abertura

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Março/2015

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/3



**API**

**Protocolo Samu 192  
Protocolos de Procedimentos  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**

**API - Técnicas básicas de manejo de vias aéreas:  
manobras manuais de abertura**

- Posicionar os dedos polegares próximos ao mento e os demais ao redor do ângulo da mandíbula do paciente.
- Simultaneamente, enquanto mantém o alinhamento com as mãos, aplicar força simétrica para elevar a mandíbula anteriormente (para frente), enquanto promove a abertura da boca com os polegares.



**Manobra de tração da mandíbula no trauma (Jaw Thrust) – Alternativa**

Indicada para pacientes de agravos traumáticos em que há suspeita de lesão raquimedular e/ou história de trauma.



- Posicionar-se ao lado do paciente.
- Manter a imobilização da cabeça e do pescoço em posição neutra a partir da colocação das mãos uma de cada lado do paciente. Os dedos devem inicialmente apontar para a direção da cabeça.
- Posicionar os dedos polegares na face e os demais ao redor do ângulo da mandíbula do paciente.
- Com os dedos posicionados, aplicar pressão simétrica na mandíbula para movê-la anteriormente (para frente) e levemente para baixo (em direção aos pés).

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Março/2015

API - Técnicas básicas de manejo de vias aéreas: manobras manuais de abertura  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

2/3



API

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Procedimentos  
**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**



## API - Técnicas básicas de manejo de vias aéreas: manobras manuais de abertura

### Manobra de elevação do mento no trauma (Chin Lift no trauma)

Indicada para pacientes de agravos traumáticos em que há suspeita de lesão raquimedular e/ou história de trauma.



- Com os dedos posicionados, o profissional traciona o queixo anteriormente e levemente para baixo, elevando a mandíbula enquanto abre a boca do paciente.

- São necessários 2 profissionais (ideal).
- O primeiro profissional se posiciona à cabeceira do paciente e executa o alinhamento manual da cabeça em posição neutra, estabilizando a coluna.
- O segundo profissional se posiciona ao lado do paciente e com a mão pinça a arcada dentária inferior usando como base o queixo do paciente.



### Observações:

- Retirar manualmente, com espátulas ou pinças de Maguill, quaisquer corpos estranhos que possam ser observados na cavidade bucal.
- Aspirar secreções preferencialmente com sonda de aspiração de ponta rígida.

API - Técnicas básicas de manejo de vias aéreas: manobras manuais de abertura

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Março/2015

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

3/3



**AP2**

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Procedimentos  
**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**



## AP2 - Técnicas básicas de manejo de vias aéreas: aspiração

### Indicação

- Paciente incapaz de eliminar de maneira eficiente o acúmulo de secreções, sangue ou corpos estranhos das vias aéreas superiores.

### Materiais e Equipamentos

- EPIs obrigatórios;
- 2 pacotes de gazes estéreis;
- Luva estéril;
- Soro fisiológico 0,9% - ampola de 10 ml;
- Fonte de vácuo ou aspirador portátil;
- Cateter de aspiração de tamanho apropriado ou cânula de ponta rígida para uso no caso de suspeita de trauma;
- Oxímetro de pulso.

### Procedimento

1. Utilizar EPIs.
2. Comunicar ao paciente sobre o procedimento necessário.
3. Abrir o pacote da sonda de aspiração e conectá-la ao intermediário do aspirador, mantendo-a dentro do invólucro.
4. Calçar as luvas de procedimentos ou estéreis, de acordo tipo de procedimento.
5. Retirar a sonda do pacote.
6. Segurar a extremidade da sonda com uma gaze.
7. Ligar o aspirador.
8. Pinçar o látex de aspiração.
9. Considerar a técnica de introdução da sonda de acordo com o tipo de agravo do paciente.

### Aspiração oral e nasotraqueal

#### Agraves clínicos:

- introduzir sonda flexível na cavidade nasotraqueal com o látex pinçado e, quando posicionada, liberar o fluxo para aspiração, retirando lentamente em movimentos circulares; e
- introduzir a sonda flexível na cavidade oral com o látex pinçado e, quando posicionada, liberar o fluxo para aspiração, retirando-a lentamente em movimentos circulares.

#### Agraves traumáticos:

- introduzir sonda de ponta rígida (se disponível), posicionando-a lateralmente na cavidade oral e, com o látex pinçado, liberar o fluxo para aspiração, retirando-a lentamente em movimento único; e
- não realizar movimentos circulares na retirada.

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Abril/2015

AP2 - Técnicas básicas de manejo de vias aéreas: aspiração  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/2





**AP2**

**Protocolo Samu 192  
Protocolos de Procedimentos  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**

**AP2 - Técnicas básicas de manejo de vias aéreas: aspiração**

**Aspiração do tubo traqueal**

- Pré-oxigenar o paciente com 100% de O<sub>2</sub>.
  - Calçar luva estéril.
  - Desacoplar o ventilador mecânico ou BVM com reservatório do tubo traqueal.
  - Inserir a sonda flexível estéril no tubo traqueal com o látex pinçado e, quando posicionada, liberar o fluxo para aspiração, retirando-a lentamente em movimentos circulares.
  - Manter aspiração por 15 segundos no máximo.
  - Ventilar o paciente com BVM, com reservatório acoplado à fonte de oxigênio.
- 10.** Desprezar a sonda de aspiração descartável (ou encaminhar para o reprocessamento, se ponta rígida metálica).
  - 11.** Retirar as luvas.
  - 12.** Registrar o procedimento na ficha/boletim de atendimento, incluindo aspecto e quantidade de secreções e resposta do paciente.

**Observações:**

- Para determinar a profundidade de inserção da sonda nasotraqueal, mensurar o cateter do lóbulo da orelha até a comissura labial do paciente.
- Em casos de aspiração nasotraqueal, manter monitorização cardíaca e de saturação.
- Analisar durante todo o procedimento o risco de comprometimento da função cardiopulmonar, náusea e vômito.
- Realizar o procedimento quantas vezes for necessário.
- Interromper e oxigenar imediatamente, caso haja queda brusca da saturação.
- Observar possível resposta vagal como: espasmo laríngeo, apneia e bradicardia.
- Considerar a posição semi-fowler ou fowler para a aspiração, (contraindicada nos casos de trauma).

**Elaboração:** Agosto/2014  
**Revisão:** Abril/2015

AP2 - Técnicas básicas de manejo de vias aéreas: aspiração  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

2/2



AP3

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Procedimentos  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA



## AP3 - Técnicas básicas de manejo de vias aéreas: cânula orofaríngea (COF)

### Indicação

- Paciente inconsciente sem reflexo de vômito ou tosse, incapaz de manter a via aérea permeável.
- Para prevenir a mordedura do tubo traqueal em pacientes intubados.

### Materiais e Equipamentos

- EPIs obrigatórios;
- COF de tamanhos variados para adultos.

### Procedimento

#### 1. Utilizar EPIs.



- Posicionar a COF próxima à face do paciente e realizar a medida da distância entre a comissura labial e o lóbulo inferior da orelha do mesmo lado. É ideal o tamanho que alcançar tais extremidades.

#### 2. Selecionar o tamanho adequado da COF, conforme técnica.

#### 3. Remover secreções ou sangue da boca e faringe por meio da aspiração.

#### 4. Inserir a COF conforme técnica.



No adulto, inserir a COF com a concavidade voltada para o palato duro, até atingir a parede posterior da faringe, quando deve sofrer uma rotação de 180° e ser acomodada.

#### 5. Registrar o procedimento na ficha/boletim de atendimento.

### Observações:

- Equívocos na indicação, medição e posicionamento podem ativar o reflexo de tosse, causar obstrução das vias aéreas ou gerar laringoespasmos e vômitos.
- Se ocorrer reflexo de tosse ou vômito suspenda o procedimento.
- Observar possível resposta vagal como: espasmo laríngeo, apnéia e bradicardia.
- Avaliar a resposta do paciente ao procedimento, dentre outras formas, por meio da oximetria.

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Abril/2015

AP3 - Técnicas básicas de manejo de vias aéreas: cânula orofaríngea (COF)  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/1



**AP4**

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Procedimentos  
**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**



## AP4 - Manejo de vias aéreas: Máscara laríngea

### Indicação

- Pacientes inconscientes ou com acentuada depressão do nível de consciência.
- Quando a ventilação por bolsa-valva-máscara com reservatório e/ou a IOT não forem possíveis ou a ventilação não reverter os sinais de hipoxemia;
- Considerar as restrições ao uso da ML.

### Materiais

- EPIs;
- Máscara Laríngea (tamanho adequado);
- Seringa de 20 ml;
- Gel lubrificante.

### Procedimento

1. Utilizar EPIs.
2. Escolher o tamanho da ML considerando o peso aproximado do paciente.
3. Dar prosseguimento à técnica considerando os diferentes modelos de ML. Segue abaixo uma descrição básica para uso do modelo convencional:



- Desinflar totalmente o manguito pneumático da ML com ajuda de uma seringa e uma superfície rígida.
- Lubrificar levemente a face posterior da máscara para facilitar o deslizamento pelo palato e pela curvatura da farínge. Evitar excessos.
- Segurar a ML usando a barra de fixação como apoio ou posicionando o dedo indicador na junção do manguito com o tubo.
- Realizar uma leve extensão na cabeça do paciente (para os pacientes de trauma realizar a manobra de projeção da mandíbula).
- Iniciar a passagem da ML com sua abertura dirigida para frente da língua e o dorso para o palato de forma alinhada e com movimento curvilíneo contínuo, breve e firme.



AP4 - Manejo de vias aéreas: Máscara laríngea

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Outubro/2014

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/3



**AP4**

**Protocolo Samu 192  
Protocolos de Procedimentos  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**

**AP4 - Manejo de vias aéreas: Máscara laríngea**



- A inserção deve ser realizada o mais profundamente possível na hipofaringe até que exista resistência na passagem.
  - Certificar o correto posicionamento (o tubo da ML deverá estar alinhado com o nariz do paciente e o protetor de mordedura deverá estar alinhado com os dentes).
  - Insuflar o manguito com a quantidade de ar recomendada pelo fabricante, acompanhando pelo cuff a quantidade de ar insuflada.
  - Conectar a bolsa-valva-máscara e insuflar, observando a expansão torácica e realizando a ausculta pulmonar padrão para confirmar a ventilação. Fixar a ML adequadamente com "cadarço" ou fixador adequado.
4. Utilizar protetor antimordedura adicional (confeccionar um pequeno rolo de gaze de diâmetro maior que o tubo da ML e colocá-lo lateralmente entre as arcadas dentárias superior e inferior para evitar que o paciente morda a ML).

**Observações:**

- Considerar os 3 "S" (protocolo PE1, PE2, PE3).
- Considerar restrições no uso da ML:

Risco de regurgitamento do conteúdo gástrico	<ul style="list-style-type: none"> <li>- pacientes que não estejam em jejum</li> <li>- obesidade extrema ou mórbida</li> <li>- gestante com mais de 14 semanas</li> <li>- politraumatizados com estômago cheio</li> <li>- pacientes com dor e/ou tratamento com opiáceos</li> <li>- pressão intra-craniana aumentada</li> </ul>
Baixa complacência pulmonar ou resistência à ventilação	<ul style="list-style-type: none"> <li>- fibroses, DPOC, obesidade mórbida, broncoespasmo, edema pulmonar, trauma torácico;</li> <li>- grandes tumores cervicais.</li> </ul>
Alterações anatômicas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Impossibilidade de extensão cervical (como na instabilidade da coluna cervical)</li> <li>- patologias faríngeas e orais (hematomas e tumores)</li> <li>- Obstrução na laringe ou abaixo dela</li> </ul>
Outras	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pouca familiaridade do profissional com a técnica e os cuidados no manuseio da ML;</li> </ul>

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Outubro/2014

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis. Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

AP4 - Manejo de vias aéreas: Máscara laríngea

2/3



**AP4**

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Procedimentos  
**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**



## AP4 - Manejo de vias aéreas: Máscara laríngea

### Observações:

- Excesso de lubrificante pode causar obstrução da faringe e laringoespasmos;
- A ML não protege totalmente as vias aéreas da regurgitação, havendo possibilidade de aspiração;
- A extensão da cabeça e do pescoço favorece a inserção da ML, mas no trauma, a manobra de elevação da mandíbula é suficiente para facilitar o procedimento.
- Nunca exceder o volume indicado para enchimento do cuff.
- Durante o procedimento do enchimento do cuff é normal ocorrer um retrocesso de 1 a 1,5cm da ML devido ao acomodamento do coxim da ML sobre as estruturas supraglóticas.
- Este procedimento é atribuição do profissional enfermeiro ou médico.
- A realização deste procedimento deve estar condicionada ao treinamento e a experiência do profissional.

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Outubro/2014

AP4 - Manejo de vias aéreas: Máscara laríngea  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

3/3



**AP5**

**Protocolo Samu 192**  
**Protocolos de Procedimentos**  
**SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**



## AP5 – Manejo de vias aéreas: Cricotireoidostomia cirúrgica

### Indicação

Quando o objetivo é manter uma oxigenação e ventilação adequadas e os outros métodos (sejam básicos ou avançados) falharam, são ineficazes, não estão disponíveis ou estão contraindicados.

### Material e equipamento

- Equipamento de proteção individual obrigatório
- Material para antissepsia: algodão ou gazes, PVPI alcóolico ou clorexidina, conforme disponibilidade do serviço
- Seringas de 10 mL e 20 mL
- Agulhas 40x12 e 10x4,5
- Frasco com anestésico local
- Cânula endotraqueal ou cânula de traqueostomia nº 5 ou 6
- Material para fixação: esparadrapo ou similar
- Estetoscópio
- Kit de instrumentos cirúrgicos estéreis (kit pequena cirurgia)
- Gazes
- Fonte de oxigênio e extensão

### Procedimentos

1. Posicionar o paciente (posição supina);
2. Orientar o paciente quanto à realização do procedimento, se possível;
3. Identificar o referencial anatômico: membrana cricotireóidea;
4. Realizar a antissepsia do local;
5. É desejável realizar botão anestésico caso o paciente esteja consciente;
6. Imobilizar a laringe centralizando-a entre os dedos polegar e dedo médio, o que deixa livre o dedo indicador da mesma mão para sinalizar o referencial anatômico enquanto o procedimento é executado com a outra mão;
7. Realizar incisão cutânea transversal (horizontal) de aproximadamente 1,5 cm de comprimento, incidindo também a membrana cricotireóidea.

### Obs.: Se o referencial anatômico não for identificado facilmente:

- Realizar incisão cutânea longitudinal (vertical) de aproximadamente 2 cm na linha média;
- Após a incisão, palpar diretamente a membrana cricotireóidea, sem a interposição da pele ou tecido subcutâneo;
- Realizar incisão na membrana em direção transversal (horizontal) com pelo menos de 1 cm de largura, preferencialmente o mais inferior possível na região, buscando não lesar a artéria e a veia cricotireóidea superior. O procedimento deve ser realizado com cuidado para não lesar as estruturas anatômicas adjacentes;

Elaboração: Janeiro/2016

AP5 – Manejo de vias aéreas: Cricotireoidostomia cirúrgica

Este protocolo foi atualizado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/2



**AP5**

**Protocolo Samu 192**  
**Protocolos de Procedimentos**  
**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**

**AP5 – Manejo de vias aéreas: Cricotireoidostomia cirúrgica**

8. Realizar dilatação da incisão feita, de forma segura, com instrumento rombo (pinça de Kelly ou cabo do bisturi), rodando-o 360°;
9. Inserir o tubo de um kit de cricotireoidostomia cirúrgica (se disponível), a cânula de traqueostomia ou a cânula endotraqueal adequada ao paciente (esse material deve ser previamente testado);
10. Insuflar o balonete/*cuff*;
11. Conectar a cânula à bolsa-valva;
12. Realizar a ventilação com bolsa-valva;
13. Confirmar a posição do tubo conforme métodos padronizados (ausculta epigástrica e torácica bilateral, expansibilidade torácica, além da capnografia, se disponível);
14. Fixar o dispositivo;
15. Registrar data e horário do procedimento na ficha/boletim de atendimento, bem como o tipo de dispositivo utilizado.

**Observações**

- A membrana cricotireóidea é o local anatômico de acesso, independentemente de técnica cirúrgica utilizada. Ela está localizada entre a proeminência laríngea da cartilagem tireoide e o anel cricoide na região anterior do pescoço, na linha média, e é percebida ao toque por uma depressão.
- A cricotireoidostomia é considerada uma técnica de resgate para a maioria das situações.
- São exemplos de indicação da técnica, dentre outros: trauma facial extenso que impeça a ventilação por bolsa-valva-máscara (AT&O) e hemorragia traqueobrônquica persistente.
- É a técnica de escolha para a via aérea cirúrgica em adultos e contraindicada em menores de 12 anos.
- Existem cânulas apropriadas para a execução da técnica cirúrgica. Como alternativa a esses dispositivos, a literatura descreve o uso em adultos de cânulas endotraqueais ou mesmo cânulas de traqueostomia nº 5 ou 6.
- Existem algumas variações da técnica, a depender do tipo de kit utilizado e dos materiais disponíveis para uso. Em algumas variações poderão ser utilizados afastadores ou dilatadores, fio-guia, entre outros.

Elaboração: Janeiro/2016

AP5 – Manejo de vias aéreas: Cricotireoidostomia cirúrgica

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

2/2



**AP6**

**Protocolo Samu 192**  
**Protocolos de Procedimentos**  
**SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**



## AP6 – Manejo de vias aéreas: Ventilação Transtraqueal Percutânea (VTP)

### Indicação

Quando o objetivo é manter uma oxigenação e ventilação adequadas e os outros métodos (sejam básicos ou avançados) falharam, são ineficazes, não estão disponíveis ou estão contraindicados.

### Material e equipamento

- Equipamento de proteção individual obrigatório
- Material para antisepsia: algodão ou gazes; PVPI alcóolico ou clorexidina, conforme disponibilidade do serviço
- Seringa de 10 mL e 20 mL
- Agulha 40x12 e 10x4,5
- Frasco com anestésico local
- Frasco com líquido transparente (solução salina 0,9% ou água destilada)
- Agulha transtraqueal ou cateter intravenoso calibroso (cateter sobre agulha nº 14)
- Material para fixação: esparadrapo ou similar
- Compressas de gazes
- Conector "T" ou "Y"
- Extensor de oxigênio
- Fonte de oxigênio e extensão

### Procedimento

1. Posicionar o paciente (posição supina);
2. Orientar o paciente quanto à realização do procedimento, se possível;
3. Identificar o referencial anatômico: membrana cricotireóidea;
4. Realizar a antisepsia do local;
5. Imobilizar a laringe centralizando-a entre os dedos polegar e dedo médio, o que deixa livre o dedo indicador da mesma mão para sinalizar o referencial anatômico enquanto o procedimento é executado com a outra mão;
6. Acoplar uma seringa de 20 mL a um cateter calibroso ou agulha transtraqueal.

Obs.: A seringa pode estar vazia ou preenchida com um líquido transparente (solução salina ou água destilada);

7. Inserir agulha transtraqueal (ou cateter calibroso) inclinado aproximadamente com um ângulo de 30 graus em relação à pele no sentido caudal.

Obs.: A inserção deve ser feita sob aspiração (criando uma pressão negativa com o êmbolo da seringa). Ao entrar na traqueia, a seringa se encherá com ar (borbulhamento);

8. Após inserção na traqueia, remover a agulha simultaneamente ao movimento de avanço do cateter flexível;
9. Confirmar a localização: após o avanço do cateter flexível, realizar nova aspiração, para confirmar o posicionamento traqueal e retirar a seringa;

Elaboração: Janeiro/2016

AP6 – Manejo de vias aéreas: Ventilação Transtraqueal Percutânea (VTP)  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/2





**AP6**

**Protocolo Samu 192**  
**Protocolos de Procedimentos**  
**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**

**AP6 – Manejo de vias aéreas: Ventilação Transtraqueal Percutânea (VTP)**

- 10.** Conectar a extremidade do cateter à ventilação a jato utilizando uma conexão em "Y" ou em "T" compatível, que possa ser acoplada a uma extensão ligada a uma fonte de oxigênio em alto fluxo (15 L/min) para adulto ou baixo fluxo (5 a 7 L/min) para criança;
- 11.** Realizar a ventilação a jato: realizar a insuflação com o dedo ocluindo (apertando) a extremidade livre da conexão em "Y" ou em "T" por 1 segundo e em seguida deixar livre por 4 segundos;
- 12.** Fixar o dispositivo, evitando dobrá-lo;
- 13.** Registrar data e horário do procedimento na ficha/boletim de atendimento, bem como o tipo de dispositivo utilizado.

**Observações**

- A membrana cricotireóidea é o local anatômico de acesso, independentemente de técnica cirúrgica utilizada. Ela está localizada entre a proeminência laríngea da cartilagem tireoide e o anel cricoide na região anterior do pescoço, na linha média, e é percebida ao toque por uma depressão.
- É desejável realizar anestesia local caso o paciente esteja consciente.
- Na suspeita de trauma, realizar a estabilização manual da cabeça.
- A VTP é a técnica de escolha para a via aérea cirúrgica em crianças menores de 12 anos, devendo ser reservada a essa população. Pode ser realizada em adultos, porém não protege as vias aéreas e apresenta pouca eficácia nas trocas gasosas, devendo portanto ser evitada neles, preferindo-se a cricoireoidostomia cirúrgica.
- O paciente é oxigenado pela alternância entre o fechamento do orifício por 1 segundo (fornecimento de fluxo positivo de oxigênio para insuflação) e a abertura do mesmo orifício por 4 segundos (interrupção do fluxo com permissão para a saída do ar).
- A VTP é capaz de oferecer oxigênio durante um curto período de tempo e está associada a complicações como barotrauma e hipercapnia (aumento do  $CO_2$ ).
- A presença de enfisema subcutâneo nos tecidos adjacentes sugere uma falha no procedimento.
- Pelo risco de elevação da pressão parcial de  $CO_2$  ( $PaCO_2$ ) decorrente da restrição da expiração, o paciente deve ter a via aérea acessada de maneira mais adequada assim que possível.
- O transporte do paciente para uma unidade hospitalar deve ser priorizado.

Elaboração: Janeiro/2016

AP6 – Manejo de vias aéreas: Ventilação Transtraqueal Percutânea (VTP)

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

2/2



**AP7**

**Protocolo Samu 192**  
**Protocolos de Procedimentos**  
**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**



## AP7 – Manejo de vias aéreas: Intubação Orotraqueal Adulto (IOT)

### Indicação

- Impossibilidade de ventilar adequadamente o paciente com máscara ou bolsa-valva-máscara
- Impossibilidade de o paciente proteger sua via aérea ou risco de aspiração
- Escala de Coma de Glasgow menor ou igual a 8
- Sinais evidentes de queimaduras em vias aéreas (queimaduras em cílios, sobrancelhas, pelos do nariz, mudanças no caráter da voz até a afonia, estridor laríngeo, sialorreia, escarro com fuligem)
- Sinais de insuficiência respiratória aguda
- Transportes de longa distância com necessidade de via aérea definitiva

### Material

- Equipamento de proteção individual (EPI) obrigatório
- Laringoscópio com lâmina reta e curva (vários tamanhos) e pilhas
- Dispositivo bolsa-valva-máscara
- Fonte de oxigênio
- Tubo orotraqueal (vários tamanhos)
- Fio-guia para tubo orotraqueal
- Seringa de 20 ml
- Lidocaína tópica
- Material para aspiração de via aérea (Protocolo AP2)
- Estetoscópio
- Oximetria
- Capnografia (se disponível)
- Cadarço de fixação ou outro dispositivo para fixação do tubo

### Procedimentos

1. Utilizar EPI;
2. Orientar o paciente quanto à realização do procedimento, se possível;
3. Selecionar o tubo adequado ao paciente e testar a integridade do balonete;
4. Inserir o fio-guia adequado;
5. Deixar material para aspiração preparado;
6. Posicionar o paciente e instalar o oxímetro de pulso;
7. Realizar pré-oxigenação: ventilar com bolsa-valva-máscara com reservatório, fornecendo 10 a 15 L/min de oxigênio por aproximadamente 30 segundos para obter alta concentração de oxigênio;
8. Realizar a laringoscopia e identificar as cordas vocais.

Obs.: Considerar o uso da manobra de Sellick (pressão sobre a cartilagem cricoide);

9. Inserir o tubo orotraqueal e visualizar sua passagem pelas cordas vocais;

Elaboração: Janeiro/2016

AP7 – Manejo de vias aéreas: Intubação Orotraqueal Adulto (IOT)  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/2



**AP7**

**Protocolo Samu 192**  
**Protocolos de Procedimentos**  
**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**

**AP7 – Manejo de vias aéreas: Intubação Orotraqueal Adulto (IOT)**

- 10.** Retirar o fio-guia;
- 11.** Insuflar o balonete do tubo traqueal conforme o número do tubo (geralmente 8 a 10 mL de ar no adulto);
- 12.** Conectar a bolsa-valva com reservatório e retomar a ventilação com 10 a 15 L/min de oxigênio;
- 13.** Verificar o posicionamento do tubo por meio de:
  - ausculta do epigástrio, das bases pulmonares esquerda e direita e dos ápices pulmonares e uso de capnografia, se disponível;
  - observação dos movimentos torácicos durante a ventilação, embaçamento (condensação de vapor) no tubo traqueal e oximetria (meio indireto);
- 14.** Fixar o tubo com a opção disponível no serviço;
- 15.** Registrar o procedimento na ficha/boletim de atendimento, bem como o tipo de dispositivo utilizado.

**Observações**

- A checagem diária dos materiais e equipamentos no início do plantão é de responsabilidade da equipe (PE4).
- Avaliar sinais de via aérea difícil: boca pequena ou com abertura limitada, incisivos proeminentes, macroglossia, pescoço curto ou com diminuição da mobilidade, mandíbula recuada (micrognatia) e obesidade mórbida.
- Pode ser realizada a intubação face a face se a posição da vítima não for favorável para a intubação oro-traqueal tradicional.
- Em caso de trauma, manter o pescoço em posição neutra, com estabilização da coluna cervical durante a intubação. Garantida essa condição, o colar cervical pode ser retirado para a intubação e recolocado em seguida.
- Não tente a intubação sem visualizar a fenda vocal.
- Cada tentativa de intubação deve durar até 20 segundos. A ventilação nunca deve ser interrompida por mais de 30 segundos.
- Em caso de insucesso da intubação, reoxigenar a vítima com bolsa-valva-máscara, em caso de insucesso repetido, escolher outra técnica para a obtenção de via aérea definitiva.
- Utilizar Sequência Rápida de Intubação, sempre que possível (Protocolo AP9).

Elaboração: Janeiro/2016

AP7 – Manejo de vias aéreas: Intubação Orotraqueal Adulto (IOT)

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

2/2



**AP8**

**Protocolo Samu 192**  
**Protocolos de Procedimentos**  
**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**



## AP8 – Manejo de vias aéreas: Intubação Nasotraqueal Adulto (INT)

### Indicação

- Paciente com respiração espontânea
- Falha ou impossibilidade de outras técnicas para a obtenção de via aérea avançada definitiva
- Impossibilidade de ventilar adequadamente a vítima com máscara ou bolsa-valva-máscara
- Impossibilidade da vítima proteger sua via aérea ou risco de aspiração
- Escala de Coma de Glasgow menor ou igual a 8
- Impossibilidade de abertura da cavidade oral

### Material e Equipamentos

- Equipamento de proteção individual (EPI) obrigatório
- Dispositivo bolsa-valva-máscara
- Fonte de oxigênio
- Túbo orotraqueal (vários tamanhos)
- Seringa de 20 ml
- Lidocaína tópica
- Material para aspiração de via aérea (Protocolo AP2)
- Estetoscópio
- Oxímetro
- Capnógrafo (se disponível)
- Cadeado de fixação ou outros dispositivos de fixação do tubo

### Procedimento

1. Utilizar EPI;
2. Orientar o paciente quanto à realização do procedimento, se possível;
3. Selecionar o tubo adequado ao paciente;
4. Deixar material para aspiração preparado;
5. Posicionar o paciente e instalar o oxímetro de pulso;
6. Realizar pré-oxigenação: ventilar com bolsa-valva-máscara com reservatório, fornecendo O<sub>2</sub> 10 a 15 L/ min por aproximadamente 30 segundos para obter alta concentração de oxigênio;
7. Selecionar a narina mais larga;
8. Selecionar o tubo traqueal de maior diâmetro possível que passe pela narina do paciente sem provocar trauma;
9. Instilar 10 mL de lidocaína viscosa através da narina selecionada (esse procedimento melhora a tolerância do paciente);
10. Lubrificar o exterior do tubo com gel de lidocaína para ajudar na sua introdução;
11. Introduzir o tubo com o bisel voltado para o septo;

Elaboração: Janeiro/2016

AP8 – Manejo de vias aéreas: Intubação Nasotraqueal Adulto (INT)

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/2



**AP8**

**Protocolo Samu 192**  
**Protocolos de Procedimentos**  
**SUORTE AVANÇADO DE VIDA**

**AP8 – Manejo de vias aéreas: Intubação Nasotraqueal Adulto (INT)**

- 12.** Continuar introduzindo o tubo e observar a circulação de ar e a condensação de vapor no interior do tubo; (à medida que o tubo vai se aproximando da laringe o movimento de ar aumenta);
- 13.** Avançar o tubo através da abertura da glote na inspiração (isso facilita a sua passagem e reduz a incidência de trauma nas cordas vocais);
- 14.** Após a passagem do tubo pela corda vocal, o paciente tende a tossir e se movimentar, devido ao desconforto e à irritação da traqueia (cuidado com a coluna cervical, caso o paciente seja vítima de trauma);
- 15.** Insuflar o balonete do tubo com ajuda de uma seringa;
- 16.** Conectar a bolsa-valva com reservatório e retomar a ventilação com 10 a 15 L/min de oxigênio;
- 17.** Verificar o posicionamento do tubo por meio de:
  - ausculta do epigástrio, das bases pulmonares esquerda e direita e dos ápices pulmonares e uso de capnografia, se disponível;
  - observação dos movimentos torácicos durante a ventilação, embaçamento (condensação de vapor) no tubo traqueal e oximetria (meio indireto);
- 18.** Fixar o tubo com a opção disponível no serviço;
- 19.** Registrar o procedimento na ficha/boletim de atendimento, bem como o dispositivo utilizado.

**Observações**

- Contraindicação: suspeita de fratura de base de crânio ou trauma de face grave.
- Em caso de trauma, manter o pescoço em posição neutra, com estabilização da coluna cervical, durante a intubação.
- Em caso de insucesso da intubação, reoxigenar a vítima com bolsa-valva-máscara; em caso de insucesso repetido, escolher outra técnica para obtenção de via aérea definitiva.

Elaboração: Janeiro/2016

AP8 – Manejo de vias aéreas: Intubação Nasotraqueal Adulto (INT)

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

2/2



**AP9**

**Protocolo Samu 192**  
**Protocolos de Procedimentos**  
**SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**



## AP9 – Sequência rápida de intubação

### Indicação

- Pacientes com insuficiência respiratória associada a risco de aspiração pulmonar de conteúdo gástrico, pacientes sabidamente ou suspeitos de presença de conteúdo gástrico, obesos, grávidas e pacientes com doenças gastroesofágicas (tumores, estenoses) e gastroparesia diabética
- Como proteção de via aérea em pacientes sem condições de manter *drive* respiratório adequado ou com reflexo de proteção de vias aéreas comprometido (Escala de Coma de Glasgow  $\leq 8$ )
- Como estratégia técnica-farmacológica de obtenção de via aérea definitiva em pacientes cuja intubação esteja dificultada e/ou em pacientes não colaborativos (hipóxia, traumatismo craniano, hipotensão ou intoxicação)

### Materiais e equipamentos

- Equipamento de proteção individual (EPI) obrigatório
- Dispositivo bolsa-valva-máscara e/ou máscara com reservatório;
- Laringoscópio com lâminas retas e curvas (vários tamanhos) e pilhas
- Túbo orotraqueal (vários tamanhos)
- Guia para tubo orotraqueal
- Seringa de 20 ml
- Lidocaína tópica
- Materiais para acesso venoso (Protocolo AP20)
- Medicamentos:
  - Analgésicos: fentanil
  - Hipnóticos: etomidato, midazolam ou cetamina
  - Bloqueadores neuromusculares: succinilcolina
- Estetoscópio
- Oximetria
- Capnografia, se disponível
- Fonte de oxigênio
- Equipamento de aspiração
- Monitor cardíaco (se possível)
- Cadeado de fixação ou outro dispositivo de fixação do tubo (caso disponível)

### Procedimento

1. Utilizar EPI;
2. Explicar o procedimento ao paciente, na medida do possível;
3. Instalar oximetria, capnografia e monitorização cardíaca, se possível;
4. Realizar oxigenação prévia por 3 a 5 minutos com dispositivo bolsa-valva-máscara ou máscara com reservatório;
5. Instalar acesso venoso periférico;

Elaboração: Janeiro/2016

AP9 – Sequência rápida de intubação  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/3



**AP9**
**Protocolo Samu 192**  
**Protocolos de Procedimentos**  
**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**
**AP9 – Sequência rápida de intubação**
**6. Realizar abordagem medicamentosa:**

<b>Realizar analgesia</b> (pré-indução)	<b>Fentanil</b> 1 a 5 micrograma/kg intravenoso (IV) Ampola: 50 micrograma/mL	- Atenção ao risco de rigidez torácica. - Atenção ao risco de apneia. - Evitar em paciente hemodinamicamente instável (pode levar a hipotensão e bradicardia).
<b>Induzir hipnose</b>  Opções:	Opção: <b>Midazolam</b> 0,1-0,3 mg/kg IV Ampola: 5 mg/mL	- Evitar em pacientes hemodinamicamente instáveis, com falência de bomba cardíaca, idosos ou com doença hepática. - Pode ser usado via intramuscular (IM), na mesma dosagem, em pacientes sem acesso venoso.
	Opção: <b>Cetamina</b> 2-3 mg/kg IV Ampola: 50 mg/mL	- Evitar em pacientes hipertensos, com muita secreção oral. - Considerar uso em pacientes asmáticos ou hemodinamicamente instáveis. - Evitar em PIC elevado e iminência de herniação de tronco. - Uso favorável em pacientes com doença restritiva do pericárdio (pericardite, tamponamento cardíaco).
	Opção: <b>Etomidato</b> 0,2 a 0,3 mg/kg IV Ampola: 2 mg/mL	- Evitar em pacientes com choque séptico. - Considerar uso em pacientes hemodinamicamente instáveis.
<b>Induzir bloqueio neuromuscular</b>	<b>Succinilcolina</b> 1,0-1,5 mg/kg (peso real) IV em bolus ou 3-4 mg/kg IM Frasco: 100 mg	- Aguardar de 1 a 2 minutos após a infusão da droga hipnótica para realizar sua infusão. - Evitar em pacientes com história familiar de hipertermia maligna, intubação provavelmente difícil ou risco de hipercalemia (miopatia espástica/neuropatia crônica-desnervação autonômica, esmagamento muscular há mais de 3 dias, queimadura grave há mais de 24 horas ou nefropatia dialítica descompensada). - Em cerca de 30 segundos deve ocorrer a paralisia e o relaxamento, considerar Sellick

**8. Realizar a intubação orotraqueal (Protocolo AP7);**
**9. Realizar cuidados pós-intubação (Protocolo AP7);**
**10. Manter monitorização contínua e oximetria após o procedimento;**
**11. Registrar o procedimento na ficha/boletim de atendimento.**

Elaboração: Janeiro/2016

 AP9 – Sequência rápida de intubação  
 Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
 Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

2/3



AP9

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Procedimentos  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA



## AP9 – Sequência rápida de intubação

### Observações

- O objetivo da sequência rápida de intubação é reduzir o risco de broncoaspiração, por meio da minimização do intervalo de tempo entre a abolição dos reflexos protetores das vias aéreas pela indução anestésica e o estabelecimento de uma via aérea segura por intubação da traqueia por uma cânula com balonete. O uso de medicamentos com início de ação curto é o correto nessas situações.
- Drive respiratório adequado: frequência respiratória espontânea entre 12 a 20 incursões respiratórias por minuto.
- Durante a oxigenação prévia:
  - Evitar ventilação com O<sub>2</sub> a 100% se saturação de oxigênio (SatO<sub>2</sub>) > 92%;
  - Fazer oxigenação com O<sub>2</sub> a 100% se SatO<sub>2</sub> < 92%;
  - Pressão máxima de ventilação 20 cmH<sub>2</sub>O (evitar entrada de ar no trato gastrointestinal).
- Contraindicações relativas à Sequência Rápida de Intubação:
  - Função pulmonar muito desfavorável;
  - Acidose grave suspeitada;
  - Hipovolemia grave não corrigida;
  - Via aérea sabidamente difícil.

Elaboração: Janeiro/2016

AP9 – Sequência rápida de intubação  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

3/3





**AP10**

**Protocolo Samu 192**  
Protocolos de Procedimentos  
**SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**



## AP10 – Capnografia

### Indicação

- Confirmação do posicionamento do tubo traqueal
- Monitorização ventilatória complementar de pacientes com via aérea definitiva instalada
- Auxílio prognóstico e de monitorização da qualidade da ressuscitação cardiopulmonar e do retorno à circulação espontânea

Obs.: O uso do equipamento deve ser considerado, se disponível no serviço.

### Materiais e equipamento

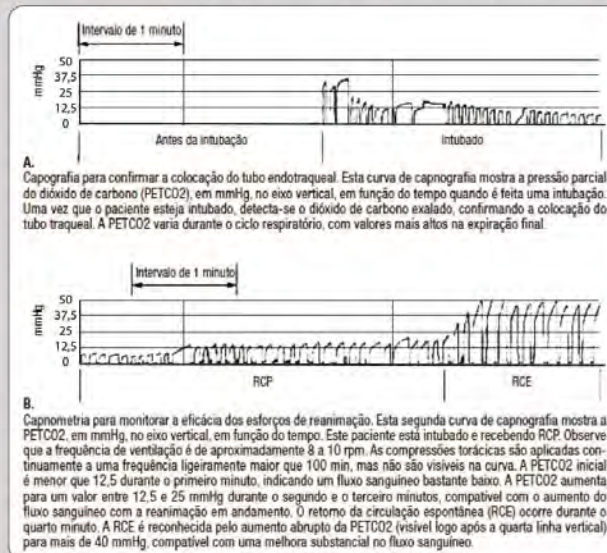
- Equipamento de proteção individual obrigatório
- Capnógrafo (conforme modelo padronizado no serviço)

### Procedimento

1. Após obtenção da via aérea definitiva, considerar a instalação do equipamento conforme instruções contidas no manual do dispositivo disponível no serviço;
2. Registrar o valor do dióxido de carbono ao final da expiração (ETCO<sub>2</sub>) na ficha/boletim de atendimento.

### Observações

- O dispositivo fornece a medida do ETCO<sub>2</sub>, permitindo analisar e registrar a pressão parcial do dióxido de carbono (PETCO<sub>2</sub>) durante o ciclo respiratório.
- Formas de onda da capnografia nas aplicações mais comuns no atendimento pré-hospitalar.



Fonte: Hazinski MF, Nolan JP, Billi JE, Böttiger BW, Bossaert L, de Caen AR, et al, Part 1: Executive summary: 2010 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science with Treatment Recommendations. *Circulation*. 2010;122(16 Suppl 2):S250-75.

Elaboração: Janeiro/2016

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis. Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

AP10 – Capnografia

1/1



**AP11**

**Protocolo Samu 192**  
**Protocolos de Procedimentos**  
**SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**



## AP11 – Punção de descompressão

### Indicação

Na presença de um pneumotórax hipertensivo (Protocolo AT12), que se caracteriza pelos seguintes sinais e sintomas, dentre outros:

- Insuficiência respiratória
- Murmúrio vesicular diminuído ou ausente ao exame físico
- Choque descompensado (pressão arterial sistólica < 90 mmHg)

### Material e equipamento

- Equipamento de proteção individual obrigatório
- Material para antissepsia: algodão ou gazes; PVPI ou clorexidina, conforme disponibilidade do serviço
- 10 compressas de gazes
- Frasco com anestésico local
- Seringa de 10 mL e 20 mL;
- Agulha 40x12 e 10x4,5
- Cateter intravenoso calibroso (cateter sobre agulha de metal) 14G com no mínimo 5 cm de comprimento
- Par de luvas estéril
- Estetoscópio
- Duas ampolas de solução salina 0,9% ou água destilada 10 mL
- Espardrapo ou similar para fixação
- Caixa de perfurocortante

### Procedimentos

1. Confirmar o lado afetado por meio de ausculta;
2. Orientar o paciente quanto à realização do procedimento, se possível;
3. Identificar o referencial anatômico no lado afetado: 2º ou 3º espaço intercostal, na linha médio-clavicular/hemiclavicular;
4. Preparar o local realizando assepsia local e, se possível, anestesia local;
5. Fixar a pele pelos dedos da mão não dominante (o procedimento será executado com a outra mão);
6. Inserir o cateter intravenoso calibroso acoplado a uma seringa (vazia ou preenchida com solução salina ou água destilada) na borda superior da costela inferior.
  - O conjunto deve ser inserido com um ângulo de 90º em relação à pele. Ao entrar na cavidade torácica, a seringa poderá se encher com ar; nesse caso, não avançar com a agulha além deste ponto;
7. Manter o cateter no local e remover a agulha se houver confirmação da inserção na cavidade torácica. Quando ocorre a remoção, um escape de ar pode ser percebido;
8. Fixar o dispositivo, evitando dobrá-lo;

Elaboração: Janeiro/2016

AP11 – Punção de descompressão  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/2



## AP11

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Procedimentos  
**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**

### AP11 – Punção de descompressão

9. Avaliar o paciente após o procedimento (ausculta torácica, respiração e oxigenação, além do estado hemodinâmico);
10. Registrar data e horário do procedimento na ficha/boletim de atendimento, bem como o tipo de dispositivo utilizado

#### Observações

- Considerar os 3S (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- A punção de descompressão é um procedimento médico realizado com o objetivo de diminuir a pressão intratorácica de um pneumotórax hipertensivo.
- Métodos de identificação do 2º espaço intercostal:
  - encontrar o ângulo de Louis no esterno, lateralmente ao qual estará o 2º espaço intercostal; ou
  - apalpar a clavícula e considerar que a primeira costela está abaixo dela; dessa forma, uma costela para baixo será a segunda costela e abaixo desta a terceira costela, revelando o 2º espaço intercostal.
- A inserção incorreta do cateter (localização ou profundidade) pode levar a lesão de pulmão, coração ou grandes vasos.
- Apesar de descritos, alguns dos sinais e sintomas do pneumotórax hipertensivo (Protocolo AT12) podem estar ausentes ou ser de difícil identificação.
- Cuidado durante o transporte para evitar a perda do cateter, o que poderá acarretar em retorno do pneumotórax hipertensivo e necessidade de nova descompressão.
- No paciente já intubado, antes de realizar uma descompressão torácica é fundamental avaliar o posicionamento da cânula de intubação por meio da ausculta, pois a cânula pode ter se deslocado para um dos brônquios principais (geralmente o direito), levando a alterações no lado oposto (redução dos sons respiratórios e da excursão da parede torácica), o que pode levar a dúvida diagnóstica.

Elaboração: Janeiro/2016

AP11 – Punção de descompressão  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

2/2



**AP12**

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Procedimentos  
**SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**



## AP12 – Operação básica de ventilador mecânico para transporte

### Indicação

Necessidade de uso de recurso de ventilação mecânica durante transporte de paciente:

- com quadro de insuficiência respiratória aguda ou crônica agudizada
- submetido a via aérea avançada definitiva

### Materiais e equipamentos

- Equipamento de proteção individual (EPI) obrigatório
- Rede de oxigênio completa (válvula, manômetro e régua com dupla saída)
- Cilindros de oxigênio (no mínimo um em uso e outro de reserva) para permitir ventilação mecânica por no mínimo 2 horas ininterruptas ou mais (a depender do tempo de deslocamento previsto)
- Ventilador mecânico de transporte com seu respectivo circuito
- Oxímetro de pulso
- Capnógrafo (se disponível)
- Monitorização cardíaca (recomendável)
- Dispositivo para teste (pulmão de teste ou *test lung*, se disponível)
- Filtro microbiológico
- Materiais e medicamentos para sedação e analgesia (se indicado)

### Procedimento

1. Utilizar EPI;
2. Manter ventilação adequada até a condição ideal e segura de instalação do ventilador mecânico e sua inicialização;
3. Orientar o paciente quanto à realização do procedimento, se possível;
4. Checar condições dos cilindros de oxigênio (disponibilidade e pressão);
5. Garantir monitorização do paciente: oximetria contínua e, se disponível, monitor cardíaco e capnografia;
6. Considerar a necessidade de sedação e analgesia adicionais;
7. Preparar o circuito apropriado ao ventilador disponível, seguindo técnica estéril:
  - Conectar a extremidade específica do circuito, bem como seus sensores, no ventilador mecânico;
  - Conectar o filtro microbiológico na extremidade do paciente;
8. Ligar o ventilador mecânico e aguardar o seu autoteste;
9. Selecionar o modo ventilatório apropriado:
  - Recomenda-se para o transporte a opção "ASSISTIDO-CONTROLADO", podendo ser ciclado a volume ou ciclado a tempo e limitado a pressão;
  - No caso de transporte inter-hospitalar de pacientes em uso de ventilação, considerar modos ventilatórios e parâmetros pré-existentes na adequação do ventilador de transporte;

Elaboração: Janeiro/2016

AP12 – Operação básica de ventilador mecânico para transporte

Este protocolo foi paulado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/3



**AP12**
**Protocolo Samu 192  
Protocolos de Procedimentos  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**
**AP12 – Operação básica de ventilador mecânico para transporte**

10. Regular parâmetros programáveis segundo a necessidade do paciente:

PARÂMETRO	SIGNIFICADO	VALOR A SER PROGRAMADO*
<b>FiO<sub>2</sub></b>	<b>Fração inspirada de oxigênio:</b> concentração de O <sub>2</sub> administrada ao paciente	0,1 = 100% até se conseguir obter valores de oximetria e/ou capnografia para reajuste. Deve-se garantir saturação entre 93 e 97%.
<b>VC</b>	<b>Volume corrente ou volume tidal (VT):</b> volume de ar deslocado a cada ciclo respiratório	5-8 mL/kg de peso predito. Iniciar com 6 mL/kg. Calcular volume-minuto (VM) para auxiliar na determinação do fluxo VM= FR x VC (em litros).
<b>FR</b>	<b>Frequência respiratória</b>	12 a 16 incursões por minuto.
<b>Fluxo</b>	<b>Fluxo inspiratório:</b> velocidade com que o ar entra nos pulmões (L/min)	40 a 60 L/min ou cinco vezes o VM.
<b>I:E</b>	<b>Relação inspiração: expiração</b> Tempo de inspiração e expiração	Iniciar com 1:2 a 1:3. É dependente do VC, da FR, do fluxo e da pausa inspiratória.
<b>PEEP</b>	<b>Pressão positiva ao final da expiração:</b> gera abertura de pequenas vias aéreas ao final da expiração	3 a 5 cmH <sub>2</sub> O (PEEP fisiológico) Em caso de redução da complacência pulmonar (síndrome do desconforto respiratório agudo), pode-se utilizar valores até 20cmH <sub>2</sub> O se houver condições de monitoramento de curvas de pressão.
<b>Alarme de pressão inspiratória</b>	<b>Pressão inspiratória:</b> pressão alcançada após a inspiração de todo o VC	Em 40 cmH <sub>2</sub> O.
<b>Outros alarmes</b>	<b>Alarme de desconexãoFR altaTempo de apneia</b>	Garantir mínimo.

\* Recomendações brasileiras de ventilação mecânica 2013. Parte I. Rev Bras Ter Intensiva, 2014;26(2):89-121.

11. Realizar teste de parâmetros utilizando *lung test* ou dispositivo similar;
12. Avaliar e corrigir regulagem de parâmetros e alarmes, se necessário;
13. Assegurar que o dispositivo intratraqueal esteja adequado (permeabilidade, posição e fixação externa e interna);
14. Conectar o circuito ao paciente;

Elaboração: Janeiro/2016

AP12 – Operação básica de ventilador mecânico para transporte

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

2/3



## AP12

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Procedimentos  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA



### AP12 – Operação básica de ventilador mecânico para transporte

15. Avaliar a adaptação e corrigir ajustes, se necessário;
16. Realizar ausculta e avaliação da expansibilidade pulmonar;
17. Após instalação do ventilador mecânico, monitorar:
  - oximetria e capnografia;
  - sinais vitais;
  - ocorrência de possíveis repercussões hemodinâmicas da ventilação mecânica;
18. Manter a cabeceira da cama elevada entre 30° a 45° se não representar riscos ou conflitos com os demais procedimentos;
19. Se necessário, readequar os parâmetros do ventilador mecânico às necessidades do paciente;
20. Registrar, na ficha/boletim de atendimento, a data e horário da instalação do ventilador mecânico, bem como os valores de programação dos parâmetros e sua repercussão sobre o quadro clínico do paciente.

#### Observações

- Considerar os 3S (PE1, PE2, PE3).
- Repercussões hemodinâmicas da ventilação mecânica: hipovolemia/ocorrência de auto-PEEP e/ou pneumotórax em casos de hipotensão associada ao uso da ventilação com pressão positiva.
- Atentar para o volume de oxigênio disponível durante o transporte. Em caso de transporte demorado, calcular uma reserva de oxigênio que permita pelo menos a ventilação durante três vezes o tempo previsto para o transporte.
- Cuidado com a tração do circuito do ventilador mecânico durante procedimentos, mobilização e/ou transporte do paciente sobre a maca, visando evitar extubações acidentais. Deve-se fixar o circuito com folga para que, caso ocorra deslocamento do paciente na maca, o dispositivo ventilatório não sofra tração.
- Considerar a necessidade de mudança de decúbito no transporte demorado e os cuidados necessários com o circuito.
- Sedação e analgesia são fundamentais para auxiliar no controle da ansiedade, agitação e dor, além de promover tolerância do paciente ao ventilador. Considerar Protocolo AC 37 e AC 38.
- Sugere-se garantir a disponibilidade de equipamento e recursos de aspiração traqueal.
- Os circuitos dos ventiladores mecânicos requerem desinfecção. Considerar os recursos do serviço e as orientações gerais dos protocolos PE23 e PE24.

Elaboração: Janeiro/2016

AP12 – Operação básica de ventilador mecânico para transporte

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

3/3



**AP13**

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Procedimentos  
**SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**



## AP13 – Uso do nebulizador a jato e de nebulímetros

### Indicação

- Crises de broncoespasmo por qualquer causa
- Desconforto respiratório

### Materiais e equipamentos

#### A. NEBULIZADOR A JATO (micronebulizador)

- Equipamento de proteção individual (EPI) obrigatório
- Copo nebulizador acoplado a máscara para nebulização e conexão para fonte de oxigênio
- Medicamentos a serem utilizados
- Fonte de oxigênio e fluxômetro

#### B. NEBULÍMETRO PRESSURIZADO (“bombinha”/ *spray*, aerossol dosimetrado)

- EPI obrigatório
- Medicamento prescrito sob a forma de *spray* aerossol
- Espaçador com máscara ou bocal

### Procedimento

#### A. NEBULIZADOR A JATO:

1. Utilizar EPI;
2. Comunicar ao paciente o procedimento prescrito;
3. Preparar a medicação conforme prescrição diretamente no copo nebulizador;
4. Posicionar o paciente na posição sentada ou semissentada;
5. Conectar o copo nebulizador ao fluxômetro de oxigênio;
6. Fixar a máscara na face do paciente, posicionando o ápice da máscara na região da ponte nasal e a base sobre o sulco entre o lábio inferior e o mento;
7. Regular a velocidade do fluxo de O<sub>2</sub> (6 a 8 l/min) conforme prescrição;
8. Orientar o paciente a respirar de boca aberta durante a inalação do medicamento;
9. Ao término, oferecer papel toalha para o paciente secar a umidade do rosto;
10. Encaminhar o copo e máscara de nebulização para reprocessamento ou descarte, conforme rotina do serviço;
11. Registrar o procedimento realizado na ficha/boletim de atendimento.

Elaboração: Janeiro/2016

AP13 – Uso do nebulizador a jato e de nebulímetros  
Este protocolo foi paulado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/3



**AP13**

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Procedimentos  
**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**

**AP13 – Uso do nebulizador a jato e de nebulímetros**

**B. NEBULÍMETRO PRESSURIZADO SEM ESPAÇADOR ("bombinha"/ *spray*):**

1. Utilizar EPI;
2. Comunicar ao paciente o procedimento prescrito;
3. Agitar e destampar o nebulímetro;
4. Posicionar o nebulímetro na vertical (em formato de L) distante 3 a 5 cm da boca do paciente, que deve estar aberta;
5. Solicitar ao paciente para expirar normalmente;
6. Pressionar o nebulímetro no início de uma inspiração lenta e profunda e em seguida solicitar uma pausa pós-inspiratória de, no mínimo, 10 segundos.
  - Devido à dificuldade de coordenar o uso do nebulímetro com a inspiração ou de realizar a pausa pós-inspiratória, pacientes com obstrução grave, crianças, idosos e pacientes debilitados devem utilizar máscara facial acoplada à face e, após o disparo, realizar 5-10 respirações em volume corrente;
7. Repetir o procedimento para cada jato prescrito pelo médico, sempre um jato de cada vez;
8. Registrar o procedimento realizado na ficha/boletim de atendimento.

**C. NEBULÍMETRO PRESSURIZADO COM ESPAÇADOR/MÁSCARA OU ESPAÇADOR/BOCAL:**

1. Utilizar EPI;
2. Comunicar ao paciente o procedimento prescrito;
3. Agitar e destampar o nebulímetro;
4. Acoplar o nebulímetro na posição vertical (em L) em relação ao espaçador/máscara ou espaçador/bocal;
5. Adaptar bem a máscara na face do paciente envolvendo o nariz e a boca (não permitir escape do ar entre a máscara e o rosto). No caso de uso do bocal, pedir ao paciente para adaptar adequadamente o bocal entre os dentes e lábios cerrados;
6. Solicitar ao paciente para expirar normalmente;
7. Pressionar o nebulímetro e solicitar ao paciente para inspirar pela boca, lenta e profundamente;
8. Fazer pausa pós-inspiratória de no mínimo 10 segundos ou orientar para a realização de 3 a 5 respirações em volume corrente;
9. Repetir o procedimento para cada jato prescrito pelo médico – sempre um jato de cada vez;

Elaboração: Janeiro/2016

AP13 – Uso do nebulizador a jato e de nebulímetros

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

2/3





## AP13

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Procedimentos  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA



### AP13 – Uso do nebulizador a jato e de nebulímetros

10. Encaminhar o espaçador para reprocessamento ou descarte, conforme rotina do serviço;
11. Registrar o procedimento realizado na ficha/boletim de atendimento.

#### Observações

##### SOBRE O NEBULIZADOR A JATO:

- Fonte de ar/oxigênio com fluxo < 5 l/min não gera aerossóis respiráveis.
- O medicamento deve ser veiculado em solução salina. A água destilada não deve servir de veículo, sob risco de agravamento e até óbito.
- A nebulização não deve durar mais que 10 minutos.

##### SOBRE NEBULÍMETROS PRESSURIZADOS:

- Recomenda-se aos serviços que optarem por medicamentos sob essa apresentação a disponibilização de espaçadores de uso individual, devido ao risco de uso inadequado do dispositivo e de contaminação do frasco.
- O maior empecilho na adequação da técnica de uso de nebulímetros é a adequação na coordenação entre o disparo e a inspiração, principalmente em crianças, pacientes com obstrução grave, idosos ou pacientes debilitados. O uso de espaçadores pode favorecer a administração nessas condições, por eliminar a necessidade de coordenação entre o disparo e a inspiração.
- Agitar o nebulímetro pressurizado para dissolver a medicação no propelente é fundamental, pois a medicação tende a aderir às paredes na parte superior do nebulímetro e, caso não se agite o dispositivo, a quantidade da medicação administrada será menor.
- Posicionar o nebulímetro pressurizado verticalmente em formato de L. Caso seja colocado em posição invertida, existe o risco de o nebulímetro não se encher adequadamente após ser acionado, reduzindo a quantidade da medicação na administração seguinte.

Elaboração: Janeiro/2016

AP13 – Uso do nebulizador a jato e de nebulímetros

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

3/3



**AP14**

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Procedimentos  
**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**



## AP14 - Dispositivos para oxigenoterapia: Cateter de oxigênio

### Indicação

Pacientes conscientes, com respiração espontânea e leve desconforto respiratório, que necessitam de baixo fluxo de oxigênio.

### Materiais e Equipamentos

- EPIs;
- Cateter nasal tipo óculos;
- Fluxômetro;
- Fonte de oxigênio;
- Extensão / látex;
- Opção para: umidificador e água destilada.

### Procedimento

1. Utilizar EPIs.
2. Comunicar o paciente sobre o procedimento prescrito.
3. Adaptar o extensor ao fluxômetro.
4. Introduzir cada uma das extremidades do cateter em cada narina.
5. Passar cada um dos ramos dos óculos por trás dos pavilhões auriculares à D e à E e ajustá-los na região submaxilar, sem apertar.
6. Conectar o cateter nasal ao extensor/látex, abrir e regular o fluxômetro, conforme prescrição médica com limite de 6l/min.
7. Registrar o procedimento e seus resultados na ficha/boletim de atendimento.

### Observações:

- Só utilizar umidificação com água destilada quando o transporte do paciente for superior a duas horas. Nesses casos, deve ser considerado o nível mínimo de água para evitar a presença de água no látex.
- Considerar a velocidade do fluxo de acordo com a concentração de O<sub>2</sub> desejada (FIO<sub>2</sub>):

### Tabela de concentração de oxigênio do cateter nasal tipo óculos

DISPOSITIVO	VELOCIDADE DE FLUXO	FIO <sub>2</sub>
Cateter Nasal	1 l/min	21 % a 24 %
	2 l/min	25 % a 28 %
	3 l/min	29 % a 32 %
	4 l/min	33 % a 36 %
	5 l/min	37 % a 40 %
	6 l/min	41 % a 44 %

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Março/2015

AP14 - Dispositivos para oxigenoterapia: Cateter de oxigênio  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/1



**AP15**

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Procedimentos  
**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**



## AP15 - Dispositivos para oxigenoterapia: Máscara facial não-reinalante com reservatório

### Indicação

Pacientes com importante desconforto respiratório, que necessitam de altas concentrações de O<sub>2</sub>, mas que se mantêm responsivos e com ventilação espontânea. Inclui a presença de:

- sinais de hipoxemia/hipóxia tissular;
- sinais de desconforto respiratório; e
- SatO<sub>2</sub> ≤ 94%.

### Materiais e Equipamentos

- EPIs;
- Máscara facial não-reinalante, com reservatório de oxigênio tamanho adulto;
- Fluxômetro;
- Fonte de oxigênio;
- Extensor/ látex;
- Opção para: umidificador e água destilada 50 ml.

### Procedimento

1. Utilizar EPIs.
2. Comunicar o paciente sobre o procedimento prescrito.
3. Adaptar o extensor/látex da máscara ao fluxômetro.
4. Selecionar e regular a velocidade do fluxo de O<sub>2</sub>, de acordo com a FiO<sub>2</sub> prevista na prescrição médica, sendo o mínimo 6l/min e o máximo 10l/min.
5. Colocar a máscara sobre o nariz e boca do paciente e adaptar o elástico na região occipital, ajustando suas extremidades.
6. Registrar o procedimento e seus resultados na ficha/boletim de atendimento.

### Observações:

- Só utilizar umidificação com água destilada quando o transporte do paciente for superior a duas horas. Nesses casos, deve ser considerado o nível mínimo de água para evitar a presença de água no látex.
- Considerar a velocidade do fluxo de acordo com a concentração de O<sub>2</sub> desejada (FiO<sub>2</sub>).
- No transporte prolongado, proteger pavilhão auricular, posicionando uma compressa de gaze sob o elástico de fixação.

### Tabela de concentração de oxigênio da máscara facial com reservatório

DISPOSITIVO	FREQUÊNCIA DE FLUXO	FI <sub>O</sub> <sub>2</sub>
Máscara facial não-reinalante com reservatório de O <sub>2</sub>	6 l/min	60%
	7 l/min	70%
	8 l/min	80%
	9 l/min	90%
	10 a 15 l/min	95 a 100%

AP15 - Dispositivos para oxigenoterapia: Máscara facial não-reinalante com reservatório

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Março/2015

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/1



## AP16

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Procedimentos  
**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**



### AP16 - Dispositivos para oxigenoterapia: Máscara de Venturi

#### Indicação

Pacientes com hipoxemia moderada a grave, sugestiva de DPOC, que necessitam de controle rigoroso da oferta de O<sub>2</sub>. Inclui:

- sinais de desconforto respiratório; e
- SatO<sub>2</sub> ≤ 94%.

#### Materiais e Equipamentos

- EPIs;
- Máscara de Venturi e conectores diversos (diluidores codificados de concentração);
- Látex;
- Fluxômetro;
- Fonte de oxigênio;
- Opção para: umidificador e água destilada.

#### Procedimento

1. Utilizar EPIs.
2. Comunicar o paciente sobre o procedimento prescrito.
3. Adaptar o extensor/látex ao fluxômetro.
4. Selecionar máscara e diluidor codificado de concentração de oxigênio, de acordo com prescrição médica.
5. Colocar a máscara sobre o nariz e a boca do paciente e ajustar o elástico.
6. Regular o fluxo de oxigênio de acordo com o "diluidor codificado de concentração" indicado e adaptar o extensor/látex à máscara.
7. Registrar o procedimento e seus resultados na ficha/boletim de atendimento.

#### Observações:

- Só utilizar umidificação com água destilada quando o transporte do paciente for superior a duas horas. Nesses casos, deve ser considerado o nível mínimo de água para evitar a presença de água no látex.
- No transporte prolongado proteger pavilhão auricular, posicionando uma compressa de gaze sob o elástico de fixação.
- Considerar a tabela abaixo para relacionar os diluidores codificados, sua concentração permitida e o fluxo necessário para promovê-la.

#### Tabela de diluidor codificado de concentração de oxigênio

DILUIDOR CODIFICADO	CONCENTRAÇÃO DE OXIGÊNIO	FLUXO DE OXIGÊNIO
Azul	24%	4L/min.
Amarelo	28%	4L/min.
Branco	31%	6L/min.
Verde	35%	8L/min.
Vermelho	40%	8L/min.
Laranja	50%	12L/min.

AP16 - Dispositivos para oxigenoterapia: Máscara de Venturi

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Março/2015

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/1



**AP17**

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Procedimentos  
**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**



## AP17 - Oximetria

### Indicação

- Pacientes que necessitem de avaliação do funcionamento/comprometimento ventilatório e/ou cardiovascular.

### Materiais e Equipamentos

- EPI;
- Oxímetro portátil com sensor adequado.

### Procedimento

1. Utilizar EPIs.
2. Comunicar e orientar o paciente sobre o procedimento prescrito.
3. Escolher e preparar a região em que será colocado o sensor (em adultos, preferir MMSS, dedo indicador).
4. Ligar o dispositivo.
5. Aguardar o medidor fornecer a leitura digital do valor (cerca de 30 segundos).
6. Registrar dados na ficha do paciente.

### Observações:

- É importante que a fonte de luz e o detector estejam alinhados, secos e limpos.
- Se a leitura dos resultados for suspeita por incompatibilidade com o quadro, verifique a condição clínica e os sinais vitais do paciente e, em seguida, inspecione o oxímetro para verificar seu funcionamento.
- Fatores de interferência na medida da saturação:
  - baixa saturação de oxigênio - inferior a 70%;
  - movimentação excessiva do paciente;
  - luminosidade excessiva;
  - baixa perfusão periférica (hipotensão, hipotermia, etc.);
  - hipóxia local;
  - suspeita de anemia;
  - hiperpigmentação da pele;
  - edema local;
  - convulsão;
  - interferência (esmalte de unhas);
  - utilização incorreta do sensor;
  - oclusão arterial próxima ao sensor (oclusão patológica, mecânica e/ou traumática);
  - pacientes em PCR ou choque; e
- Nos casos em que há dificuldade de detecção nas extremidades (má perfusão), optar pelo lóbulo da orelha.
- Informar ao médico regulador a evolução/comportamento dos valores da oximetria.
- Nos casos em que não há detecção de leitura, checar o cabo de energia elétrica e o cabo intermediário. Sendo o oxímetro portátil, checar as pilhas/baterias.

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Abril/2015

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

AP17 - Oximetria

1/1



## AP18

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Procedimentos  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA



### AP18 – Controle de hemorragias: compressão direta da lesão

#### Indicação

Ferimentos ou lesões com sangramentos externos visíveis observados durante a avaliação inicial.

#### Material

- Equipamento de proteção individual (EPI) obrigatório
- Gaze ou compressa estéril
- Atadura de crepe ou bandagem triangular
- Tesoura de ponta romba

#### Procedimentos

1. Utilizar EPI;
2. Identificar o local do sangramento;
3. Comunicar o paciente sobre o procedimento necessário;
4. Expor a ferida (cortar as roupas, se necessário);
5. Verificar rapidamente a presença do pulso e a perfusão distal, em caso de ferimentos nos membros;
6. Aplicar gazes ou compressa estéril diretamente sobre o ferimento;
7. Aplicar compressão manual direta sobre o ferimento (a pressão deve ser mantida até que o sangramento pare);
8. Realizar curativo compressivo utilizando bandagem triangular, atadura de crepe ou outro material disponível para fixação:
  - Ferimentos nas extremidades podem receber enfaixamento circular;
  - Sangramentos no pescoço podem receber enfaixamento circular sob a axila contralateral;
9. Após a aplicação do curativo compressivo, verificar a presença do pulso e a perfusão distal;
10. Na persistência do sangramento externo em membros superiores ou inferiores, considerar o uso do torniquete (Protocolo AP19);
11. Registrar o procedimento realizado na ficha/boletim de atendimento.

#### Observações

- A compressão direta deve ser a primeira opção técnica no controle das hemorragias externas.
- Caso haja indícios de sangramento sob o curativo, não remover a atadura ou bandagem encharcada, aplicar um novo curativo sobre o primeiro exercendo maior pressão manual. Caso não haja controle da hemorragia com essa técnica, considerar o uso do torniquete.
- Não remover objetos encravados. Nesse caso, a pressão deve ser aplicada em um dos lados do objeto, nas bordas do ferimento.
- Lesões no couro cabeludo requerem compressão ao longo das bordas do ferimento. Na presença de fraturas abertas ou afundamento craniano, a compressão deve ser realizada com cuidado, seguida de enfaixamento apropriado.

Elaboração: Janeiro/2016

AP18 – Controle de hemorragias: compressão direta da lesão

Este protocolo foi paulado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/1



**AP19**

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Procedimentos  
**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**



## AP19 – Controle de hemorragias: torniquete

### Indicação

Ferimento em membros superiores ou inferiores com hemorragia externa incontrolável mesmo após compressão direta.

### Material

- Equipamento de proteção individual (EPI) obrigatório
- Compressa e/ou gazes
- Dispositivo específico comercial ou esfigmomanômetro ou outro recurso com pelo menos 10 cm de largura que possa ser adaptada para garroteamento

### Procedimentos

1. Utilizar EPI;
2. Expor o ferimento (cortar as vestes se necessário);
3. Verificar a presença do pulso e a perfusão distal;
4. Instalar o dispositivo escolhido imediatamente acima do ferimento (sentido proximal);
5. Aplicar força de compressão suficiente até produzir uma pressão que cesse completamente o sangramento e o fluxo arterial distal:
  - Com esfigmomanômetro: insuflar o manguito;
  - Com recurso adaptado com pelo menos 10 cm de largura: promover compressão por garroteamento;
  - Com dispositivo específico comercial: seguir as orientações do fabricante para o correto manuseio e alcance dos objetivos;
6. Registrar a realização do procedimento e a hora do início da aplicação do torniquete na ficha/boletim de atendimento;
7. Manter o ferimento coberto, com atenção especial à reavaliação do local, monitorando a presença de novos sangramentos;
8. Considerar a necessidade de controle da dor (Protocolo AC37).

### Observações

- Não remover objetos encravados.
- A identificação do horário da aplicação do procedimento pode ser realizada com um pedaço de esparadrapo sobre o dispositivo. Seu objetivo é favorecer o monitoramento do tempo de aplicação.
- O profissional deverá manter observação contínua sobre o membro durante todo o atendimento. Idealmente o torniquete não deve ficar por mais de duas horas.
- Torniquetes frouxos podem aumentar o sangramento pela inibição do retorno venoso e manutenção do fluxo sanguíneo arterial.

Elaboração: Janeiro/2016

AP19 – Controle de hemorragias: torniquete

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/1



**AP20**

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Procedimentos  
**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**



## AP20 – Técnica de acesso venoso periférico

### Indicação

Necessidade de via de acesso para infusão de soluções e/ou medicamentos e quaisquer outras situações conforme indicação do protocolo e/ou sob ordem do médico na cena ou médico regulador.

### Material - Técnica de acesso com cateter sobre agulha de metal

- Equipamento de proteção individual (EPI) obrigatório
- Algodão
- Material para antissepsia: algodão e almofada de álcool 70% (opções para clorexidina e PVPI)
- Garrote (látex)
- Esparradrapo ou similar para fixação
- Cateter intravenoso (cateter sobre agulha de metal) diversos calibres
- Solução salina preparada em equipo (já preenchido com solução)
- Caixa de perfurocortante

### Procedimento - Técnica de acesso com cateter sobre agulha de metal

1. Utilizar EPI obrigatório;
2. Orientar o paciente quanto à realização do procedimento, se possível;
3. Selecionar o local de acesso mais adequado com vistas à indicação e condição do paciente;
4. Selecionar o tipo de dispositivo e calibre, levando em consideração idade e condição da rede venosa;
5. Para melhor visualização da rede venosa, garrotear 10 a 15 cm acima do local de inserção proposto (no membro superior, preferencialmente acima da fossa antecubital);
6. Realizar a antissepsia do local com algodão embebido em álcool 70%, no sentido do proximal para o distal (sentido do retorno venoso), três vezes;
7. Preparar o dispositivo:
  - Remover a embalagem;
  - Retirar o protetor do cateter em movimento firme e único;
  - Inspeccionar integridade;
  - Realizar um giro de 360° da agulha (girando o conector);
8. Tracionar a pele com o polegar abaixo do local a ser puncionado para minimizar a mobilidade da veia;
9. Introduzir o cateter venoso na pele, com o bisel voltado para cima, a um ângulo de 15° a 30°, até a cateterização do vaso;
10. Ao visualizar o refluxo sanguíneo na câmara, reduzir o ângulo e introduzir por 0,5cm e estabilizar o cateter com uma mão paralelamente à pele;
11. Soltar o garrote;
12. Introduzir o cateter enquanto retira gradualmente a agulha-guia/mandril;

Elaboração: Janeiro/2016

AP20 – Técnica de acesso venoso periférico  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/2





## AP20

**Protocolo Samu 192**  
**Protocolos de Procedimentos**  
**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**

### AP20 – Técnica de acesso venoso periférico

13. Após a retirada total da agulha-guia, conectar o equipo previamente preparado. Atenção para os dispositivos com recolhimento automático da agulha;
14. Fixar de forma que não interfira na visualização e avaliação do local;
15. Desprezar agulha-guia no coletor de resíduos perfurocortantes;
16. Recomenda-se identificar o acesso, assim que possível, com hora e data, tipo e calibre do dispositivo e nome do profissional;
17. Registrar data e horário do procedimento na ficha/boletim de atendimento, bem como o calibre do dispositivo utilizado.

### Observações

- Considerar os 3S (PE1, PE2, PE3).
- Cateteres intravenosos com dispositivo de segurança automático têm como benefícios, dentre outros, a redução do risco de acidentes com perfurocortantes.
- Nas situações de urgência, os critérios de escolha para o acesso devem ser calibre do vaso e acessibilidade.
- Sempre que possível, dar preferência aos dispositivos flexíveis de maior calibre.
- As tentativas devem ser iniciadas nos vasos distais dos membros superiores e progredir para os vasos proximais. As veias da região antecubital são boas opções nas situações mais críticas; porém, sua proximidade com as articulações promove alto risco para perda do acesso se houver muita movimentação.
- O uso de cateter simples com agulhas (escalpe) é indicado para infusão de volumes baixos (por curto período e/ou sem necessidade de infusão contínua) e para medicações de administração única. Seu uso está relacionado a maior ocorrência de transfixação e infiltração.
- Evitar puncionar em locais com lesões de pele.
- Em caso de transfixação e formação de hematoma, retirar o cateter e promover compressão direta.
- Atentar para a ocorrência de sangramento e infiltrações.
- Presença de trombose reconhecida no trajeto do vaso limita o procedimento nesse local.

Elaboração: Janeiro/2016

AP20 – Técnica de acesso venoso periférico  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

2/2



**AP21**

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Procedimentos  
**SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**



## AP21 – Técnica de acesso venoso: jugular externa

### Indicação

Necessidade de via de acesso alternativa à punção periférica (AP20) quando esta não puder ser obtida de imediato ou após três tentativas de acesso sem sucesso.

### Materiais e equipamentos

- Equipamento de proteção individual (EPI) obrigatório
- Material para antissepsia: gaze e algodão de álcool 70% (opções para clorexidina e PVPI)
- Cateter intravenoso (cateter sobre agulha de metal): nº 20 ou 18 para situações clínicas e nº 16, 14 para os casos de trauma
- Esparradrapo ou similar para fixação
- Solução salina preparada em equipo (já preenchido com solução)

### Procedimento

1. Utilizar EPI obrigatório;
2. Orientar o paciente quanto à realização do procedimento, se possível;
3. Posicionar o paciente em Trendelenburg com a face voltada para o lado oposto ao da punção (exceto se contraindicado, p. ex.: insuficiência respiratória grave e trauma);
4. Visualizar os marcos anatômicos:
  - Aplicar compressão digital com o indicador na porção proximal do trajeto da jugular externa (próximo à clavícula) para promover ingurgitamento e, simultaneamente, solicitar ao paciente que execute a manobra de Valsalva (tentativa de expirar/exalar o ar com a boca e o nariz fechados);
  - Analisar a distribuição da jugular externa, que habitualmente cruza, em seu trajeto, a borda posterior do músculo esternocleidomastóide;
5. Realizar antissepsia rigorosa do local;
6. Selecionar e preparar o cateter intravenoso:
  - Remover a embalagem;
  - Retirar o protetor do cateter;
  - Inspecionar integridade;
  - Realizar um giro de 360° da agulha (girando o conector);
7. Traçar a pele com a mão não dominante para estabilizar a veia jugular externa. A tração deve ser mantida durante todo o procedimento;
8. Introduzir o cateter venoso na pele na direção do retorno venoso (direção ao terço médio clavicular), com o bisel voltado para cima, a um ângulo de 15° a 30°, até a cateterização do vaso;
9. Após a identificação do retorno do sangue, reduzir o ângulo de inclinação da agulha em relação à pele para mantê-la mais alinhada com a veia e evitar transfixação;
10. Introduzir o cateter enquanto retira gradualmente a agulha-guia/mandril;

Elaboração: Janeiro/2016

AP21 – Técnica de acesso venoso: jugular externa

Este protocolo foi paulado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/2



## AP21

**Protocolo Samu 192**  
**Protocolos de Procedimentos**  
**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**

### AP21 – Técnica de acesso venoso: jugular externa

11. Com a mão não dominante que traciona a pele, aplicar pressão sobre a pele (onde está inserido o cateter) para minimizar o refluxo de sangue;
12. Conectar o equipo previamente preparado. Atenção para os dispositivos com recolhimento automático da agulha;
13. Realizar o teste do refluxo de sangue, abaixando o frasco de solução a um nível inferior ao da punção;
14. Fixar de forma que não interfira na visualização e avaliação do local;
15. Desprezar agulha-guia no coletor de resíduos perfurocortantes;
16. Atentar para a ocorrência de sangramento e infiltrações, enfisema subcutâneo e dor local;
17. Recomenda-se identificar o acesso assim que possível, com hora e data, tipo e calibre do dispositivo e nome do profissional;
18. Registrar data e horário do procedimento na ficha/boletim de atendimento, bem como o calibre do dispositivo utilizado.

### Observações

- Contraindicações ao procedimento:
  - Discrasias sanguíneas graves, anticoagulação terapêutica;
  - Endarterectomia de carótida ipsilateral;
  - Tumores cervicais.
- Nos pacientes politraumatizados, está contraindicada a hiperextensão e/ou a lateralização da cabeça.
- Este procedimento pode ser realizado pelo enfermeiro ou médico e deve ser condicionado ao treinamento e à experiência do profissional.
- A manobra de Valsalva promove aumento da pressão intratorácica e intra-abdominal e conseqüentemente o ingurgitamento da veia jugular.

Elaboração: Janeiro/2016

AP21 – Técnica de acesso venoso: jugular externa  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

2/2



**AP22**

**Protocolo Samu 192**  
**Protocolos de Procedimentos**  
**SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**



## AP22 – Punção intraóssea

### Indicação

Necessidade de acesso vascular quando a obtenção do acesso venoso periférico (AP21) não for possível de imediato ou após três tentativas sem sucesso de acesso venoso periférico.

### Materiais e equipamentos

- Equipamento de proteção individual obrigatório
- Material para antissepsia: algodão/gaze e álcool de PVPI alcóolico
- 1 seringa de 10 ml
- Frasco com solução de cristalóide montado
- Esporadrapo ou similar disponível
- 5 compressas de gazes
- 1 conector "T"
- 1 dispositivo intraósseo
- Dispositivos manuais (agulha intraóssea) de vários calibres e/ou dispositivo automático para acesso intraósseo, se disponível no serviço

### Procedimento

1. Orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento, se possível;
2. Definir o sítio da punção, considerando idade, dispositivo disponível e condições do paciente.

IDADE	SÍTIO/LOCAL DE PUNÇÃO
<b>Criança</b>	Outros locais (mais indicados para o ambiente hospitalar): tibia distal (logo acima do maléolo medial) e fêmur distal.
<b>Adolescentes e adultos</b>	Tibia proximal.

3. Posicionar o paciente de acordo com o sítio escolhido;
4. Realizar a antissepsia no local da punção;
5. Inserir uma agulha através da pele em um ângulo de 90 graus com o plano ósseo escolhido, rotacionando ou aplicando firme pressão até encontrar uma súbita redução na resistência (quando a agulha penetra o espaço medular);
6. Segurar a base do conjunto agulha/cateter firmemente e retirar a agulha de dentro do cateter. Considerar as variações na técnica em função dos diferentes tipos de dispositivos (manual ou automático);
7. Conectar a seringa ou o equipo com solução salina;
8. Aspirar e observar retorno de medula óssea, o que confirma a correta inserção do cateter no canal medular.
9. Infundir um pequeno volume de solução salina (5 ml), para lavar a agulha e avaliar o acesso.

Elaboração: Janeiro/2016

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

AP22 – Punção intraóssea

1/2



## AP22

**Protocolo Samu 192**  
**Protocolos de Procedimentos**  
**SUORTE AVANÇADO DE VIDA**

### AP22 – Punção intraóssea

- 10.** Verificar se há presença de edema no local da inserção ou no lado oposto (transfixação). Esses achados indicam perda do acesso.

Obs.: Caso não tenha ocorrido aspiração de medula óssea, ainda assim deve ser feita a infusão de solução salina. Se, após essa infusão, não ocorrer edema subcutâneo, o posicionamento deve ser considerado correto;

- 11.** Estabilizar a agulha, fixando sua base com esparadrapo (se necessário) ou dispositivo próprio;
- 12.** Conectar a um equipo e iniciar a infusão prescrita;
- 13.** Registrar a realização do procedimento na ficha/boletim de atendimento.

#### Observações

- Médicos e enfermeiros podem realizar este procedimento, desde que capacitados. Os serviços devem garantir que seus profissionais sejam capacitados para o uso do dispositivo disponível.
- Dispositivos manuais são inseridos no sítio da punção pela força do profissional (geralmente modelos de agulha com trocater). Dispositivos automáticos podem ser de impacto ou rotação.
- A técnica para crianças abaixo de 12 anos é descrita no protocolo pediátrico correspondente.
- Como opção para a punção da região anteromedial da tíbia, pode ser colocado um coxim embaixo do joelho, dobrando-o em um ângulo aproximado de 30 graus com leve rotação externa coxofemoral para facilitar a estabilização da extremidade.
- São contra-indicações para a punção intraóssea:
  - Fratura e lesões por esmagamento próximas ao local da punção
  - Condições com ossos frágeis
  - Tentativas anteriores de estabelecer acesso no mesmo osso
  - Infecção nos tecidos adjacentes.
- A maior parte dos medicamentos utilizados em emergências pode ser administrado pela via intraóssea; solução salina, glicose, adrenalina, atropina, adenosina, diazepam e morfina, dentre outros.
- A absorção e a biodisponibilidade das drogas administradas por via endovenosa (EV) são equivalentes quando administradas pela via intraóssea (IO). Portanto, a dose por via IO é a mesma indicada para via EV.
- A realização de anestesia é opcional. Considere o quadro geral e a gravidade do paciente;
- Complicação imediata: extravasamento de líquidos no tecido subcutâneo.
- Esse acesso deve ser mantido por até 2 h após a inserção. Dentro deste período, recomenda-se a troca assim que for possível realizar o acesso venoso periférico.

Elaboração: Janeiro/2016

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

AP22 – Punção intraóssea

2/2



**AP23**

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Procedimentos  
**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**



## AP23 – Aferição de sinais vitais: pressão arterial

### Indicação

Todos os pacientes em atendimento por equipes do SAMU, logo após a avaliação primária e sempre que necessário para a avaliação e monitoramento do resultado das intervenções realizadas e da evolução do quadro clínico.

### Material

- Equipamento de proteção individual (EPI) obrigatório
- Álcool a 70%
- Algodão
- Esfigmomanômetro com manguito específico (pediátrico, adulto e obeso)
- Estetoscópio

### Procedimentos

1. Utilizar EPI;
2. Para o preparo do paciente:
  - Explicar o procedimento ao paciente;
  - Sempre que possível, colocar o paciente em posição confortável;
  - Posicionar o braço apoiado com a palma das mãos para cima, os cotovelos levemente fletidos e à altura do coração (nível do ponto médio do esterno ou quarto espaço intercostal);
3. Para a instalação do esfigmomanômetro:
  - Expor o membro a ser utilizado para a aferição, evitando compressão pelas vestes, que preferencialmente devem ser retiradas;
  - Selecionar o manguito de tamanho adequado ao braço (adulto, pediátrico, obeso);
  - Localizar a artéria braquial por palpação para determinar o local correto do manguito;
  - Instalar o manguito 2 a 3 cm acima da fossa cubital, sem deixar folga, centralizando-o sobre a artéria braquial;
4. Para determinar o nível máximo de insuflação (estimativa da pressão sistólica):
  - Método palpatório:
    - Palpar o pulso radial;
    - Insuflar o manguito até o desaparecimento do pulso radial;
    - Registrar mentalmente o valor;
    - Desinflar rapidamente o manguito, aguardando 10 a 15 segundos para iniciar nova insuflação.
  - Método auscultatório:
    - Posicionar a campânula do estetoscópio suavemente sobre a artéria braquial (sem compressão excessiva);
    - Insuflar o manguito até o momento em que há o desaparecimento do pulso;
    - Registrar mentalmente o valor;
    - Desinflar rapidamente o manguito, aguardando 10 a 15 segundos para iniciar nova insuflação.
5. Palpar a artéria braquial na fossa cubital e colocar a campânula ou o diafragma do estetoscópio sem compressão excessiva.
6. Inflar rapidamente até ultrapassar em 20 a 30 mmHg o nível estimado da pressão sistólica.
7. Proceder à deflação lentamente (velocidade de 2 mmHg por segundo).

Elaboração: Janeiro/2016

AP23 – Aferição de sinais vitais: pressão arterial

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/2



**AP23**
**Protocolo Samu 192  
Protocolos de Procedimentos  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**
**AP23 – Aferição de sinais vitais: pressão arterial**

8. Determinar a pressão sistólica pela ausculta do primeiro som (fase I de Korotkoff), que é em geral fraco, seguido de batidas regulares, e em seguida aumentar ligeiramente a velocidade de deflação.
9. Determinar a pressão diastólica no desaparecimento dos sons (fase V de Korotkoff).
10. Auscultar cerca de 20 a 30 mmHg abaixo do último som para confirmar seu desaparecimento e depois proceder à deflação rápida e completa.
11. Se os batimentos persistirem até o nível zero, determinar a pressão diastólica no abafamento dos sons (fase IV de Korotkoff) e anotar valores da sistólica/diastólica/zero.
12. Registrar na ficha /boletim de atendimento os valores exatos sem “arredondamentos” e o braço no qual a pressão arterial foi medida.
13. Limpar o estetoscópio e as olivas com algodão embebido em álcool a 70%.

**Observações**

- Durante a checagem dos materiais, é importante certificar-se que o esfigmomanômetro registra corretamente o zero da escala.
- Os serviços devem desenvolver estratégias para a calibragem frequente do esfigmomanômetro.
- Evitar conversar com o paciente durante a realização do procedimento.
- Não aplicar o manguito sobre braço que estiver com cateter endovenoso.
- Tabela de referência para escolha do manguito adequado:

**TABELA I - DIMENSÕES DA BOLSA DE BORRACHA PARA DIFERENTES CIRCUNFERÊNCIAS DE BRAÇO EM CRIANÇAS E ADULTOS**

Denominação de manguito	Circunferência do braço (cm)	Bolsa de borracha (cm)	
		Largura	Comprimento
Recém-nascido	≤ 10	4	8
Criança	11-15	6	12
Infantil	16-22	9	18
Adulto pequeno	20-26	10	17
Adulto	27-34	12	23
Adulto grande	35-45	16	32

Elaboração: Janeiro/2016

 AP23 – Aferição de sinais vitais: pressão arterial  
 Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
 Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

2/2



**AP24**

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Procedimentos  
**SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**



## AP24 – Aferição de sinais vitais: frequência cardíaca

### Indicação

Todos os pacientes em atendimento por equipes do SAMU, como parte da avaliação secundária e sempre que necessário para a avaliação e monitoramento do resultado das intervenções realizadas e da evolução do quadro clínico.

### Materiais

- Equipamento de proteção individual (EPI) obrigatório
- Relógio

### Procedimento

1. Utilizar EPI;
2. Explicar o procedimento ao paciente;
3. Colocar o paciente em posição confortável, se possível, e com o braço apoiado;
4. Posicionar a polpa digital dos dedos indicador e médio sobre a artéria radial, fazendo leve pressão, o suficiente para sentir a pulsação.

Obs.: Considerando a idade, o agravo e a condição na cena, são opções para essa avaliação: artéria carótida, braquial, femoral, poplíteia ou pediosa;

5. Realizar a contagem dos batimentos durante 1 minuto;
6. Observar também ritmo (regularidade dos intervalos - regular ou irregular) e volume (forte e cheio ou fraco e fino);
7. Registrar na ficha/boletim de atendimento os valores da frequência cardíaca (FC) obtida e as características de ritmo e volume.

Elaboração: Janeiro/2016

AP24 – Aferição de sinais vitais: frequência cardíaca

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/2





## AP24

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Procedimentos  
**SUORTE AVANÇADO DE VIDA**

### AP24 – Aferição de sinais vitais: frequência cardíaca

#### Observações

- Se oximetria estiver disponível, a medida da frequência cardíaca realizada pelo dispositivo pode ser considerada.
- Observar também ritmo (regularidade dos intervalos - regular ou irregular) e volume (forte e cheio ou fraco e fino).
- Alterações de ritmo podem dificultar a aferição de pulso em área periférica.
- A avaliação de pulsos rítmicos pode ser realizada por 30 segundos e multiplicada por 2.
- Na suspeita de parada cardíaca ou parada cardiorrespiratória, ou na presença de instabilidade do quadro do paciente, optar pela avaliação em pulsos centrais: carotídeo ou femoral nos adultos e braquial ou femoral nos menores de 1 ano e crianças.
- Valores normais de FC para simples referência:

IDADE	FREQUÊNCIA CARDÍACA	MÉDIA APROXIMADA
Neonato	120 a 160 bpm	140 bpm
1 a 12 meses	80 a 140 bpm	120 bpm
1 a 2 anos	80 a 130 bpm	110 bpm
3 a 6 anos	75 a 120 bpm	100 bpm
7 a 12 anos	75 a 110 bpm	95 bpm
Adolescentes e adultos	60 a 100 bpm	80 bpm

Elaboração: Janeiro/2016

AP24 – Aferição de sinais vitais: frequência cardíaca

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

2/2



**AP25**

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Procedimentos  
**SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**



## AP25 – Aferição de sinais vitais: frequência respiratória

### Indicação

Todos os pacientes em atendimento por equipes do SAMU, como parte da avaliação secundária e sempre que necessário para a avaliação e monitoramento do resultado das intervenções realizadas e da evolução do quadro clínico.

### Material

- Equipamento de proteção individual (EPI) obrigatório
- Relógio

### Procedimento

1. Utilizar EPI;
2. Explicar o procedimento ao paciente;
3. Colocar o paciente em posição confortável, se possível;
4. Observar os movimentos torácicos de expansão e retração (incursões respiratórias);
5. Realizar a contagem dos movimentos torácicos de expansão por 1 minuto (incursões respiratórias por minuto - irm);
6. Registrar na ficha/boletim de atendimento os valores da frequência respiratória (FR) obtida.

### Observações

- Observar também regularidade, ritmo (regular ou irregular) e profundidade da ventilação (superficial ou profunda), além da utilização de musculatura acessória.
- É importante que o paciente não perceba que está sendo avaliado, para não ocorrer a indução da ventilação e a medida incorreta dos valores.
- Valores normais de FR para simples referência:

IDADE	FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA
Neonato	30 a 60 irm
Lactente	30 a 50 irm
Pré-escolar (2 anos)	25 a 32 irm
Criança	20 a 30 irm
Adolescente	16 a 19 irm
Adulto	12 a 20 irm

Elaboração: Janeiro/2016

AP25 – Aferição de sinais vitais: frequência respiratória

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/1



**AP26**

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Procedimentos  
**SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**



## AP26 – Aferição de sinais vitais: temperatura

### Indicação

Todos os pacientes em atendimento por equipes do SAMU, como parte da avaliação secundária e sempre que necessário para a avaliação e monitoramento do resultado das intervenções realizadas e da evolução do quadro clínico.

### Material

- Equipamento de proteção individual (EPI) obrigatório
- Material para desinfecção: algodão e álcool a 70%
- Termômetro
- Relógio

### Procedimento

1. Utilizar EPI;
2. Explicar o procedimento ao paciente;
3. Colocar o paciente em posição confortável, preferencialmente;
4. Realizar desinfecção do termômetro;
5. Considerar a necessidade de enxugar a axila do paciente antes da aferição;
6. Certificar-se que o termômetro esteja pronto para a aferição;
7. Colocar o termômetro na axila, mantendo-o com o braço bem encostado ao tórax.

Obs.: O paciente pode ser orientado a comprimir o braço contra o tórax;

8. Retirar o termômetro após 5 minutos;
9. Ler a temperatura apontada;
10. Realizar a desinfecção do termômetro antes de guardá-lo;
11. Registrar na ficha/boletim de atendimento o valor obtido.

Elaboração: Janeiro/2016

AP26 – Aferição de sinais vitais: temperatura  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/2



## AP26

**Protocolo Samu 192**  
**Protocolos de Procedimentos**  
**SUORTE AVANÇADO DE VIDA**

### AP26 – Aferição de sinais vitais: temperatura

#### Observação

- Após a desinfecção, o termômetro de coluna de mercúrio está pronto para uso se a temperatura apontada for menor que 35°C.
- Não se afere a temperatura em vítimas de queimaduras no tórax, processos inflamatórios na axila ou fratura de membros superiores.
- Valores normais de temperatura corporal para simples referência:

VARIACÃO DE TEMPERATURA DO CORPO	
Estado térmico	Temperatura (°C)
Subnormal	34-36
Normal	36-37
Estado febril	37-38
Febre	38-39
Febre alta (pirexia)	39-40
Febre muito alta (hiperpirexia)	40-42

- Na suspeita de hipotermia, considerar os valores de temperatura corporal de referência apontados no Protocolo AC27.

Elaboração: Janeiro/2016

AP26 – Aferição de sinais vitais: temperatura  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

2/2



**AP27**

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Procedimentos  
**SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**



## AP27 – Escala de coma de Glasgow

### Indicação

Instrumento utilizado na avaliação neurológica para determinar o nível de consciência e detectar precocemente alterações. Permite avaliação objetiva da função cerebral, principalmente em avaliações neurológicas seriadas.

### Materiais

- Equipamento de proteção individual obrigatório

### Procedimento:

1. Iniciar a avaliação pela abertura ocular e pontuar de acordo com a melhor resposta obtida:
  - Se a abertura ocular é espontânea: 4 pontos.
  - Na ausência de abertura ocular espontânea, utilizar um estímulo verbal solicitando a abertura dos olhos ou simplesmente chamando o paciente. Se o paciente atender ao estímulo verbal: 3 pontos.
  - Na ausência de abertura ocular ao estímulo verbal, utilizar um estímulo doloroso, preferencialmente compressão do leito ungueal, pinçamento digital do músculo trapézio ou pinçamento digital do músculo esternocleidooccipitomastoideo. Se o paciente abrir os olhos após o estímulo doloroso: 2 pontos.
  - Na ausência de abertura ocular mesmo após estímulo doloroso: 1 ponto.

Obs.: Se houver algum impedimento para essa avaliação, deve-se pontuar 1 e apresentar justificativa.  
Exemplo: AO: 1 (edema periorbitário bilateral).

2. Avaliar a resposta verbal e pontuar segundo a melhor resposta obtida possível: Utilizar perguntas simples para avaliação da orientação em tempo, espaço e pessoa: "Como é seu nome?" ou "O que aconteceu com você?".
  - Considerar "orientado" o paciente que responde coerentemente às perguntas: 5 pontos;
  - Considerar "confuso" o paciente que, embora responda às perguntas, demonstra desorientação no tempo e no espaço e/ou incompreensão da situação atual e/ou incoerência com a realidade: 4 pontos;
  - Considerar o uso de palavras inapropriadas: 3 pontos;
  - Considerar o uso de sons incompreensíveis: 2 pontos;
  - Na ausência de resposta verbal: 1 ponto.

Obs.: Se houver algum impedimento para essa avaliação, deve-se pontuar 1 e apresentar justificativa.  
Exemplo: MRV: 1 (intubação) ou MRV: 1 (T).

3. Avaliar a resposta motora e pontuar segundo a melhor resposta obtida possível: Dar um comando claro e simples para uma ação motora: "Mostre o dedo", "Abra as mãos", etc.
  - Se o paciente obedece ao comando: 6 pontos.
  - Na ausência de resposta ao comando, utilizar um estímulo doloroso para avaliação da resposta. Preferir os seguintes estímulos: compressão do leito ungueal, pinçamento digital do músculo trapézio ou pinçamento digital do músculo esternocleidooccipitomastoideo.
  - Considerar resposta de "localização" se o paciente localiza e tenta afastar o estímulo doloroso: 5 pontos.
  - Considerar resposta de "retirada" se o paciente tentar afastar o estímulo doloroso mediante flexão do membro estimulado: 4 pontos.

Elaboração: Janeiro/2016

Este protocolo foi paulado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

AP27 – Escala de coma de Glasgow

1/2



**AP27**
**Protocolo Samu 192**  
**Protocolos de Procedimentos**  
**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**
**AP27 – Escala de coma de Glasgow**

- Considerar resposta de "flexão anormal (postura de decorticação)" se o paciente responder com adução do ombro e flexão do cotovelo, acompanhadas de flexão de punho e dedos associada a hiperextensão, flexão plantar e rotação interna do membro inferior (uni ou bilateral): 3 pontos.
- Considerar resposta de "extensão anormal (postura de descerebração)" se o paciente responder com hiperextensão dos membros, rotação de membro superior e flexão de punhos: 2 pontos.
- Considerar "resposta ausente" se o paciente não apresenta nenhuma resposta, mesmo mediante estímulo doloroso: 1 ponto.

**ESCALA DE COMA DE GLASGOW EM ADULTOS E CRIANÇAS ACIMA DE 4 ANOS**

Parâmetro	Resposta observada	Pontuação
Abertura ocular	Abertura ocular espontânea	4
	Abertura ocular sob comando verbal	3
	Abertura ocular sob estímulo doloroso	2
	Sem abertura ocular	1
Melhor resposta verbal	Resposta adequada (orientada)	5
	Resposta confusa	4
	Respostas inapropriadas	3
	Sons incompreensíveis	2
	Sem resposta verbal	1
Melhor resposta motora	Obedece a comandos	6
	Localiza estímulos dolorosos	5
	Retira ao estímulo doloroso	4
	Flexão anormal (decorticação)	3
	Extensão anormal (descerebração)	2
	Sem resposta motora	1

**Observações:**

- Cada indicador deve ser avaliado de forma independente dos demais.
- A pontuação varia de 3 (ausência de reatividade) a 15 (responsivo e alerta), somando-se os três itens avaliados (abertura ocular, melhor resposta verbal e melhor resposta motora).
- É importante afastar causas clínicas e estados mórbidos prévios que alterem a função neurológica e possam afetar a sua avaliação.
- De acordo com a pontuação obtida na escala de Coma de Glasgow, os traumas crânioencefálicos (TCE) podem ser classificados em TCE leve: 13 a 15 pontos; TCE moderado: 9 a 12 pontos; TCE grave: 3 a 8 pontos.
- Pontuação menor ou igual a 8 é indicação para a abordagem ativa da via aérea.

Elaboração: Janeiro/2016

 AP27 – Escala de coma de Glasgow  
 Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
 Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

2/2



**AP28**
**Protocolo Samu 192  
Protocolos de Procedimentos  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**


## AP28 – Escala pré-hospitalar para AVC de Cincinnati

### Indicação

Em todas as situações de suspeita clínica de acidente vascular cerebral (AVC), tais como:

#### 1. Sinais de alerta de AVC isquêmico:

- Início súbito de déficits neurológicos focais: plegia ou paresia facial súbita (desvio da rima labial e alteração da expressão facial); plegia ou paresia em membros superiores (MMSS), membros inferiores (MMII) ou em dimídio; parestesia ou hipoestesia em face, MMSS ou MMII
- Disfasia ou afasia súbita
- Distúrbio visual súbito, uni ou bilateral
- Alteração da marcha, coordenação e equilíbrio
- Perda súbita de memória
- Vertigem, síncope ou convulsão
- Cefaleia de causa desconhecida

#### 2. AVC hemorrágico: Geralmente sem sinais de alerta, suspeitar quando presentes:

- Cefaleia súbita e intensa, sem causa conhecida
- Náuseas e vômitos
- Diplopia
- Alteração do nível de consciência (de confusão mental a irresponsividade)

### Material e equipamento

- Equipamento de proteção individual obrigatório

### Procedimentos

#### 1. Aplicar a Escala de Cincinnati – avaliação rápida de três parâmetros:

PARÂMETROS	COMO TESTAR	COMO AVALIAR	
		NORMAL	ALTERADO
Presença de plegia, paresia ou assimetria facial súbita	Pedir ao paciente para sorrir ou mostrar os dentes	Movimentação simétrica da face	Movimentação assimétrica da face
Presença de debilidade dos MMSS	Pede-se ao paciente para fechar os olhos e elevar os MMSS, mantendo-os na posição por 10 segundos.	Ambos os membros são sustentados igualmente	Ausência de movimento ou extensão parcial de um membro
Presença de alteração da fala	Pede-se ao paciente para dizer uma frase. Sugestão: "O rato roeu a roupa do rei de Roma"	Fala correta, com pronúncia clara	Fala incompreensível ou inadequada, ou o paciente é incapaz de falar

### Observações:

- Diante da suspeita de AVC, realizar avaliação primária (Protocolo AC1) e avaliação secundária (Protocolo AC2).
- Medidas básicas de suporte devem ser implementadas conforme protocolo AC21.
- Existem muitas sugestões de frase para avaliação da presença de alterações da fala. O Manual de Rotinas para Atenção ao AVC do Ministério da Saúde sugere a frase "O Brasil é o país do futebol".
- Diagnósticos diferenciais relevantes: crises convulsivas (não relacionadas com AVC agudo), tumores e infecções do sistema nervoso central, trauma cranioencefálico, enxaqueca (formas complexas), distúrbios metabólicos (hipoglicemia), intoxicações exógenas, esclerose múltipla e outras doenças desmielinizantes, labirintopatias e síncope, efeitos adversos de medicações, uso de drogas ilícitas, encefalopatia hipertensiva, paralisia de nervos periféricos e distúrbios psicossomáticos.

Elaboração: Janeiro/2016

AP28 – Escala pré-hospitalar para AVC de Cincinnati

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis. Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/1



**AP29**

**Protocolo Samu 192**  
**Protocolos de Procedimentos**  
**SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**



## AP29 – Avaliação da glicemia capilar

### Indicação

Avaliação do nível glicêmico do paciente com:

- Alteração do nível de consciência (Protocolos AC21, AC25, AC41)
- Convulsão (Protocolo AC26)
- Outros sinais de hipo ou hiperglicemia (Protocolos AC28 e AC29)
- História progressiva de patologia metabólica (diabete, hipoglicemia, hiperglicemia) com ou sem uso de insulina
- Quaisquer outras situações conforme indicação do protocolo e/ou sob ordem do médico na cena ou médico regulador

### Materiais e equipamento

- Equipamento de proteção individual (EPI) obrigatório
- Material para antisepsia: algodão/gaze e álcool 70%
- Glicosímetro (conforme modelo padronizado no serviço)
- Lancetas estéreis e/ou lancetador apropriado
- Fitas reagentes compatíveis com o modelo de glicosímetro disponível
- Coletor de resíduos perfurocortantes

### Procedimento

1. Utilizar EPI;
2. Separar o material adequado;
3. Orientar o paciente quanto à realização do procedimento, se possível;
4. Escolher o sítio para punção; dar preferência à lateral da extremidade das polpas digitais;
5. Limpar a área com algodão umedecido com álcool 70% e aguardar secagem;
6. Ligar o aparelho e posicionar a fita reagente no aparelho;
7. Realizar leve pressão na ponta do dedo para favorecer o enchimento capilar;
8. Realizar punção com a lanceta e/ou lancetador no bordo lateral da polpa digital;
9. Obter volume de sangue suficiente para preencher o campo reagente da fita (superfície absorvente da fita reagente);
10. Após absorção da gota, pressionar o local da punção com algodão embebido em álcool 70%;
11. Aguardar a leitura digital do valor da glicose sanguínea;
12. Comunicar o resultado ao paciente e à equipe;

Elaboração: Janeiro/2016

AP29 – Avaliação da glicemia capilar  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/2





## AP29

**Protocolo Samu 192**  
**Protocolos de Procedimentos**  
**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**

### AP29 – Avaliação da glicemia capilar

13. Desprezar a lanceta no coletor de resíduos perfurocortantes e demais materiais no lixo contaminado;
14. Realizar a desinfecção do glicosímetro de acordo com as orientações do fabricante s/n;
15. Retirar as luvas e higienizar as mãos;
16. Registrar os valores mensurados na ficha de atendimento.

#### Observações:

- Considerar os 3S (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- Médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem podem realizar este procedimento, desde que capacitados. Os serviços devem garantir que seus profissionais sejam capacitados para o uso do glicosímetro disponível.
- Considerar:
  - a realização de teste ou calibração do glicosímetro conforme recomendação do fabricante;
  - a verificação da compatibilidade do código do glicosímetro e da fita reagente.
- A secagem pós-antisepsia (antes da punção) é fundamental para evitar alteração no resultado.
- Alguns modelos de glicosímetro ligam automaticamente ao se inserir a tira.
- Devido ao posicionamento anatômico das terminações nervosas, a punção na lateral da extremidade das polpas digitais pode reduzir a percepção da dor.
- A quantidade de material sanguínea deve ser suficiente para o preenchimento da área capilar; caso não seja adequado, realizar nova punção.
- Pacientes com baixa perfusão podem requerer aquecimento da extremidade ou seu posicionamento abaixo da linha do coração.
- Em caso de necessidade de repetir o procedimento, atentar para a importância do rodízio do local.
- Recomenda-se repetir a avaliação em caso de valores alterados: glicemia elevada (ou HI: high) e abaixo de 60 mg/dL e após a abordagem medicamentosa (se indicado).
- Mantenha a caixa de fitas reagentes em local seco e fresco (<40 °C).

Elaboração: Janeiro/2016

AP29 – Avaliação da glicemia capilar  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

2/2



**AP30**

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Procedimentos  
**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**



## AP30 - Colocação do colar cervical

### Indicação

Paciente com suspeita de trauma e indicação de imobilização de coluna cervical.

### Materiais

- EPI obrigatório;
- Colar cervical de tamanho apropriado.

### Procedimento

1. Utilizar EPI.
2. Identificar-se e explicar o procedimento ao paciente à medida do possível.
3. Realizar manobra conforme indicado:



- O profissional 1 realiza a estabilização manual da cabeça com a duas mãos e com a ajuda de uma leve tensão no sentido axial, realiza o alinhamento em posição neutra.
- Atenção: O alinhamento deve ser evitado ou interrompido se houver resistência ou dor ao movimento, piora da condição ventilatória ou ocorrência de espasmos musculares do pescoço e parestesia.
- O profissional 2 realiza a avaliação do pescoço e região mentoniana para rápida detecção de lesões que necessitem de abordagem antes da instalação do colar ou que impeçam sua instalação. Devem ser avaliados rapidamente: face, pescoço, traqueia, condições de jugulares, clavículas, coluna cervical e pulso carotídeo.
- Em seguida, o profissional 2 utiliza seus dedos para medir o pescoço do paciente, (distância entre a mandíbula e o ombro).



- Usando esta medida aproximada, o profissional 2 seleciona o tamanho adequado do colar. No caso de colares ajustáveis, deve-se realizar o ajuste ao tamanho indicado, certificando-se que este está travado no tamanho selecionado.

AP30 - Colocação do colar cervical

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Março/2015

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/2



**AP30**

**Protocolo Samu 192**  
**Protocolos de Procedimentos**  
**SUORTE AVANÇADO DE VIDA**

**AP30 - Colocação do colar cervical**



- Enquanto a estabilização e alinhamento da cabeça são mantidos, o profissional 2 instala o colar.
- Pode haver variação da técnica de instalação a depender da posição do paciente:
  - paciente em DDH a colocação se inicia com a passagem do colar por trás, entre o pescoço e a superfície, complementando-se pelo ajuste do apoio mentoniano à frente, sob o mento;
  - paciente sentado ou em pé a instalação do colar se inicia pela adequação do apoio mentoniano do colar sob o mento complementando-se com a passagem por trás do pescoço.



- O ajuste do colar é complementado pela checagem do correto posicionamento:
  - do apoio mentoniano do colar sob a mandíbula de um ângulo ao outro;
  - do apoio esternal do colar sobre a região do esterno no tórax do paciente; e
  - dos apoios laterais do colar sobre as clavículas e trapézio.
- Após a colocação do colar cervical, a estabilização manual da cabeça e do pescoço deve ser mantida até que o paciente seja colocado na prancha e seja instalado o imobilizador lateral de cabeça.

**4. Registrar o procedimento realizado na ficha/boletim de atendimento**

**Observações:**

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- A instalação do colar não é prioridade máxima no atendimento ao politraumatizado enquanto a estabilização manual da cabeça puder ser realizada de forma eficiente por um profissional. No entanto esse dispositivo é importante para a imobilização, pois limita os movimentos da coluna cervical e ajuda a sustentar o pescoço, protegendo a coluna de compressão.
- O paciente que apresenta comprometimento das vias aéreas, respiração ou circulação deve receber as intervenções de correção desses problemas antes da instalação do colar cervical, enquanto um profissional executa a estabilização manual da cabeça. Assim que for possível, o colar deverá ser instalado.
- No paciente consciente, com boa ventilação e circulação e no paciente inconsciente sem comprometimento das vias aéreas, o colar cervical pode ser aplicado concomitantemente ao controle manual da coluna.
- É contra indicado o uso do colar cervical:
  - em situações onde o alinhamento não possa ser obtido. Nesses casos, o posicionamento da cabeça deve ser mantido com controle manual e outras estratégias de imobilização para evitar movimentação.
  - na presença de objeto encravado no pescoço ou região, nesses casos o objeto deve ser fixado e o controle manual mantida em associação a outras estratégias de fixação para evitar a movimentação da cabeça.

**Elaboração:** Agosto/2014  
**Revisão:** Março/2015

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

AP30 - Colocação do colar cervical

2/2



**AP31**

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Procedimentos  
**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**



## AP31 - Imobilização sentada – dispositivo tipo colete (KED)

### Indicação

- Paciente de trauma que se encontra sentado (no carro ou em outra situação) e que não é portador de risco de vida imediato.

### Materiais

- EPI obrigatório;
- Colete de imobilização dorsal (Kendrick extrication device – KED ou similar);
- Colar cervical;
- Prancha longa;
- Bandagem triangular ou similar;
- Maca.

### Procedimento

1. Utilizar EPI.
2. Identificar-se e explicar o procedimento ao paciente à medida do possível.
3. Realizar manobra conforme indicado:



- O profissional 1 deve se posicionar por trás do paciente e realizar a estabilização manual da cabeça, posicionando os dedos médios de ambas as mãos na região do zigomático, polegares na nuca e os dedos mínimos e anulares na mandíbula do paciente.
- O profissional 2 deve abordar o paciente pela lateral mais adequada e avaliar as vias aéreas, respiração e circulação (pulso, hemorragias e perfusão distal) para certificar-se que o paciente não corre risco à vida imediato.
- Em seguida, o profissional 2 mensura e aplica o colar cervical no paciente com o auxílio do profissional 3 que se posiciona preferencialmente pela lateral oposta.



- Para posicionar o colete imobilizador no paciente enquanto a estabilização da cabeça é mantida, o profissional 3 deve apoiar uma das mãos sobre o tronco anterior e a outra na região dorsal (tronco posterior).
- Sob comando verbal, o paciente é movimentado em bloco para frente pelos profissionais 1 e 3, apenas o suficiente para que o colete imobilizador seja posicionado entre o paciente e o encosto, pelo profissional 2.

Obs: Os tirantes longos da virilha devem ser abertos e posicionados atrás do colete antes de sua instalação.



- Após posicionar o colete imobilizador entre o encosto e o paciente, as abas laterais do equipamento são ajustadas à altura do paciente de forma que sua parte superior toque as axilas para, em seguida, serem ajustadas em torno do tronco.

AP31 - Imobilização sentada – dispositivo tipo colete (KED)

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Abril/2015

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/4



**AP31**

**Protocolo Samu 192  
Protocolos de Procedimentos  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**

**AP31 - Imobilização sentada – dispositivo tipo colete (KED)**



- Os profissionais 2 e 3, realizam o afivelamento dos tirantes iniciando pelo central (amarelo), seguida do tirante inferior (vermelho) e, finalmente, o tirante superior (verde).
- Os profissionais devem garantir que o tirante superior (verde) posicionado no tórax não esteja apertado e comprometendo a ventilação. Esse tirante deve ser mantido frouxo até que o paciente esteja pronto para ser retirado, quando então será ajustado como os demais.
- O profissional 1 deve manter a estabilização manual da cabeça durante todo o procedimento.



- Os tirantes longos da virilha que já estavam soltos, devem ser posicionados e ajustados sob cada membro inferior e conectado ao colete do mesmo lado. A passagem do tirante é realizada debaixo da coxa e da nádega no sentido de frente para trás.
- Atenção especial deve ser dada a genitália que não deve ficar sob os tirantes.
- Quando corretamente posicionados, os tirantes da virilha devem ser ajustados (apertados).
- Nesse momento é necessário revisar e ajustar os tirantes do tronco, exceto o superior (verde).



- Com os tirantes do tronco e dos membros inferiores afivelados e revisados, deve ser finalizada a colocação do colete com a imobilização da cabeça.
- Para isso é preciso analisar se é necessário preencher espaço entre a cabeça e o colete para manter o alinhamento neutro. Se necessário pode ser utilizado acolchoamento.



- Em seguida, posiciona-se as tiras de fixação da cabeça. A primeira passando na testa do paciente e a segunda sobre o colar cervical (altura do queixo do paciente).
- As tiras devem ser presas com o velcro no corpo posterior do KED (a tira superior deve ficar bem justa para evitar qualquer movimento e a tira inferior mais solta para permitir a ventilação).
- Nesse momento, o paciente está imobilizado (tronco, pescoço e cabeça) e o profissional 1 está apto a deixar sua posição.

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Abril/2015

AP31 - Imobilização sentada – dispositivo tipo colete (KED)  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

2/4



**AP31**

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Procedimentos  
**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**



**AP31 - Imobilização sentada – dispositivo tipo colete (KED)**



- Antes de movimentar o paciente, todos os tirantes devem ser reavaliados. O tirante superior do tórax deve ser ajustado adequadamente neste momento.



- Os dois antebraços do paciente devem ser posicionados um sobre o outro e imobilizados com a ajuda de bandagens triangulares ou utilizando as sobras dos tirantes longos.
- O paciente está pronto para ser removido.
- Se possível a prancha longa deve ser posicionada sobre a maca ou esta deve estar próxima à saída do paciente para evitar deslocamentos longos.



- A prancha longa é posicionada sob as nádegas do paciente, apoiada no assento, enquanto do outro lado é apoiada pelo profissional ou pela maca.
- Para a sustentação da prancha poderá ser solicitado o apoio dos demais profissionais (bombeiros, policiais, etc.) presentes na cena.



- Os profissionais 2 e 3 deverão proceder a remoção sustentando o paciente pelas alças do colete enquanto giram, levantam e movem o paciente para fora em movimentos curtos e sincronizados.
- Enquanto o paciente é girado em direção do lado da saída, seus membros inferiores são elevados em direção ao assento, se necessário, passados sobre o console, um por vez.

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Abril/2015

AP31 - Imobilização sentada – dispositivo tipo colete (KED)

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

3/4



**AP31**

**Protocolo Samu 192  
Protocolos de Procedimentos  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**

**AP31 - Imobilização sentada – dispositivo tipo colete (KED)**



- Os giros devem ser realizados até que o paciente esteja com as costas voltadas para a prancha.
  - Assim que o paciente for girado em direção à prancha longa, ele deve ser deitado sobre prancha mantendo os membros inferiores elevados.
  - Nesse momento o cinto superior (verde) do tórax deve ser afrouxada para favorecer a ventilação e os cintos da virilha devem ser soltos para permitir que os membros inferiores sejam abaixados sobre a prancha.
  - O paciente deve ser adequadamente posicionado na prancha longa com o colete para receber em seguida o afivelamento dos cintos de segurança da prancha e da maca.
4. Registrar o procedimento realizado na ficha/boletim de atendimento.

**Observações:**

- Durante todo o procedimento, utilizar estratégias de comunicação em alça fechada.
- O comando para as ações de mobilização deve partir do profissional 1 que efetua a estabilização manual da cabeça.
- Para paciente com lesões que coloquem a vida em risco, a técnica a ser utilizada é a de retirada rápida.
- O paciente deve ser transportado na maca e com cintos de segurança afivelados.
- Recomenda-se o aquecimento do paciente com manta térmica. A manta térmica pode ser colocada sob os cintos de segurança essencialmente nos casos de transporte aeromédico.
- Esta técnica permite variações diversas a depender do tipo de veículo, suas características e as circunstâncias do evento, no entanto suas premissas básicas devem ser sempre consideradas, principalmente as que envolvem a estabilização da coluna cervical.

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Abril/2015

AP31 - Imobilização sentada – dispositivo tipo colete (KED)  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

4/4



**AP32**

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Procedimentos  
**SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**



**AP32 – Retirada de pacientes: retirada rápida (1 e 2 profissionais)**

**Indicação**

Paciente vítima de trauma que se encontra sentado no veículo ou em circunstância similar, nas seguintes situações:

- Condições de risco à vida detectadas durante a avaliação primária;
- Paciente dificultando o acesso a outro em situação aparentemente mais grave.

**Materiais e equipamentos**

- EPI obrigatório
- Colar cervical
- Prancha longa

**Procedimento**

TÉCNICA COM 2 PROFISSIONAIS

1. Utilizar EPI;
2. Identificar-se e explicar o procedimento ao paciente à medida do possível;
3. O profissional 1 deverá posicionar o paciente estabilizando a cabeça e a coluna cervical com ambas as mãos;
4. O profissional 2 deverá fazer a colocação do colar cervical mais adequado;
5. O profissional 1 deverá estabilizar cabeça, tronco e a coluna cervical da vítima usando o braço e o ombro de forma que seu braço fique entre o banco e a vítima enquanto a mão fixará o quadril e a outra mão ajudará a estabilização da cabeça;
6. O profissional 2 deverá posicionar a prancha longa de forma que a extremidade inferior da prancha esteja seguramente apoiada e encostada no estribo do veículo e a outra extremidade no chão;
7. O profissional 1 deverá iniciar o giro do paciente com movimentos curtos e controlados em direção à prancha longa, enquanto o profissional 2 irá livrar os membros inferiores colaborando com o giro executado pelo profissional 1 de forma sincronizada;
8. O profissional 1 deverá manter a estabilização da cabeça e coluna cervical de forma manual até que a vítima fique com suas costas voltadas para o centro da prancha;



Elaboração: Janeiro/2016

AP32 – Retirada de pacientes: retirada rápida (1 e 2 profissionais)  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/4





## AP32

### Protocolo Samu 192 Protocolos de Procedimentos SUPORTE AVANÇADO DE VIDA

#### AP32 – Retirada de pacientes: retirada rápida (1 e 2 profissionais)

9. O profissional 2 deverá deslizar a vítima sobre a prancha longa até atingir a melhor posição para a retirada da prancha;
10. O profissional 1 deverá instalar os fixadores laterais de cabeça e assumir a cabeceira da prancha longa, enquanto o profissional 2 deverá assumir a parte inferior da prancha e retirar a vítima do veículo;
11. Após retirar a vítima do veículo, executar a fixação definitiva na prancha longa;
12. Registrar o procedimento realizado na ficha/boletim de atendimento.



As imagens são alusivas às diferentes fases do procedimento. Idealmente a retirada rápida deve ser realizada com 3 profissionais (Protocolo AP33).

#### Observações

- Durante todo o procedimento, utilizar estratégias de comunicação em alça fechada.
- O comando para as ações de mobilização deve partir do profissional 1, que efetua a estabilização manual da cabeça.
- O paciente deve ser transportado na maca e com cintos de segurança afivelados.
- Para paciente com lesões que não coloquem a vida em risco iminente, a técnica a ser utilizada é a de colete imobilizador (*Kendrick Extrication Device*, KED).
- Esta técnica permite variações diversas a depender do tipo de veículo, suas características e as circunstâncias do evento. No entanto, suas premissas básicas devem ser sempre consideradas, principalmente as que envolvem a estabilização da coluna cervical, os giros com pequenas movimentações e a redução nas trocas de posição entre os profissionais.
- Recomenda-se o aquecimento do paciente com manta térmica. A manta térmica pode ser colocada sob os cintos de segurança, essencialmente nos casos de transporte aeromédico.

Elaboração: Janeiro/2016

AP32 – Retirada de pacientes: retirada rápida (1 e 2 profissionais)

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis. Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

2/4



**AP32**

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Procedimentos  
**SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**



**AP32 – Retirada de pacientes: retirada rápida (1 e 2 profissionais)**

Procedimento  
TÉCNICA COM 1 PROFISSIONAL

1. Utilizar EPI;
2. Identificar-se e explicar o procedimento ao paciente à medida do possível;
3. Verificar se o paciente não está preso nos pedais, ferragens ou outro obstáculo;
4. Considerar a abordagem de acordo com o posicionamento do paciente no veículo:

ABORDAGEM DO PACIENTE SENTADO À ESQUERDA DO VEÍCULO:

- Abordar o paciente lateralmente passando o braço esquerdo (E) do profissional por baixo do braço E do paciente e segurar o mento;
- Passar o braço direito (D) do profissional por trás e por baixo da axila D do paciente e segurar o punho D do paciente;
- Apoiar a face lateral E do paciente contra a face lateral D do profissional;
- Girar a vítima 90° para E e removê-la vigorosamente retirando-a do veículo;
- Deitar paciente no chão cautelosamente.



ABORDAGEM DO PACIENTE SENTADO À DIREITA DO VEÍCULO:

- Abordar o paciente lateralmente passando o braço D do profissional por baixo do braço D do paciente e segurar o mento;
- Passar o braço E do profissional por trás e por baixo da axila E do paciente e segurar o punho E do paciente;
- Apoiar a face lateral D do paciente contra a face lateral E do profissional;
- Girar a vítima 90° para D e removê-la vigorosamente, retirando-a do veículo;
- Deitar paciente no chão cautelosamente.

Elaboração: Janeiro/2016

AP32 – Retirada de pacientes: retirada rápida (1 e 2 profissionais)  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

3/4



## AP32

**Protocolo Samu 192**  
**Protocolos de Procedimentos**  
**SUORTE AVANÇADO DE VIDA**

### AP32 – Retirada de pacientes: retirada rápida (1 e 2 profissionais)

5. Colocar colar cervical e imobilizar conforme protocolo, assim que possível;
6. Registrar o procedimento realizado na ficha/boletim de atendimento.

#### Observações

- Quanto mais pesada a vítima, mais difícil será de aplicar a técnica.
- Sempre quando houver mais de um socorrista, optar pelo trabalho de dois socorristas para evitar sobrecarga.
- Esta técnica permite variações diversas a depender do tipo de veículo, suas características e as circunstâncias do evento. No entanto, suas premissas básicas devem ser sempre consideradas, principalmente as que envolvem a estabilização da coluna cervical.

Elaboração: Janeiro/2016

AP32 – Retirada de pacientes: retirada rápida (1 e 2 profissionais)

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

4/4



**AP33**

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Procedimentos  
**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**



**AP33 - Retirada de pacientes: Retirada rápida (3 profissionais)**

**Indicação**

Paciente de trauma que se encontra sentado (no carro ou em circunstância similar) nas seguintes situações:

- condições de risco à vida detectadas durante a avaliação primária;
- cena insegura com risco para o paciente e os profissionais;
- paciente dificultando o acesso a outro com lesão mais grave.

**Materiais**

- EPI obrigatório;
- Colar cervical;
- Prancha longa com no mínimo três cintos;
- Imobilizador lateral de cabeça com tirantes;
- Maca.

**Procedimento**

1. Utilizar EPI.
2. Identificar-se e explicar o procedimento ao paciente à medida do possível.
3. Realizar manobra conforme indicado:



- O profissional 1 deve realizar o procedimento de estabilização e alinhamento manual da coluna cervical de preferência por trás do paciente.
- Nesse momento uma avaliação rápida deve ser realizada e o colar cervical é posicionado.



- Ainda com a estabilização manual, o profissional 2 executa a estabilização do tronco, enquanto o profissional 3 controla a região inferior das pernas.
- Inicia-se uma série de giros curtos e controlados em direção a rota de saída.
- As pernas do paciente devem ser movidas uma a uma, sobre o console se necessário.

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Abril/2015

AP33 - Retirada de pacientes: Retirada rápida (3 profissionais)

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/3



**AP33**

**Protocolo Samu 192**  
**Protocolos de Procedimentos**  
**SUORTE AVANÇADO DE VIDA**

**AP33 - Retirada de pacientes: Retirada rápida (3 profissionais)**



- Os profissionais 2 e 3 continuam a girar o paciente até que a estabilização manual da cabeça não possa mais ser efetuada por trás (dentro do veículo).
- Nesse momento o profissional 2 assume a estabilização de fora do veículo, enquanto o profissional 1 se desloca para fora do carro podendo reassumir a estabilização.
- Uma opção muito útil, é o profissional 2 efetuar a estabilização manual pela frente, enquanto o profissional 1 posiciona e apóia a prancha longa para a descida do paciente, de forma similar ao procedimento de colete imobilizador.



- Quando o tronco do paciente estiver sobre a prancha, ele é posicionado sob arrasto para a cabeceira, porém com a manutenção da estabilização da coluna, agora pelo profissional 1 que não deve puxar o paciente e sim, apenas dar suporte à cabeça.
- O arrasto é feito pelos profissionais 2 e 3.
- Se a cena não é segura ou o paciente está grave, ele deve ser rapidamente removido do local para sua segurança e estabilização do quadro.

- Registrar o procedimento realizado na ficha/boletim de atendimento.

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Abril/2015

AP33 - Retirada de pacientes: Retirada rápida (3 profissionais)  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

2/3



**AP33**

**Protocolo Samu 192  
Protocolos de Procedimentos  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**



### **AP33 - Retirada de pacientes: Retirada rápida (3 profissionais)**

#### **Observações:**

- Durante todo o procedimento, utilizar estratégias de comunicação em alça fechada.
- O comando para as ações de mobilização deve partir do profissional 1 que efetua a estabilização manual da cabeça.
- O paciente deve ser transportado na maca e com cintos de segurança afivelados.
- Para paciente com lesões que não coloquem a vida em risco iminente, a técnica a ser utilizada é a de colete imobilizador (KED).
- Esta técnica permite variações diversas a depender do tipo de veículo, suas características e as circunstâncias do evento. No entanto suas premissas básicas devem ser sempre consideradas, principalmente as que envolvem a estabilização da coluna cervical, os giros com pequenas movimentações e a redução nas trocas de posição entre os profissionais.
- Recomenda-se o aquecimento do paciente com manta térmica. A manta térmica pode ser colocada sob os cintos de segurança essencialmente nos casos de transporte aeromédico.

**Elaboração:** Agosto/2014  
**Revisão:** Abril/2015

**AP33 - Retirada de pacientes: Retirada rápida (3 profissionais)**

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

**3/3**



**AP34**

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Procedimentos  
**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**



## AP34 - Remoção de capacete

### Indicação

Paciente em uso de capacete fechado com suspeita de trauma.  
O procedimento tem como objetivo permitir o acesso imediato para o tratamento da via aérea e da ventilação do(a) paciente, e ainda, assegurar a estabilização da cabeça e da coluna cervical.

### Materiais

- EPI obrigatório;
- Colar cervical de tamanho apropriado.

### Procedimento

1. Utilizar EPI.
2. Identificar-se e explicar o procedimento ao paciente à medida do possível.
3. Realizar manobra conforme descrito:



- O profissional 1 aborda o paciente por trás da cabeça e ajoelhado com os braços apoiados no chão ou nas coxas, estabiliza o capacete posicionando as palmas das mãos sobre ele enquanto os dedos se apoiam na borda inferior.
- O profissional 2 ajoelha-se ao lado e abre (ou retira) a proteção do rosto e também abre (ou corta) a tira de fixação do capacete.



- O profissional 2 deve assumir o controle manual da coluna cervical. Para isso, com uma das mãos fixa a mandíbula do paciente de um lado a outro, em movimento com o polegar e os dedos abertos enquanto apoia o braço sobre o esterno. A outra mão é posicionada por trás sob o pescoço na região occipital com o cotovelo apoiado no solo.



- O profissional 1 inicia a retirada do capacete fazendo um movimento para os lados (de abertura), ao mesmo tempo que mobiliza o capacete para cima e para baixo (balanço) tracionando-o para fora da cabeça do paciente. É preciso cuidado especial no momento de passagem sobre o nariz. Os movimentos devem ser lentos e controlados.

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Março/2015

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

AP34 - Remoção de capacete

1/2



**AP34**

**Protocolo Samu 192**  
**Protocolos de Procedimentos**  
**SUORTE AVANÇADO DE VIDA**

**AP34 - Remoção de capacete**



- Assim que o capacete for totalmente retirado, enquanto o profissional 2 mantém o controle manual, sem deixar a cabeça se movimentar, o profissional 1 coloca coxins atrás da cabeça do paciente para auxiliar na manutenção da posição neutra e alinhada.
- Após a colocação dos coxins, o controle manual da cabeça volta a ser efetuado pelo profissional 1 na forma padrão.
- O procedimento é finalizado com a colocação do colar cervical.

4. Registrar o procedimento realizado na ficha/boletim de atendimento.

**Observações:**

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- Pacientes em uso de capacete fechado na frente devem ter o dispositivo retirado logo no início da avaliação para acesso às vias aéreas e ventilação e detecção de hemorragias ocultas na região posterior.
- A retirada de capacete de paciente em posição ventral é similar e exige adaptação do posicionamento para o controle manual da cabeça e rotação 180° antes da colocação do colar cervical.
- O capacete não deve ser retirado nos casos de excessiva dor ou parestesia ao movimento e na presença de objetos transfixados. A exceção para esses casos é a necessidade de acesso às vias aéreas comprometidas onde ele será retirado de qualquer maneira.

**Elaboração:** Agosto/2014  
**Revisão:** Maio/2015

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

AP34 - Remoção de capacete

2/2





## AP35

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Procedimentos  
**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**



### AP35 – Rolamento em bloco 90°

#### Indicação:

Paciente com suspeita de trauma e indicação de imobilização de coluna vertebromedular que necessita ser posicionado em prancha longa ou outro dispositivo de transporte e/ou necessite de avaliação do dorso.

#### Materiais e Equipamentos.

- EPIs obrigatórios;
- Colar cervical;
- Imobilizador lateral de cabeça com tirantes;
- Prancha longa;
- Três cintos de segurança ou dispositivo similar.

#### Procedimento

1. Utilizar EPI.
2. Identificar-se e explicar o procedimento ao paciente à medida do possível.
3. Realizar manobra conforme indicado:



- O profissional 1 deve posicionar-se atrás da cabeça do paciente, com os joelhos e cotovelos apoiados para melhor estabilidade e realizar o alinhamento e estabilização manual da cabeça;
- Em seguida, o profissional 2 mensura e aplica o colar cervical no paciente.



- Mantendo a estabilização manual da cabeça, os profissionais 2 e 3 se posicionam à altura do tórax e à altura dos joelhos respectivamente;
- Os MMSS do paciente são avaliados e posicionados junto ao corpo e os MMII são colocados em posição anatômica.
- A prancha é posicionada do lado oposto ao rolamento, junto ao paciente com a borda superior posicionada pouco acima da cabeça;
- O profissional 2 posiciona uma das mãos em concha na cintura escapular contralateral e a outra na cintura pélvica contralateral.
- O profissional 3 posiciona uma das mãos em concha na cintura pélvica contralateral e a outra próximo ao joelho contralateral.



- O profissional 1 confirma o posicionamento dos demais e efetua a contagem para início do rolamento do paciente em bloco à 90°.
- Nesse momento o profissional 2 deve avaliar a região dorsal em busca de possíveis lesões antes que a prancha seja posicionada.
- A prancha longa é posicionada ao longo do dorso do paciente;

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Outubro/2014

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

AP35 – Rolamento em bloco 90°

1/2



**AP35**

**Protocolo Samu 192  
Protocolos de Procedimentos  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**

**AP35 – Rolamento em bloco 90°**



- Após o posicionamento correto da prancha, o profissional 1 efetua novamente a contagem para posicionar o paciente de volta a posição de decúbito dorsal (DDH);
- Com o paciente em DDH sobre a prancha e mantida a estabilização manual da coluna, os profissionais 1 e 2 seguram firmemente respectivamente pela cintura escapular e pélvica para movimentar o paciente para cima e lateralmente para posicioná-lo adequadamente sobre a prancha.



- Os profissionais 1 e 3 posicionam o imobilizador lateral de cabeça com os apoiadores laterais e os tirantes de mento e de frente, a fim de evitar movimentos da cabeça.
- Para finalizar, os cintos de segurança devem ser posicionados para a correta fixação do paciente na prancha.
- O paciente deve ser transportado na maca e com cintos de segurança afivelados.

4. Registrar o procedimento realizado na ficha/boletim de atendimento.

**Observações:**

- Durante todo o procedimento, utilizar estratégias de comunicação em alça fechada.
- O comando para as ações de mobilização deve partir do profissional 1 que efetua a estabilização manual da cabeça.
- O paciente deve ser transportado na maca e com cintos de segurança afivelados.
- Variações na técnica podem ser consideradas desde que o princípio da rolagem em bloco com estabilização e alinhamento da coluna sejam mantidas.
- Recomenda-se o aquecimento do paciente com manta térmica. A manta térmica pode ser colocada sob os cintos de segurança essencialmente nos casos de transporte aeromédico.

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Outubro/2014

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

AP35 – Rolamento em bloco 90°

2/2



## AP36

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Procedimentos  
**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**



### AP36 – Rolamento em bloco 180°

#### Indicação:

Paciente com suspeita de trauma e indicação de imobilização de coluna vertebromedular que se encontra em decúbito ventral ou semipronação e que necessita ser posicionado em prancha longa ou outro dispositivo de transporte.

#### Materiais e Equipamentos.

- EPIs obrigatórios;
- Colar cervical;
- Imobilizador lateral de cabeça com tirantes;
- Prancha longa;
- Três cintos de segurança ou dispositivo similar.

#### Procedimento

1. Utilizar EPI.
2. Identificar-se e explicar o procedimento ao paciente à medida do possível.
3. Realizar manobra conforme indicado:



- O profissional 1 se posiciona por trás do paciente e efetua o alinhamento e a estabilização manual da cabeça prevendo a posição final após a rotação completa.
- A rotação completa deve se dar na direção oposta da direção da cabeça.
- Os profissionais 1 e 2 posicionados à altura do tórax e dos joelhos, devem alinhar os MMSS considerando a rotação completa.
- A avaliação do dorso pode ser realizada antes da rolagem;
- O profissional 2 posiciona uma das mãos em concha na cintura escapular contralateral e a outra na cintura pélvica contralateral ao mesmo tempo em que segura punho do paciente.
- O profissional 3 posiciona uma das mãos em concha na cintura pélvica contralateral e a outra próximo ao joelho contralateral.
- O profissional 3 posiciona a prancha do mesmo lado do rolamento, entre sua posição e a do paciente. O profissional 2 mantém o posicionamento do braço do paciente.
- A posição da prancha para o início do rolamento é à altura dos tornozelos;
- O rolamento deve ser realizado em 2 tempos.
- 1º tempo: Com a prancha posicionada, o profissional 1 confirma o posicionamento dos demais e efetua a contagem para o rolamento do paciente em bloco à 90°.
- Nesse rolamento, a cabeça do paciente sofre uma rotação discretamente menor e mais lenta que o tronco até que à 90° cabeça e tronco estejam alinhados.

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Março/2015

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

AP36 – Rolamento em bloco 180°

1/2



**AP36**

**Protocolo Samu 192  
Protocolos de Procedimentos  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**

**AP36 – Rolamento em bloco 180°**



- 2º tempo: Com o paciente posicionado à 90° e sem atraso, o profissional 1 confirma o posicionamento dos demais e efetua a contagem para complementar o rolamento do paciente em bloco à 180°.
  - Uma vez em DDH sobre a prancha o paciente é movimentado em bloco para cima e em direção ao centro da prancha pelos profissionais 1 e 2 assim como descrito no técnica de rolamento à 90° (Protocolo AP35).
  - Nesse momento o colar cervical é instalado pelo profissional 2;
  - Os profissionais 1 e 3 posicionam o imobilizador lateral de cabeça com os apoiadores laterais e os tirantes de mento e de frente, a fim de evitar movimentos da cabeça.
  - Para finalizar, os cintos de segurança devem ser posicionados para a correta fixação do paciente na prancha.
4. Registrar o procedimento realizado na ficha/boletim de atendimento.

**Observações:**

- Durante todo o procedimento, utilizar estratégias de comunicação em alça fechada.
- O comando para as ações de mobilização deve partir do profissional 1 que efetua a estabilização manual da cabeça.
- O paciente deve ser transportado na maca e com cintos de segurança afivelados.
- Variações na técnica podem ser consideradas desde que o princípio da rolagem em bloco com estabilização e alinhamento da coluna sejam mantidos.
- Recomenda-se o aquecimento do paciente com manta térmica. A manta térmica pode ser colocada sob os cintos de segurança essencialmente nos casos de transporte aeromédico.

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Março/2015

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

AP36 – Rolamento em bloco 180°

2/2



**AP37**

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Procedimentos  
**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**



## AP37 – Pranchamento em pé (3 profissionais)

### Indicação:

Paciente com suspeita de trauma, indicação de imobilização de coluna vertebromedular e que deambula.

### Materiais e Equipamentos

- EPIs obrigatórios;
- Colar cervical;
- Imobilizador lateral de cabeça com tirantes;
- Prancha longa;
- Três cintos de segurança ou dispositivo similar.

### Procedimento

1. Utilizar EPI.
2. Identificar-se e explicar o procedimento ao paciente à medida do possível.
3. Realizar manobra conforme indicado:



- O profissional 1 se posiciona por trás do paciente e efetua o alinhamento e a estabilização manual da cabeça.
- O profissional 2 realiza a medição e a instalação do colar cervical.
- O profissional 3 posiciona a prancha longa atrás do paciente por entre os braços do socorrista 1 e ajusta a prancha para que ela fique bem próxima do paciente.



- Profissional 1 mantém o alinhamento e estabilização da cabeça;
- Os profissionais 2 e 3 ficam em pé, voltados para o paciente, um de cada lado e posicionam o braço próximo ao paciente sob a axila segurando com a mãos, na alça mais próxima da prancha.
- A outra mão é posicionada na alça superior da prancha.



- Enquanto o alinhamento e estabilização são mantidos, sob comando de voz, o paciente e a prancha são lentamente baixados no chão
- O profissional 1 deve manter a estabilização manual fazendo movimentos rotacionais com a mão para se adaptar à descida.

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Março/2015

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

AP37 – Pranchamento em pé (3 profissionais)

1/2



**AP37**

**Protocolo Samu 192  
Protocolos de Procedimentos  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**

**AP37 – Pranchamento em pé (3 profissionais)**



- Quando este posicionamento não permitir mais a descida da prancha, os profissionais 2 e 3 devem soltar a parte superior da prancha e reposicionar seus braços sob os braços do profissional 1.
- O profissional 1 deve ajustar seu posicionamento das mãos para manter a estabilização manual e realizar os movimentos rotacionais com a mão para se adaptar à fase final da descida.



- Ao final da descida, o paciente é ajustado na prancha, recebe fixadores para a cabeça e é imobilizado na prancha longa com pelo menos 3 cintos de segurança.

4. Registrar o procedimento realizado na ficha/boletim de atendimento.

**Observações:**

- Durante todo o procedimento, utilizar estratégias de comunicação em alça fechada.
- O comando para as ações de mobilização deve partir do profissional 1 que efetua a estabilização manual da cabeça.
- O paciente deve ser transportado na maca e com cintos de segurança afivelados.
- Variações na técnica podem ser consideradas desde que o princípio da movimentação em bloco sobre a prancha com estabilização e alinhamento da coluna sejam mantidos.
- Recomenda-se o aquecimento do paciente com manta térmica. A manta térmica pode ser colocada sob os cintos de segurança essencialmente nos casos de transporte aeromédico.

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Março/2015

AP37 – Pranchamento em pé (3 profissionais)  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

2/2



**AP38**

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Procedimentos  
**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**



## AP38 – Pranchamento em pé (2 profissionais)

### Indicação:

Paciente com suspeita de trauma, indicação de imobilização de coluna vertebromedular e que deambula.

### Materiais e Equipamentos

- EPIs obrigatórios;
- Colar cervical;
- Imobilizador lateral de cabeça com tirantes;
- Prancha longa;
- Três cintos de segurança ou dispositivo similar.

### Procedimento

1. Utilizar EPI.
2. Identificar-se e explicar o procedimento ao paciente à medida do possível.
3. Realizar manobra conforme indicado:



- O profissional 1 se posiciona por trás do paciente e efetua o alinhamento e a estabilização manual da cabeça.
- O profissional 2 realiza a medição e a instalação do colar cervical.
- Com o colar posicionado, o profissional 2 posiciona a prancha longa atrás do paciente por entre os braços do socorrista 1 e ajusta a prancha para que ela fique bem próxima do paciente.
- Profissional 1 mantém o alinhamento e estabilização da cabeça;
- O profissional 2 em pé, voltado para o paciente, posiciona o braço mais próximo sob a axila do paciente segurando com a mão na alça mais próxima da prancha. A outra mão é posicionada com a palma e os dedos estendidos na face do paciente, aplicando uma leve pressão para auxiliar na estabilização manual da cabeça.
- O profissional 2 pode liberar uma das mãos e se reposicionar ao lado do paciente, ajustando o posicionamento da mão na face em movimento similar ao do socorrista 2 (braço sob a axila e mão sobre a face).
- Enquanto o alinhamento e estabilização são mantidos com leve pressão sobre a face executados pelos 2 profissionais, o paciente e a prancha são lentamente baixados no chão, após comando de voz.
- O movimento de descida deve garantir máxima estabilização manual e não deve ser intempestivo.

AP38 – Pranchamento em pé (2 profissionais)

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Março/2015

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis. Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/2



## AP38

### Protocolo Samu 192 Protocolos de Procedimentos **SUORTE AVANÇADO DE VIDA**

#### AP38 – Pranchamento em pé (2 profissionais)



- Ao final da descida, o paciente é ajustado na prancha e a estabilização manual da cabeça poderá ser mantida por um dos profissionais. Nesse momento, o paciente deve receber fixadores para a cabeça e imobilização na prancha longa com pelo menos 3 cintos de segurança.

4. Registrar o procedimento realizado na ficha/boletim de atendimento.

#### Observações:

- Durante todo o procedimento, utilizar estratégias de comunicação em alça fechada.
- O comando para as ações de mobilização deve partir do profissional 1 que efetua a estabilização manual da cabeça.
- O paciente deve ser transportado na maca e com cintos de segurança afivelados.
- Variações na técnica podem ser consideradas desde que o princípio da movimentação em bloco sobre a prancha com estabilização e alinhamento da coluna sejam mantidos.
- Recomenda-se o aquecimento do paciente com manta térmica. A manta térmica pode ser colocada sob os cintos de segurança essencialmente nos casos de transporte aeromédico.

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Março/2015

AP38 – Pranchamento em pé (2 profissionais)  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

2/2





**AP39**

**Protocolo Samu 192**  
**Protocolos de Procedimentos**  
**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**



## AP39 – Monitorização cardíaca com cabos de três e cinco vias

### Indicação

Pacientes que necessitem de avaliação e registro contínuo da atividade cardíaca (ritmo e frequência), tais como nas situações de:

- Inconsciência
- Alterações na atividade cardíaca (ritmo e frequência)
- Suspeita de acidente vascular cerebral
- Dor torácica não-traumática
- Quaisquer outras situações conforme indicação do protocolo e/ou sob ordem do médico na cena ou médico regulador

### Materiais e equipamentos

- Equipamento de proteção individual (EPI) obrigatório
- Monitor de eletrocardiograma (ECG)
- Cabo - paciente ECG três ou cinco vias
- Álcool 70%
- Gaze
- Eletrodos
- Gel para ECG, se necessário
- Material para tricotomia (se necessário)

### Procedimento

1. Utilizar EPI obrigatório;
2. Identificar-se e explicar o procedimento ao paciente, na medida do possível;
3. Retirar adereços metálicos ou moedas do contato com o corpo do paciente e afastar aparelho celular, se presentes;
4. Verificar se o paciente está em contato com alguma parte metálica da maca e afastar e/ou proteger;
5. Realizar a limpeza da pele com álcool 70% e gaze no local de posicionamento dos eletrodos;
6. Secar a pele, se necessário;

Elaboração: Janeiro/2016

AP39 – Monitorização cardíaca com cabos de três e cinco vias  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/3



**AP39**

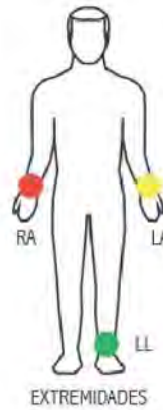
**Protocolo Samu 192**  
**Protocolos de Procedimentos**  
**SUORTE AVANÇADO DE VIDA**

**AP39 – Monitorização cardíaca com cabos de três e cinco vias**

**7. Dispor e fixar os eletrodos da seguinte forma:**

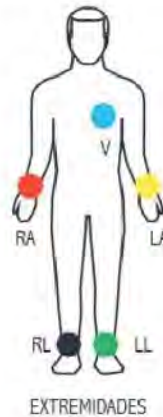
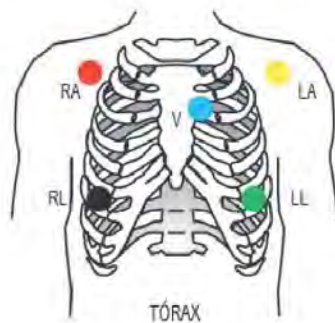
**A. UTILIZANDO CABO-PACIENTE DE TRÊS VIAS:**

- Vermelho (RA-Right Arm) na linha infraclavicular média direita (lado direito superior) ou braço direito;
- Amarelo (LA-Left Arm) na linha infraclavicular média esquerda (lado esquerdo superior) ou braço esquerdo;
- Verde (LL-Left Leg) na linha infradiafragmática esquerda (lado esquerdo inferior) ou perna esquerda.



**B. UTILIZANDO CABO-PACIENTE DE CINCO VIAS:**

- Vermelho (RA-Right Arm) na linha infraclavicular média direita (lado direito superior) ou braço direito;
- Amarelo (LA-Left Arm) na linha infraclavicular média esquerda (lado esquerdo superior) ou braço esquerdo;
- Verde (LL-Left Leg) na linha infradiafragmática esquerda (lado esquerdo inferior) ou perna esquerda;
- Preto (RL-Right Leg) na linha infradiafragmática direita (próximo à crista ilíaca) ou perna direita;
- Azul (V) no 4º espaço intercostal direito.



AP39 – Monitorização cardíaca com cabos de três e cinco vias

Elaboração: Janeiro/2016

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

2/3



## AP39

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Procedimentos  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA



### AP39 – Monitorização cardíaca com cabos de três e cinco vias

8. Conectar o cabo aos eletrodos;
9. Avaliar condição do traçado:
  - Ajustar a velocidade de inscrição do traçado de forma *standard*, que é de 25 mm/s;
  - Eletrodos devidamente aplicados devem garantir uma monitorização cardíaca adequada e livre de intercorrências;
10. Ajustar os alarmes (frequência mínima em 60 batimentos por minuto (bpm) e máximo em 100 bpm, para detecção de bradiarritmias ou taquiarritmias). Os alarmes podem ser ajustados a partir da avaliação das condições clínicas do paciente e do objetivo da monitorização;
11. Registrar a data e horário da instalação da monitorização na ficha/boletim de atendimento, bem como as alterações de interesse para a abordagem do paciente.

#### Observações

- Considerar as 3S (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- Com cabo de cinco vias é possível registrar seis derivações periféricas (DI, DII, DIII, aVR, aVL, aVF) e uma derivação precordial, a depender do posicionamento (preferencialmente V1 ou V2).
- Recomenda-se o registro intermitente (em papel) de 12 derivações em caso de detecção de anormalidade no registro contínuo ou indicação clínica.
- O alarme de frequência do monitor deverá estar sempre ligado.
- Se necessário, realizar tricatomia no local de posicionamento dos eletrodos.
- Registrar achados na ficha/boletim de atendimento.
- Realizar a limpeza do equipamento após o uso.

Elaboração: Janeiro/2016

AP39 – Monitorização cardíaca com cabos de três e cinco vias

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

3/3



**AP40**

**Protocolo Samu 192**  
**Protocolos de Procedimentos**  
**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**



## AP40 – ECG 12 Derivações

### Indicação

Todos os pacientes que necessitem de avaliação e registro intermitente em papel da atividade cardíaca (ritmo e frequência), tais como:

- Qualquer sinal de anomalia da atividade cardíaca (ritmo e frequência) durante monitorização contínua
- Inconsciência
- Suspeita de acidente vascular cerebral
- Dor torácica não-traumática
- Outros, conforme indicação do protocolo

### Materiais e equipamentos

- Equipamento de proteção individual (EPI) obrigatório
- Eletrocardiógrafo com papel para registro e com o cabo-paciente
- Quatro braçadeiras ou quatro eletrodos adesivos para os membros; seis eletrodos descartáveis (ou peras) para o tórax, de acordo com o modelo de equipamento disponível no serviço
- Gazes
- Álcool 70%
- Gel para eletroencefalograma (EEG), de acordo com modelo do aparelho
- Material de tricotomia (se necessário)

### Procedimento

1. Utilizar EPI obrigatório;
2. Identificar-se e explicar o procedimento ao paciente à medida do possível;
3. Retirar adereços metálicos ou moedas do contato com o corpo do paciente e afastar aparelhos celulares;
4. Verificar se o paciente está em contato com alguma parte metálica da maca e afastar e/ou proteger;
5. Abaixar a cabeceira, exceção aos casos de contraindicação e/ou quando o paciente não tolerar tal posição (por exemplo, casos de congestão pulmonar, exacerbação de doença pulmonar pré-existente ou hipertensão intracraniana);
6. Realizar a limpeza da pele com álcool 70% e gaze no local de posicionamento dos eletrodos (face interna distal dos membros superiores e inferiores);
7. Posicionar as braçadeiras nos membros usando gel para ECG ou os eletrodos descartáveis, da seguinte forma:
  - Vermelho (RA-Right Arm) na linha infraclavicular média direita (lado direito superior) ou braço direito;
  - Amarelo (LA-Left Arm) na linha infraclavicular média esquerda (lado esquerdo superior) ou braço esquerdo;
  - Verde (LL-Left Leg) na linha infradiafragmática esquerda (lado esquerdo inferior) ou perna esquerda;
  - Preto (RL-Right Leg) na linha infradiafragmática direita (próximo à crista ilíaca) ou perna direita;

Elaboração: Janeiro/2016

AP40 – ECG 12 Derivações  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/3



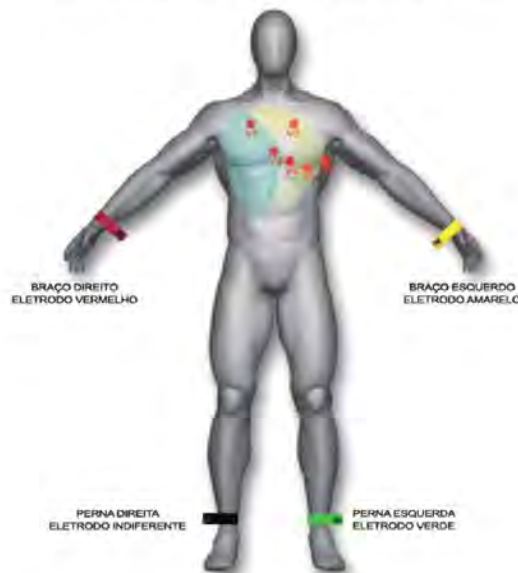
**AP40**

**Protocolo Samu 192  
Protocolos de Procedimentos  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**

**AP40 – ECG 12 Derivações**

8. Posicionar os eletrodos precordiais descartáveis ou peras no tórax desnudo do paciente, seguindo a linha precordial, a saber:
- V1 – No 4º espaço intercostal à direita do osso esterno;
  - V2 – No 4º espaço intercostal à esquerda do osso esterno;
  - V3 – No espaço intercostal, entre os eletrodos ou peras V2 e V4;
  - V4 – No cruzamento entre 5º espaço intercostal e a linha hemiclavicular à esquerda;
  - V5 – No cruzamento entre 5º espaço intercostal e a linha axilar anterior à esquerda;
  - V6 – No cruzamento entre o 5º espaço intercostal e a linha axilar média à esquerda;

**Posicionamento de braçadeiras e eletrodos precordiais**



Fonte: <http://brasilelemedicina.com.br/wp-content/uploads/2015/01/ECG-Eletrodos02-copia-c%C3%B3pia.jpg>

9. Conectar os cabos aos respectivos eletrodos ou peras;
10. Ligar o aparelho eletrocardiógrafo;
11. Manter o paciente calmo e orientar que o registro do exame será iniciado e que será necessário evitar se movimentar, tossir ou conversar enquanto o ECG estiver sendo registrado;
12. Não encostar no leito ou no paciente durante o registro do exame;

Elaboração: Janeiro/2016

AP40 – ECG 12 Derivações  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

2/3



## AP40

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Procedimentos  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA



### AP40 – ECG 12 Derivações

13. Iniciar o registro do ECG;
14. Verificar o traçado e a qualidade técnica do ECG;
15. Ao final, retirar e desprezar os eletrodos descartáveis e limpar o gel;
16. Identificar a fita ou folha de registro do ECG com:
  - nome completo do paciente;
  - idade do paciente;
  - data da realização do exame;
  - hora da realização do exame;
17. Registrar a data e horário da realização do procedimento na ficha/boletim de atendimento, bem como as alterações de interesse para a abordagem do paciente.

### Observações

- A análise do traçado permite a obtenção de informações sobre frequência, ritmo, eixo elétrico, hipertrofia, isquemia (ou necrose) e alterações metabólicas, tóxicas e/ou eletrolíticas.
- Ajustar a velocidade de inscrição do traçado de forma *standard*, que é de 25 mm/s.
- Se necessário, realizar tricotomia no local de posicionamento dos eletrodos.
- Realizar a limpeza do equipamento após o uso.

Elaboração: Janeiro/2016

AP40 – ECG 12 Derivações  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

3/3



## AP42

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Procedimentos  
**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**



### AP42 - Contenção Física

#### Quando suspeitar ou critérios de inclusão

Sua indicação é restrita às situações em que for o único meio disponível para prevenir dano imediato ou iminente ao paciente e/ou aos demais, tais como: situações de violência nas quais haja risco iminente de auto ou heteroagressão, intenção de evasão associada ao risco iminente de dano a si ou aos demais, bem como quando haja risco de queda e/ou ferimentos em pacientes com rebaixamento do nível de consciência.

#### Conduta

1. Comunicar aos familiares e/ou responsáveis, registrando o consentimento por escrito.
2. Somente iniciar o procedimento após a chegada do SAV, do Corpo de Bombeiros ou alguma instituição policial.
3. Iniciar a técnica somente quando o número mínimo de profissionais necessários estiver disponível (cinco pessoas).
4. Planejar o procedimento definindo o coordenador da ação, de preferência o mediador, e as demais funções de cada membro. Planejar também a frase chave para o comando de imobilização.
5. Orientar continuamente o paciente sobre o procedimento que está sendo realizado e esclarecer que tal medida tem como objetivo garantir a sua segurança.
6. O procedimento está dividido em duas fases: imobilização (restrição dos movimentos e da locomoção) e contenção mecânica (uso de faixas).
7. Imobilização
  - Realizar o manejo do espaço (equipe em semicírculo ao redor do paciente; coordenador ao centro; evitar se posicionar atrás do paciente).
  - Manter o olhar no paciente.
  - Posicionamento – pés afastadas, braços ao longo do corpo, distância de um braço e meio do paciente.Observações:
  - caso o paciente tente se aproximar, o profissional deve estender seu braço na altura do tórax dele, na tentativa de conter a aproximação; e
  - caso o paciente se torne colaborativo a partir desse momento, solicitar que o paciente se posicione na maca/prancha e que seja acompanhado pela equipe com seus membros superiores seguros. Prosseguir para o item 8 (contenção mecânica).
  - Comando – executar a ação após a frase chave, dita pelo coordenador:
    - lembrar de não mudar o tom de voz na hora da frase chave; e
    - ter cuidado com a comunicação.

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Abril/2015

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

AP42 - Contenção Física

1/3



**AP42**

**Protocolo Samu 192  
Protocolos de Procedimentos  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**

**AP42 - Contenção Física**

- **Execução:**
    - profissionais ao lado do paciente devem segurar os membros superiores. Segurar o punho com ambas as mãos e colocar a articulação do cotovelo do paciente abaixo de sua axila prendendo-a sob o seu tórax. Manter o membro do paciente afastado;
    - profissionais na linha diagonal devem segurar os membros inferiores. Agachar ao lado do membro do paciente, mantendo o joelho mais próximo ao paciente apoiado no chão. Usar o braço mais próximo ao paciente para envolver a região posterior da coxa, posicionando a mão na região Patelar. Utilizar o outro braço estendido, segurando o tornozelo contra o chão; e
    - coordenador, ao centro, posiciona-se por trás do paciente para segurar a cabeça e o tórax, após a imobilização dos membros. Passar um dos braços por baixo da axila do paciente e fixá-lo na extensão do tórax. Posicionar a palma da mão livre (outro braço) sobre a frente do paciente.
  - **Elevação:** elevação dos membros inferiores e suspensão do paciente.
  - **Transporte e posicionamento na maca/prancha:** com os membros suspensos e seguros e com o tórax e a cabeça apoiados no tórax do coordenador, posicionar o paciente sobre a maca/prancha, mantendo a posição anatômica:
    - membros inferiores afastados (fixar joelho e tornozelo); e
    - membros superiores ao longo da tronca com as palmas das mãos para cima (fixar punhos).
- 1. Contenção mecânica**
    - O coordenador (ou o profissional que apoia cabeça e tórax) é o responsável pela passagem das faixas.
    - Iniciar a passagem da faixa pelo membro com maior risco do paciente saltar.
    - Membros – passar a faixa por baixo da articulação, com nó na parte anterior. Amarrar a faixa na lateral da maca/prancha e manter a imobilização manual. Nos membros superiores a faixa deve envolver os punhos e nos membros inferiores deve envolver os tornozelos. Evitar hiperextensão dos membros e compressão do plexo braquial.
    - Tórax: última faixa a ser posicionada, na altura dos mamilos nos homens e abaixo das mamas nas mulheres. Amarrar nas laterais da maca/prancha. Não posicionar a faixa sobre o diafragma para não limitar a ventilação. A elevação natural do tronco não deve ultrapassar 30 graus. Evitar compressão de tórax.
    - Somente suspender a imobilização após reavaliar as fixações e refazê-las quando necessário.
    - Caso o paciente consiga liberar ambos os braços ou ambas as pernas, deve-se contê-los juntos, imediatamente, para, depois de controlada a situação, separá-los e proceder novamente a técnica.
  - 2. Realizar avaliação primária (Protocolo AC1) e avaliação secundária (Protocolo AC2).**
  - 3. O paciente deve ser mantido sob observação contínua, com registro a cada 15 minutos, durante o período em que permanecer contido:**
    - monitorar o seu nível de consciência e sinais vitais; e
    - observar pele perfusão para identificar eventual ocorrência de garroteamentos e lesões locais ou nos membros contidos do paciente.
  - 4. Na presença do SAV, administrar Haloperidol 5mg IM tão logo seja possível após a contenção ter sido completada se o paciente continuar se debatendo.**
  - 5. Realizar contato com a regulação médica para comunicar a situação clínica atualizada, orientações e para definição do encaminhamento.**

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Abril/2015

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

AP42 - Contenção Física

2/3





**AP42**

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Procedimentos  
**SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**



## AP42 - Contenção Física

### Observações:

- A contenção física e mecânica é uma medida de exceção e, dessa forma, deve ser utilizada como último recurso, após todas tentativas de manejo e tranquilização se mostrarem insuficientes para o controle da situação e sob orientação do médico regulador.
- A faixa deve ser confeccionada em material resistente, lavável e de fácil manuseio, com costura reforçada e largura apropriada (membros 10cm e tórax 20cm). Jamais utilizar lençóis ou ataduras de crepom associada a malha tubular como faixa.
- O profissional, para a sua segurança, deve estar consciente de seus próprios sentimentos (medo, ansiedade, raiva) e limites, porque as pessoas reagem instintivamente à emoção do outro, o que pode desencadear uma reação de tensão crescente. Se não se sentir tranquilo o bastante, solicitar a sua substituição no atendimento.
- Não fazer uso da contenção física com propósito de disciplina, punição e coerção ou por conveniência da equipe de saúde. Jamais aplique "chave de braço", torção de punho, gravata, técnicas de artes marciais, bem como sentar-se sobre o paciente ou colocar seus joelhos sobre ele na tentativa de imobilizá-lo.
- A contenção mecânica é um procedimento que, se não aplicada com critério e cuidados, pode desencadear complicações clínicas graves, como desidratação, redução da perfusão em extremidades, fraturas, depressão respiratória e até mesmo morte súbita.
- Deve ser mantida pelo menor tempo possível. Em nenhum caso deverá ser prolongada para além do período estritamente necessário ao seu propósito.
- Priorizar que o procedimento de contenção física seja realizado na presença e com o auxílio da SAV, nas localidades em que houver tal modalidade de suporte, considerando os riscos de intercorrências clínicas em casos de persistência da agitação enquanto o paciente estiver contido.
- O paciente deverá ser transportado na ambulância do SAMU.

### Avaliação ACENA:

A	Avaliar: Arredores, A casa e a presença de Armas ou Artefatos que indiquem o uso de Álcool e drogas; Altura e a Aparência do paciente.
C	Observar a presença de sinais de Conflito e Crise na rede social do paciente.
E	Avaliar as expectativas e a receptividade da rede social e do próprio paciente e sobre a Equipe de atendimento.
N	Avaliar o Nível de consciência, a adequação à realidade e a capacidade de escolha e Nível de sofrimento.
A	Avaliar a presença de sinais de uso de Álcool e drogas, a presença de Agressividade (atual ou anterior) e a presença de sinais de Auto-agressão.

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Abril/2015

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

AP42 - Contenção Física

3/3



## AP43

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Procedimentos  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA



### AP43 – AVDI

#### Indicação

Avaliação neurológica simplificada com o objetivo de descrever rapidamente o estado de consciência e detectar alterações precoces.

#### Material

- Equipamento de proteção individual (EPI) obrigatório

#### Procedimentos

1. Utilizar EPI;
2. Observar a abertura ocular para determinar se o paciente está alerta ou não (A);
3. Na ausência de abertura ocular, utilizar um estímulo verbal para avaliar a presença ou não de resposta (V):
  - Utilizar as perguntas: "Qual o seu nome?" ou "O que aconteceu com você?";
4. Na ausência de resposta ao estímulo verbal, promover um estímulo doloroso para avaliar se o paciente responde (D):
  - As opções de estímulo doloroso mais adequadas são: compressão do leito ungueal, pinçamento digital do músculo trapézio ou pinçamento digital do músculo esternocleidooccipitomastoideo;
5. Considerar, após a detecção da ausência de abertura ocular e de resposta ao estímulo verbal e doloroso, que o paciente está inconsciente (I).

#### Observações

- O acrônimo AVDI significa A (alerta), V (responde a estímulos verbais), D (responde a estímulos dolorosos), I (inconsciente).
- A escala não permite avaliação de como o paciente responde especificamente aos estímulos aplicados. É avaliado apenas se responde (sim ou não).
- É uma abordagem pouco precisa e deve ser utilizada apenas como avaliação rápida do estado neurológico, não substituindo outras estratégias de avaliação neurológica existentes, como a Escala de Coma de Glasgow.

Elaboração: Janeiro/2016

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

AP43 – AVDI

1/1



# Protocolos Especiais

# PEE



PE1

Protocolo Samu 192  
Protocolos Especiais  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA



## PE1 – Aspectos gerais de avaliação da segurança de cena

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

Este protocolo é parte integrante dos 3 “S” para a segurança e se aplica a todos os atendimentos. A avaliação da segurança da cena deve ser a primeira prioridade do profissional e deve anteceder o início da abordagem do paciente.

### Conduta:

#### 1. Realizar os 3 passos para avaliação da cena

<b>Passo 1:</b> Qual é a situação?	<ul style="list-style-type: none"><li>Considerar informações passadas pela Central de Regulação, por outras equipes no local ou testemunhas:<ul style="list-style-type: none"><li>tipo/natureza de evento;</li><li>solicitante;</li><li>número de pacientes;</li><li>veículos envolvidos;</li><li>situação em andamento, etc.</li></ul></li><li>Ao chegar à cena, observar:<ul style="list-style-type: none"><li>tipo/natureza do evento;</li><li>acesso (difícil?);</li><li>situação geral: pessoas no entorno;</li><li>presença de outros serviços;</li><li>presença de agentes de risco que comprometam a segurança: animais, fogo, produtos perigosos, instabilidade de estruturas, fios elétricos, acesso difícil, tráfego intenso, armamento, aglomeração de pessoas e risco de pânico em massa, fluidos corporais, múltiplos pacientes, etc.</li></ul></li></ul>
<b>Passo 2:</b> Para onde a situação pode evoluir?	<ul style="list-style-type: none"><li>Considerar as possibilidades de evolução da situação nos próximos minutos ou horas:<ul style="list-style-type: none"><li>fios energizados e soltos? choque elétrico?;</li><li>explosão?;</li><li>intoxicação por fumaça?;</li><li>colapso de estruturas?;</li><li>hostilidade e/ou violência interpessoal?;</li><li>vazamento de produtos?;</li><li>contaminação?;</li><li>vias intransitáveis?;</li><li>aumento do número de pacientes?, etc.</li></ul></li></ul>
<b>Passo 3:</b> Como controlar a situação?	<ul style="list-style-type: none"><li>Considerar o acionamento de recursos de apoio e/ou especializados como:<ul style="list-style-type: none"><li>equipes adicionais do SAMU;</li><li>corpo de bombeiros;</li><li>policimento;</li><li>departamento de trânsito;</li><li>companhia de água ou de energia elétrica;</li><li>serviço aeromédico;</li><li>concessionária de rodovias, etc.</li></ul></li><li>Os acionamentos devem ser realizados pela Central de Regulação Médica.</li></ul>

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Outubro/2014

PE1 – Aspectos gerais de avaliação da segurança de cena  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/2



**PE1**

**Protocolo Samu 192  
Protocolos Especiais  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**

## PE1 – Aspectos gerais de avaliação da segurança de cena

2. Após avaliar os três passos, definir:
  - "CENA SEGURA": iniciar os procedimentos de aproximação e abordagem do paciente (Protocolos PE7, PE2, PE3).
  - "CENA INSEGURA":
    - posicionar-se em local seguro e próximo (considerar ações de segurança já realizadas ou sinalizadas por outros serviços já presentes na cena);
    - comunicar-se imediatamente com a Central de Regulação para informar detalhes e definir solicitação de apoio;
    - se necessário considerar as ações básicas de segurança e controle da cena;
    - aguardar orientação e apoio no local seguro.
3. Considerar as ações de segurança e controle da CENA INSEGURA utilizando regras básicas de posicionamento diante de riscos, tais como:
  - rede elétrica afetada, posicionar-se próximo aos postes que ainda estiverem intactos;
  - presença (ou suspeita) de materiais tóxicos inaláveis ou fumaça, levar em consideração a direção do vento e/ou da fumaça antes de se posicionar. Posicionar-se sempre a favor do vento;
  - fogo e fumaça na cena, além da direção do vento, posicionar-se pelo menos a 50m de distância do local;
  - escoamento de combustível, posicionar-se na direção contrária ao sentido do escoamento;
  - risco de inundação, posicionar-se em local alto e distante;
  - risco de colapso de estruturas (edificações ou vias) considerar a possibilidade de extensão e propagação dos danos e posicionar-se em local seguro;
  - cenários hostis com possibilidade de violência contra a equipe (presença de armas, indivíduos hostis, animais, etc.) manter-se afastado em local seguro até a chegada de apoio. Se houve evolução para um cenário hostil com a equipe já na cena, considerar a saída estratégica diante de ameaça percebida ou potencial, com imediata comunicação à Central de Regulação;
  - se a cena já conta com presença de outras equipes ou serviços (bombeiros, policiamento etc.) considerar a sinalização e as ações de segurança já realizadas e apresentar-se ao comando da cena para disponibilização de recursos e orientações de segurança.
4. Reavaliar a cena com frequência pois os fatores podem se alterar com rapidez.

### Observações:

- Objetivo: identificar rapidamente os diferentes fatores de risco que estão relacionados com a ocorrência com vistas a tomada de decisão para seu controle e início da abordagem.
- A primeira prioridade da equipe deve ser sua segurança. O desejo de ajudar não deve se sobrepor à própria segurança da equipe.
- Em cenários hostis, é útil o uso de sinais ou palavras previamente combinadas para situações que exijam saída estratégica.

PE1 – Aspectos gerais de avaliação da segurança de cena

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Outubro/2014

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

2/2



**PE2**

Protocolo Samu 192  
Protocolos Especiais  
**SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**



## PE2 – Regras gerais de biossegurança

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

Este protocolo é parte integrante dos 3 “S” para a segurança e se aplica a todos os atendimentos. Biossegurança compreende um conjunto de ações destinadas a prevenir, controlar, mitigar ou eliminar riscos inerentes às atividades que possam interferir ou comprometer a qualidade de vida, a saúde humana e o meio ambiente.

### Conduta:

#### 1. Regras gerais de biossegurança durante o atendimento

- Utilizar EPI obrigatório:
  - uniforme completo apresentável com faixas refletivas e mangas longas;
  - calçado fechado impermeável apropriado;
  - luvas de procedimento;
  - óculos de proteção;
  - máscara facial;
  - capacete (para o caso dos condutores de matalância).
- Considerar práticas adequadas:
  - manter unhas curtas e limpas (não utilizar unhas postiças);
  - manter cabelos presos (caso se aplique);
  - não utilizar adornos em excesso como correntes, pulseiras, anéis e brincos grandes ou mesmo brincos pequenos, se do tipo argola;
  - não fazer uso de perfume durante o horário de trabalho;
  - trocar as luvas durante o atendimento caso exista contato com materiais com alta concentração de microorganismos (exemplo, material fecal) ou em caso de realização de procedimentos invasivos diferentes em um mesmo paciente;
  - com as mãos enluvadas, evitar tocar em maçanetas, puxadores, telefones e outros e, caso ocorra, garantir a realização da limpeza concorrente desses itens ao final do atendimento.

#### 2. Regras gerais de biossegurança para o período pós-atendimento

- Higiene pessoal:
  - lavar cuidadosamente as mãos e antebraços, com água e sabão após a retirada das luvas e, na impossibilidade de lavar as mãos, utilizar álcool gel ou similar;
  - trocar o uniforme sempre que este estiver úmido ou receber respingos de fluidos corporais de um paciente.
- Cuidados com o descarte de lixo e de material contaminado:
  - recolher da cena e da ambulância, todo o lixo produzido durante o atendimento (luvas, gazes, etc.) para descarte no recipiente próprio da ambulância;
  - descartar o saco de lixo da ambulância quando este alcançar 3/4 da capacidade, sendo que o descarte deve ser realizado exclusivamente no coletor de lixo hospitalar adequado e previamente pactuado.
- Cuidados com o descarte de material perfuro-cortante:
  - utilizar coletor de perfuro cortante (de parede rígida, impermeável e com tampa) para descarte destes materiais;
  - realizar o descarte quando o coletor de perfurocortante alcançar 2/3 da capacidade;
  - não deixar o coletor de perfuro-cortante no chão ou solto sobre o balcão da ambulância;
  - para descartar, quando cheio, seguir as recomendações da fabricante para o fechamento.
- Realizar de limpeza concorrente da ambulância e dos materiais e equipamentos ao final de cada atendimento.

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Março/2015

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

PE2 – Regras gerais de biossegurança

1/2



**PE2**

**Protocolo Samu 192  
Protocolos Especiais  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**

**PE2 – Regras gerais de biossegurança**

**3. Práticas gerais de biossegurança aplicadas ao ambiente pré-hospitalar**

- Lavar as mãos sempre:
  - após funções fisiológicas e/ou pessoais: uso do banheiro, alimentação, pentear os cabelos, assoar o nariz, fumar;
  - após procedimentos: ao final de cada atendimento após retirada de luvas, contato com objetos, mobiliário e documentos da ambulância e sempre que se encontrar com sujeira.
- Para a lavagem das mãos, dar preferência ao uso de dispensadores de parede com acionamento manual e secagem com o uso de papel toalha.
- Utilizar saco de lixo branco leitoso para descarte de lixo na ambulância.
- Não permitir comer, beber, fumar ou utilizar/aplicar cosméticos dentro da ambulância.
- Utilizar o uniforme exclusivamente durante o horário de trabalho, evitando-se seu uso no deslocamento por transporte público ou privado, locais de alimentação e outros ambientes.
- A limpeza dos óculos de proteção pode ser realizada com água, sabão e hipoclorito de sódio. Não utilizar álcool 70%.

**4. Medidas de prevenção contra acidentes envolvendo sangue e outros fluidos orgânicos**

- Ter máxima atenção durante a realização de procedimentos invasivos.
- Jamais utilizar os dedos como anteparo durante a realização de procedimento que envolva material perfurocortante.
- Nunca reencaixar, entortar, quebrar ou desconectar a agulha da seringa.
- Não utilizar agulhas para fixar papéis.
- Desprezar agulhas, escalpes, lâminas de bisturi e vidrarias, mesmo que estéreis, em recipiente próprio.
- Não descartar material perfurocortante em saco de lixo comum, mesmo que seja branco.
- Usar sapatos fechados (não de tecido) para proteção dos pés em locais úmidos, com presença de material biológico ou onde haja risco de acidente percutâneo.

**Observações:**

- Os profissionais com lesões cutâneas secretantes ou exsudativas devem evitar atividades na intervenção e cuidado com paciente.
- Todo e qualquer acidente envolvendo o profissional do SAMU com ou sem o envolvimento de riscos biológicos, deve ser informado imediatamente à Regulação Médica e à gerência do serviço, assim que possível.
- Os serviços devem estabelecer rotinas para os casos de acidentes de trabalho de qualquer natureza.
- O uso de máscaras faciais individuais do tipo N95 (ou PFF2), com ou sem válvula de exalação, deve ser restrita à assistência a pacientes com alta suspeição ou confirmação de patologia transmitida por patógenos menores ou iguais a 5 micra na forma de aerossóis, como por exemplo, tuberculose pulmonar bacilífera, influenza A (H1N1), SRAG, sarampo ou varicela. Outras circunstâncias ou condições epidêmicas podem indicar sua necessidade de uso. Estas máscaras são reutilizáveis e seu tempo de uso é avaliado pela sua integridade.
- Considerar as orientações sobre acidentes com material biológico no protocolo próprio.

PE2 – Regras gerais de biossegurança

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Março/2015

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

2/2



**PE3**

Protocolo Samu 192  
Protocolos Especiais  
**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**



## PE3 - Práticas para a segurança do paciente

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão

Este protocolo é parte integrante dos 3 "S" de Segurança e se aplica a todos os atendimentos.

#### Conduta

##### 1. Práticas para a identificação do paciente

- Identificar o paciente na ficha/boletim de atendimento com duas ou mais informações, dentre elas: nome completo sem abreviaturas, acompanhado de endereço completo, data de nascimento e/ou registro de um documento.
- Para pacientes inconscientes, confusos ou sem condição de informar e sem acompanhantes:
  - realizar busca ativa de documentos nos pertences e fazer a identificação conforme orientado acima; e
  - na ausência de documentos, descrever detalhadamente na ficha/boletim de atendimento duas ou mais características pessoais (sexo, etnia, vestes e o local onde o paciente foi encontrado).
- Recomenda-se a utilização de uma fita de identificação simples no pulso direito do paciente, com os dados disponíveis e o endereço onde ele foi encontrado.
- Na ocorrência de parto no ambiente pré-hospitalar, utilizar as fichas de identificação na mãe e no RN.

##### 2. Práticas para um cuidado limpo e seguro

- Lavar as mãos antes e depois de procedimentos ou do contato com o paciente e/ou do contato com material biológico.
- Na indisponibilidade de água e sabão, utilizar solução a base de álcool.
- Sempre utilizar luvas durante o atendimento.
- Garantir boas práticas na realização de procedimentos invasivos, mesmo em situação de urgência.
- Realizar os procedimentos de lavagem e desinfecção interna da ambulância, conforme protocolos locais.
- Descartar material perfuro-cortante em local adequado.
- Recolher invólucros e outros artefatos da cena para descarte adequado.

##### 3. Prática para a utilização de cateteres e sondas

- Verificar adequação e permeabilidade dos dispositivos e conexões antes de iniciar a infusão.

##### 4. Práticas para um procedimento seguro

- Executar a checagem diária dos materiais, medicamentos e equipamentos e realizar a reposição dos itens faltantes.
- Atentar para o armazenamento correto, prazo de validade e integridade dos invólucros.
- Prever e comunicar etapas críticas e/ou possíveis eventos críticos durante a realização de procedimentos.
- Registrar a realização de procedimentos, número de tentativas e intercorrências, se houver.

##### 5. Práticas para a administração segura de medicamentos e soluções

- Identificar adequadamente os itens da mochila de medicamentos para facilitar a localização.
- Certificar-se dos "5 certos" da administração de medicamentos: paciente certo, medicamento certo, via certa, hora certa, dose certa.
- Utilizar materiais e técnicas assépticas na administração de medicamentos parenterais.
- Utilizar recursos de comunicação em alça fechada para confirmar prescrição verbal em situação de emergência e também após a administração de medicamentos.
- Destacar na ficha/boletim de atendimento informação positiva sobre alergias a algum medicamento.
- Manter uma lista de medicamentos utilizados no serviço com a respectiva apresentação, dose utilizada e principais cuidados para permitir consulta rápida.
- Registrar na ficha de atendimento: droga, dose, diluente, tempo/velocidade de infusão e demais informações pertinentes à administração.
- Notificar ao serviço a ocorrência de reações ou eventos adversos decorrentes do uso de medicações.

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Outubro/2014

PE3 - Práticas para a segurança do paciente  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/3





**PE3**

**Protocolo Samu 192  
Protocolos Especiais  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**

**PE3 - Práticas para a segurança do paciente**

**6. Práticas para promoção do envolvimento do paciente com sua própria segurança**

- Incentivar e valorizar a presença do acompanhante.
- Utilizar linguagem compreensível para comunicação com o paciente.
- Comunicar ao paciente e/ou familiares todos os procedimentos e encaminhamentos a serem realizados.

**7. Práticas para a comunicação efetiva**

- Utilizar recursos de comunicação em alça fechada durante o atendimento.
- Realizar a passagem sistematizada do quadro do paciente durante a transição do cuidado do paciente para a unidade de destino.
- Preencher adequadamente a ficha/boletim de atendimento e entregar uma cópia para a unidade de destino.
- Registrar o nome do profissional que recebeu o paciente na unidade de destino.
- Escrever em letra legível.

**8. Prevenção de queda e acidentes**

- Na cama, aproximar ao máximo a maca retrátil do local onde está o paciente para evitar deslocamento longo na prancha.
- Na prancha longa, fixar o paciente com, no mínimo, 3 cintos de segurança (3 pontos diferentes).
- Na maca, realizar a fixação do paciente com os cintos de segurança.
- Transportar pacientes agitados, contidos fisicamente ou com alto risco para queda sempre com a maca rebaixada.
- Anotar na ficha/boletim se há risco para queda.
- Transporte de crianças com < de 6 meses:
  - sempre no colo do responsável e na ausência deste, no colo do profissional de saúde, exceto se houver indicação de uso de incubadora de transporte. Os adultos devem estar com os cintos devidamente afivelados. O profissional de enfermagem deve permanecer próximo para manter atenção sobre o paciente e zelar pela segurança.
- Transporte de crianças acima de 6 meses:
  - na maca, acompanhadas do responsável. Se essa atitude provocar ansiedade nas crianças menores, elas poderão ser transportadas no colo pelo responsável ou pelo profissional de enfermagem. Todos deverão estar com os cintos de segurança afivelados. O profissional de enfermagem deve permanecer próximo para manter atenção sobre o paciente e zelar pela segurança.
- Seguir as regras de condução de veículos de emergência.

**9. Prevenção de úlcera por pressão**

- Na prancha longa, utilizar coxins nas pontos mais suscetíveis à pressão.
- No transporte prolongado, se possível, promover a mudança de decúbito e utilizar coxins ou proteção nas áreas corpóreas de risco.

**10. Segurança na utilização de tecnologia**

- Manter habilidades no uso dos equipamentos da ambulância.
- Atentar para a condição das baterias recarregáveis.
- Assegurar boa fixação/guarda dos equipamentos e materiais dentro da AM.
- Comunicar à chefia qualquer problema relacionado ao uso dos equipamentos e materiais.

PE3 - Práticas para a segurança do paciente

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Outubro/2014

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

2/3



**PE3**

Protocolo Samu 192  
Protocolos Especiais  
**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**



## PE3 - Práticas para a segurança do paciente

### Observações:

- Os fatores de risco para a queda são:

#### FATORES DE RISCO PARA A QUEDA

- crianças < 5 anos e adultos > 65 anos;
- pacientes com declínio cognitivo, com depressão ou ansiedade;
- pacientes com necessidade de auxílio à marcha (pessoa ou dispositivo), amputações, com comprometimento sensorial (visão, audição ou tato);
- pacientes com AVC, hipotensão postural, tontura, convulsão, dor intensa, baixo índice de massa corpórea ou obesidade severa, incontinência ou urgência miccional ou para evacuação, artrite, osteoporose, hipoglicemia; e
- pacientes em uso de medicamentos depressores, antiarrítmicos, anti-histamínicos e outros.

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Outubro/2014

PE3 - Práticas para a segurança do paciente  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

3/3



**PE4**

**Protocolo Samu 192  
Protocolos Especiais  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**



## PE4 – Atribuições e responsabilidades da equipe do SAMU

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão

Aplica-se a todos os profissionais da equipe de intervenção.

### Conduta

#### 1. Aspectos fundamentais

- Assegurar assistência pré-hospitalar livre de danos decorrentes de imperícia, negligência e imprudência;
- Assegurar assistência pré-hospitalar livre de discriminação de qualquer natureza;
- Assegurar a privacidade e respeitar o pudor do paciente;
- Prestar informações adequadas ao paciente, familiares e/ou solicitante sobre o atendimento em termos de opções, riscos e benefícios;
- Manter, aprimorar e atualizar conhecimentos para o benefício do paciente;
- Cumprir os preceitos éticos e legais de sua categoria profissional;
- Zelar pelo cumprimento dos protocolos;
- Zelar e contribuir para a harmonia das relações interinstitucionais;
- Zelar pela imagem do serviço.

#### 2. Sobre a conduta pessoal

- Ser pontual e assíduo;
- Apresentar-se asseado;
- Utilizar o uniforme completo exclusivamente em atividades do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU);
- Manter identificação funcional e nominal no uniforme;
- Permanecer de prontidão durante o plantão, atendendo aos chamados com presteza e agilidade;
- Adequar hábitos pessoais, linguagem e atitudes ao ambiente de trabalho;
- Basear as relações com outros membros da equipe nos princípios éticos, em respeito mútuo, na liberdade e independência profissional, buscando sempre o interesse e o bem estar do paciente;
- Tratar com urbanidade os pacientes, familiares e cidadãos em geral;
- Não fumar nas dependências da instituição (base descentralizada e Central de Regulação) e/ou dentro da ambulância, conforme legislação.

#### 3. Na base

- Zelar pela ordem;
- Realizar a checagem da viatura, materiais, medicamentos e equipamentos no início e término de cada plantão, incluindo a checagem do equipamento de oxigenoterapia fixo e portátil e equipamentos de comunicação, com o devido registro;
- Providenciar a reposição de materiais de consumo ao início do plantão e/ou a cada atendimento;
- Realizar a limpeza da ambulância e dos equipamentos conforme protocolos PE23, PE24, PE25 e PE36.

#### 4. Na comunicação

- Manter atenção permanente ao sistema de comunicação disponível e atender à solicitação imediatamente;
- Utilizar linguagem do "Q" e alfabeto fonético nas comunicações com a Central de Regulação;
- Receber e registrar os dados da solicitação com ênfase para endereço e pontos de referência, motivo da solicitação e gravidade, idade, nome da vítima;

Elaboração: Novembro/2015  
Revisão: Novembro/2015

PE4 – Atribuições e responsabilidades da equipe do SAMU  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/4



**PE4**

**Protocolo Samu 192  
Protocolos Especiais  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**

## PE4 – Atribuições e responsabilidades da equipe do SAMU

Obs.: Nada deve atrasar o início do deslocamento. Outras informações podem ser transmitidas durante o trajeto: horário e origem da solicitação, detalhes sobre o evento, informações do solicitante, serviços na cena do atendimento, e outras informações disponíveis e de interesse para o atendimento e segurança da equipe;

- Notificar a Central de Regulação a cada fase do deslocamento: início do deslocamento para ocorrência, chegada na ocorrência/cena, saída da cena, chegada ao hospital, saída do hospital e disponibilidade para nova ocorrência;
- Durante o atendimento, utilizar estratégias de comunicação em alça fechada com a equipe;
- Informar o médico regulador sobre as condições do paciente, conforme protocolo de sistematização da passagem do caso para a regulação médica (Protocolo PE22).

### 5. Durante o deslocamento até o local da ocorrência

- Iniciar o deslocamento imediatamente após a recepção da solicitação;
- Auxiliar, se necessário, no estabelecimento da melhor e mais segura rota para o local da ocorrência;
- Zelar pelo respeito às regras de condução e estacionamento de veículos de emergência, conforme Protocolos PE6 e PE7 e Código de Trânsito Brasileiro.

### 6. Na cena do atendimento

- Garantir sua segurança e a da equipe, além dos circundantes e da vítima (Protocolo 3 "S");
- Utilizar equipamento de proteção individual (EPI) em todo atendimento;
- Realizar avaliação primária e secundária da vítima e proceder às intervenções necessárias, previstas em protocolos específicos para a modalidade e categoria profissional, dentro dos limites ético-profissionais;
- Entrar em contato com a Regulação Médica para:
  - SAV: decisão sobre a unidade de saúde de destino e/ou sobre qualquer outra situação atípica;
  - SBV: definição das intervenções e ações adicionais previstas em protocolo e para a definição sobre o hospital de destino ou qualquer outra situação atípica.

### 7. Na comunicação com paciente e familiares

- Identificar-se sempre;
- Buscar a identificação do paciente, familiar, responsável legal ou solicitante e chamá-los pelo nome;
- Comunicar todas as ações que serão realizadas;
- Utilizar expressões simples, evitando termos técnicos e informações desnecessárias;
- Apoiar, orientar e acalmar paciente e familiares;
- Manter atenção à comunicação verbal e não-verbal durante todo o atendimento;
- Atentar para existência de condições especiais na comunicação: linguagem estrangeira, portadores de deficiências e outras.

Elaboração: Novembro/2015  
Revisão: Novembro/2015

PE4 – Atribuições e responsabilidades da equipe do SAMU  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

2/4



**PE4**

**Protocolo Samu 192**  
**Protocolos Especiais**  
**SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**



## PE4 – Atribuições e responsabilidades da equipe do SAMU

- 8. Durante o transporte da vítima à unidade de saúde de destino**
- Zelar pelo respeito às regras de condução e estacionamento de veículos de emergência, conforme Protocolos PE6 e PE7 e Código de Trânsito Brasileiro;
  - Transportar o acompanhante preferencialmente no banco da frente;
  - Manter observação e cuidados constantes à vítima;
  - Preencher de forma completa a ficha de atendimento pré-hospitalar em duas vias e com letra legível.
- 9. Na unidade de saúde de destino**
- Transmitir informações verbais sobre o atendimento ao profissional da unidade de saúde de destino, de forma completa e sistematizada, a fim de favorecer à continuidade do cuidado;
  - Disponibilizar a 2ª via da ficha/boletim de atendimento ao profissional que recebeu o paciente na unidade de saúde de destino, anotando na 1ª e 2ª via nome completo e registro do conselho;
  - Arrolar os pertences da vítima conforme Protocolo PE18;
  - Realizar a limpeza concorrente ao final de cada atendimento e, se necessário, a limpeza terminal, conforme Protocolos PE23, PE24 e PE25;
  - Comunicar à Central de Regulação a disponibilidade para novos atendimentos tão logo esteja liberado;
  - Transmitir à Central de Regulação os dados referentes ao atendimento, utilizando o recurso de comunicação portátil disponível.
- 10. Na documentação**
- Preencher uma ficha/boletim de ocorrência para todo e qualquer paciente, incluindo (mas não se limitando a):
    - Pacientes que recusam tratamento e/ou transporte;
    - Pacientes transportados para qualquer recurso/unidade de saúde;
    - Pacientes atendidos por um serviço e/ou modalidade e transportados por outro;
    - Pacientes não encontrados na cena ou que se evadiram;
    - Pacientes atendidos durante eventos de múltiplas vítimas e/ou eventos;
    - Pacientes encontrados em óbito na cena.
  - Registrar na ficha/boletim de atendimento toda a informação disponível sobre o atendimento;
  - Zelar pela confidencialidade das informações a que tiver acesso, bem como das anotadas na ficha;
  - Relatar e registrar possíveis eventos adversos, impedimentos para realização e desvios de protocolos e/ou situações não especificadas, com vistas ao aprimoramento das ações e desenvolvimento do serviço.

Elaboração: Novembro/2015  
Revisão: Novembro/2015

PE4 – Atribuições e responsabilidades da equipe do SAMU  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

3/4



**PE4**

**Protocolo Samu 192  
Protocolos Especiais  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**

## PE4 – Atribuições e responsabilidades da equipe do SAMU

### Observações

- A responsabilidade profissional é o conjunto de deveres, compromissos e obrigações atribuído a toda pessoa que exerce uma profissão. Em caso de inobservância, fica o profissional passível de responder pelos atos prejudiciais resultantes de suas atividades.
- Nenhum membro da equipe poderá divulgar, sem autorização prévia, dados sobre atendimento prestado, com ou sem imagem, em veículos de comunicação ou redes sociais.
- As condições de asseio incluem, mas não se limitam a:
  - Para os profissionais do sexo masculino: barba feita, uniforme completo e adequadamente fechado, unhas curtas, cabelos presos (se indicado);
  - Para os profissionais do sexo feminino: cabelos presos, unhas curtas, maquiagem discreta, uniforme completo e adequadamente fechado;
- O uniforme deve ser utilizado como EPI e como identidade visual do serviço. A identificação funcional e nominal deve seguir a padronização visual prevista em manual;
- A comunicação em alça fechada é uma estratégia que visa maior efetividade nas comunicações durante situações de emergência e consequente redução de erros. Na prática, ela se baseia na formulação de ordens precisas, claras e nominais dadas por um líder (ou chefe da equipe), sendo que cada membro da equipe, quando solicitado, repete verbalmente a ordem antes de executá-la, caracterizando que compreendeu a mensagem, e faz o mesmo após a execução, sinalizando que a ordem foi cumprida.
- **IMPERÍCIA:** ignorância, inabilidade, inexperiência, inaptidão, falta de qualificação técnica teórica ou prática, ou ausência de conhecimentos elementares e básicos de uma profissão.
- **IMPRUDÊNCIA:** falta de atenção, cuidado ou cautela, imprevidência, descuido.
- **NEGLIGÊNCIA:** desleixo, descuido, desatenção, menosprezo, indolência, omissão ou inobservância do dever em realizar determinado procedimento com as precauções necessárias;
- A sistematização das informações sobre o atendimento a serem transmitidas ao profissional da unidade de saúde de destino deve incluir:
  - Identificação da equipe e modalidade de atendimento;
  - Idade e sexo do paciente;
  - Achados da avaliação primária e secundária;
  - História breve (mecanismo da lesão, sinais vitais, alergias, medicamentos em uso, passado médico, líquidos e alimentos, ambiente [SAMPLA], etc.);
  - Procedimentos efetuados e resultados obtidos;
  - Outras informações pertinentes à continuidade do cuidado.
- A documentação do atendimento é parte essencial e seu objetivo primordial é registrar toda informação disponível durante a fase pré-hospitalar para permitir a continuidade da assistência. Considera-se registro completo aquele que contém: identificação e avaliação do paciente, intervenções efetuadas, intercorrências e resposta do paciente ao tratamento durante a fase pré-hospitalar, unidade de destino, dados da equipe de atendimento e do profissional responsável pela recepção no hospital.
- A unidade de saúde de destino e a modalidade de transporte devem ser determinados pelo médico regulador.

Elaboração: Novembro/2015  
Revisão: Novembro/2015

PE4 – Atribuições e responsabilidades da equipe do SAMU

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

4/4



**PE5**

**Protocolo Samu 192  
Protocolos Especiais  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**



## PE5 – Responsabilidades adicionais do condutor de ambulância do SAMU

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão

Aplica-se aos condutores de ambulância do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

### Conduta

#### NA PASSAGEM DO PLANTÃO

1. Verificar, com o condutor que o antecedeu, as condições do veículo que está recebendo.

#### NA CHECAGEM DO VEÍCULO NO INÍCIO DO PLANTÃO

1. Manter o veículo sempre pronto para atuar nas emergências;
2. Checar:
  - Nível do óleo do motor e quilometragem da troca
  - Nível e estado do líquido do radiador
  - Fluido de freio
  - Tensão da correia do motor
  - Estado geral da bateria
  - Possíveis vazamentos
  - Presença de fumaça anormal no sistema de escapamento
  - Fixação e estado do escapamento
  - Ruídos anormais
  - Eventuais peças soltas dentro e fora da ambulância
  - Fixação e estado dos para-choques
  - Funcionamento dos limpadores de para-brisa
  - Sistemas elétricos, luminosos e sonoros, incluindo teste da luz de freio, do pisca-pisca (seta indicadora de direção) e do pisca-alerta
  - Calibragem e estado de conservação dos pneus e estepe
  - Existência de triângulo de sinalização, macaco e chave de rodas
  - Arranhões e amassados na cabina e carroceria
  - Limpeza geral externa da ambulância
  - Nível do combustível
  - Marcador de temperatura do motor
  - Ajuste do banco do motorista e checagem de todos os cintos de segurança
  - Ajuste dos espelhos retrovisores
  - Estado, carga e fixação do extintor de incêndio
  - Lanterna portátil (se disponível no serviço)
  - Sistema de radiocomunicação
  - Carga da bateria dos equipamentos de comunicação de seu uso
  - Impressos que possam ser utilizados pelo condutor
  - Caneta e papel para anotações gerais.

Elaboração: Novembro/2015  
Revisão: Novembro/2015

PE5 – Responsabilidades adicionais do condutor de ambulância do SAMU  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/2



**PE5**

**Protocolo Samu 192  
Protocolos Especiais  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**

**PE5 – Responsabilidades adicionais do condutor de ambulância do SAMU**

DURANTE O DESLOCAMENTO DA VIATURA

- 1. Manter atenção para:**
  - Ruídos anormais
  - Eventuais peças soltas
  - Estado dos freios;
- 2. Utilizar o sistema de comunicação disponível no serviço;**
- 3. Utilizar a sinalização sonora da ambulância com critério, atentando para seus efeitos estressantes sobre a equipe de socorro e o paciente (PE6);**
- 4. Utilizar as luzes e iluminação de emergência da viatura (giroflex), atentando rigorosamente para o cumprimento da legislação específica (PE6);**
- 5. Conduzir o veículo segundo legislação de trânsito prevista no Código de Trânsito Brasileiro e nas resoluções do Conselho Nacional de Trânsito (CONTRAN) para veículos de emergência;**
- 6. Seguir as regras gerais para estacionamento e sinalização da via (PE6);**
- 7. Portar durante todo o plantão os seguintes documentos:**
  - Habilitação com a autorização para conduzir veículo de emergência
  - Documentos da viatura;
- 8. Conhecer o sistema viário e as principais referências da região em que trabalha.**

**Observações**

- Os serviços devem desenvolver rotina de checagem da viatura com *checklist*, acrescentando itens à rotina sugerida acima, se necessário.
- Recomenda-se consulta ao Código de Trânsito Brasileiro (CTB) (Lei 9.503/1997).

Elaboração: Novembro/2015  
Revisão: Novembro/2015

PE5 – Responsabilidades adicionais do condutor de ambulância do SAMU  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

2/2





**PE6**

**Protocolo Samu 192**  
**Protocolos Especiais**  
**SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**



## PE6 – Regras gerais na condução de ambulância

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão

Aplica-se ao profissional responsável pela condução de uma ambulância.

### Conduta

#### 1. Aspectos fundamentais

- “A segurança é prioridade máxima”: seja para o próprio condutor, equipe, paciente ou para pedestres e demais veículos na via.
- Sobre o Código de Trânsito Brasileiro: o condutor sempre deverá seguir as resoluções e regras previstas no Código de Trânsito Brasileiro (CTB).
- Sobre o número de passageiros na ambulância: o número de passageiros permitida na ambulância deve ser igual ao número de assentos com cintos de segurança em condições de uso, mais o paciente na maca também com cinto (CTB, artigo 65).
- Sobre o uso de dispositivos sonoros (sirene):
  - Utilizar somente em efetiva prestação de serviço de urgência (CTB, artigo 29) e quando houver momentânea necessidade de aumentar a segurança, como por exemplo nas ultrapassagens e nos cruzamentos;
  - Alternar o tipo de som produzido pela sirene para facilitar a percepção dos outros motoristas sobre a presença e localização da ambulância;
  - Evitar uso contínuo se o paciente estiver na ambulância, pois aumenta o estresse, dificulta a comunicação e parte da avaliação do paciente.
- Sobre o uso de dispositivos de iluminação intermitente de emergência (giroflex):
  - Utilizar somente em efetiva prestação de serviço de urgência (CTB, artigo 29);
  - Desligar quando a ambulância estiver em deslocamento que não se caracterize como de urgência (prestação de serviço), como, por exemplo, ao retornar para base ou deslocamentos administrativos.
- Sobre o uso do farol aceso – “Seja visto!”:
  - Circular sempre com farol baixo ligado, mesmo durante o dia e em deslocamentos que não se caracterizem como urgência. Isso torna mais rápida sua visualização por outros motoristas e pelos pedestres, reduzindo significativamente a probabilidade de acidentes.
- Sobre as ultrapassagens:
  - A ambulância em efetiva ação de urgência deve ultrapassar outros veículos pela esquerda (CTB, art 29, VII, a).
  - Para a ultrapassagem, o condutor deve:
    - Posicionar a ambulância na faixa de rolamento à esquerda;
    - Utilizar os recursos sonoros e de iluminação, incluindo os faróis, para alertar os outros condutores de sua aproximação.

Obs.: A ambulância não deve ser conduzida no espaço entre as faixas de rolamento e nem “costurar” no trânsito. Só é permitido o uso de outras faixas quando houver sinalização específica na via indicando outra faixa para o veículo de emergência.

- Sobre o uso do pisca-alerta:
  - Nunca deve ser utilizado com o veículo em movimento, pois dificulta a percepção pelos outros motoristas, não identificando para que lado a ambulância irá virar e, por conseguinte, atrapalhando um melhor posicionamento dos outros veículos na via.

Elaboração: Novembro/2015  
Revisão: Novembro/2015

PE6 – Regras gerais na condução de ambulância  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/2



**PE6**

**Protocolo Samu 192  
Protocolos Especiais  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**

## PE6 – Regras gerais na condução de ambulância

- **Sobre procedimentos e velocidade permitida:**
    - O deslocamento da ambulância deve ocorrer de modo a permitir que a equipe atue com segurança e com efetividade no cuidado do paciente;
    - A velocidade pode ser extremamente reduzida para permitir a realização segura de procedimentos como massagem cardíaca, acesso venoso, intubação, etc.;
    - A interação verbal equipe/condutor é essencial para o sucesso dessa atitude no trânsito.
  - **Sobre frear, acelerar e realizar curvas:**
    - Evitar frear, acelerar ou alterar a direção do veículo bruscamente;
    - Manter atenção aos movimentos dos outros veículos e antecipar a necessidade de frenagem ou aceleração para conduzir a ambulância com a máxima suavidade.
  - **Preferência sobre pedestres:**
    - A ambulância com seus sinais sonoros e luminosos de emergência acionados tem preferência sobre pedestres (CTB artigo 29, VII, b). Recomenda-se que essa preferência seja exercida somente se o pedestre estiver em posição segura e estável, não se movimentando em situação de risco.
- 2. Prerrogativas e privilégios em efetiva prestação de serviço de urgência**
- Ultrapassar um semáforo vermelho, desde que garantidas todas as questões de segurança (CTB, artigo 29, VIII);
  - Trafegar na contramão, desde que garantidas todas as questões de segurança (CTB, artigo 29, VIII);
  - Estacionar em local proibido, desde que garantidas todas as questões de segurança (CTB, artigo 29, VIII).
- 3. Impedimentos**
- Não é permitido ultrapassar o limite de velocidade máxima estabelecida para uma via.

### Observações

- Recomenda-se consulta ao CTB (Lei 9.503/1997).
- Ambulâncias em efetiva prestação de serviço de urgência podem trafegar ou estacionar de forma distinta dos outros veículos ou agir de forma contrária às normas para os demais veículos, desde que a legislação especifique. Se a legislação não especificar, a ambulância deve seguir as normas gerais de trânsito, mesmo estando em efetiva prestação de serviços de urgência.
- A frenagem ou aceleração bruscas podem causar dano à saúde da equipe e passageiros, em especial para aqueles sentados lateralmente à direção de deslocamento da ambulância. Podem ocorrer agravos musculoesqueléticos, náuseas e vômitos. Para o paciente, pode haver ainda o agravamento de hemorragias internas, especialmente as abdominais. O condutor não tem a percepção do desconforto, pois seu corpo e sua musculatura antecipam os movimentos de frenagem, aceleração e curva, o que não ocorre com outros passageiros.
- Embora a ambulância devidamente sinalizada tenha preferência sobre os pedestres, deve-se considerar que o pedestre não conhece o CTB e pode apresentar limitações nos movimentos e deficiência auditiva e/ou visual, dentre muitas outras situações.
- O limite de velocidade de uma via é estabelecido considerando múltiplas características técnicas e condições do trânsito, tais como tipo de pavimento, número de faixas de rolamento e sua largura, conformidade, inclinação, características do área, proximidade de escolas, frequência de pedestres e distância de frenagem dos veículos. Considerando que a segurança é prioridade máxima, não é possível garantir a segurança ao trafegar em velocidade acima do permitido. Veículo em velocidade superior ao permitido pode sofrer sanções punitivas previstas na lei, mesmo se comprovada a efetiva prestação de serviços de urgência.

**Elaboração:** Novembro/2015  
**Revisão:** Novembro/2015

PE6 – Regras gerais na condução de ambulância  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

2/2



**PE7**

**Protocolo Samu 192  
Protocolos Especiais  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**



## PE7 – Regras gerais para estacionamento de ambulância e sinalização da via

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão

Ao se aproximar do local de uma emergência conduzindo uma ambulância e necessitar estacioná-la para a prestação do socorro.

### Conduta

CABE AO CONDUTOR DA AMBULÂNCIA:

1. Seguir as regras gerais para estacionamento e sinalização da via;
2. Zelar pela segurança da viatura e da equipe, evitando causar ou se envolver em um acidente;
3. Não permitir que a equipe desembarque da ambulância com ela ainda em movimento;
4. Informar à equipe o momento correto do desembarque e a porta de saída mais adequada (passageiro na cabina, lateral ou traseira);
5. Evitar a obstrução desnecessária da via: o congestionamento causado pode dificultar a chegada de outras equipes ou outros serviços necessários para as ações de socorro;
6. Sinalizar a via imediatamente após estacionar, considerando as regras básicas de sinalização, garantindo a segurança de todos e permitindo as ações de socorro da equipe;
7. Auxiliar a equipe de atendimento após estacionar e sinalizar o local.

### REGRAS GERAIS PARA ESTACIONAMENTO E SINALIZAÇÃO DA VIA

- Posicionar a ambulância no sentido da via, com os sinais luminosos (giroflex) e pisca-alerta (luz intermitente) ligados e a uma distância segura do evento;
- Decidir pela distância segura, considerando a existência de vazamento de óleo, combustível, gases, fumaça, fogo, etc.;
- Se for o primeiro veículo a chegar na cena do atendimento, estacionar antes do evento. Se houver impedimento ou risco, estacionar no melhor local possível para garantir a distância de segurança;
- Se a cena já estiver sinalizada e/ou com outros veículos de serviço no local, estacionar após o evento. Se houver impedimento para o deslocamento até a área pós-evento, estacionar antes ou no melhor local possível e revisar as sinalizações já existentes para garantir a distância de segurança;
- Em vias de baixa velocidade e/ou fluxo de veículos e em locais seguros e adequados para estacionamento, apenas delimitar a área de trabalho da equipe;
- Em vias de fluxo elevado de veículos e/ou de alta velocidade e em locais pouco apropriados para estacionamento de veículos ou inseguros, realizar a sinalização para canalização do tráfego e garantia da segurança para as equipes de atendimento;

Elaboração: Novembro/2015  
Revisão: Novembro/2015

PE7 – Regras gerais para estacionamento de ambulância e sinalização da via  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/3



**PE7**
**Protocolo Samu 192**  
**Protocolos Especiais**  
**SUORTE AVANÇADO DE VIDA**
**PE7 – Regras gerais para estacionamento de ambulância e sinalização da via**

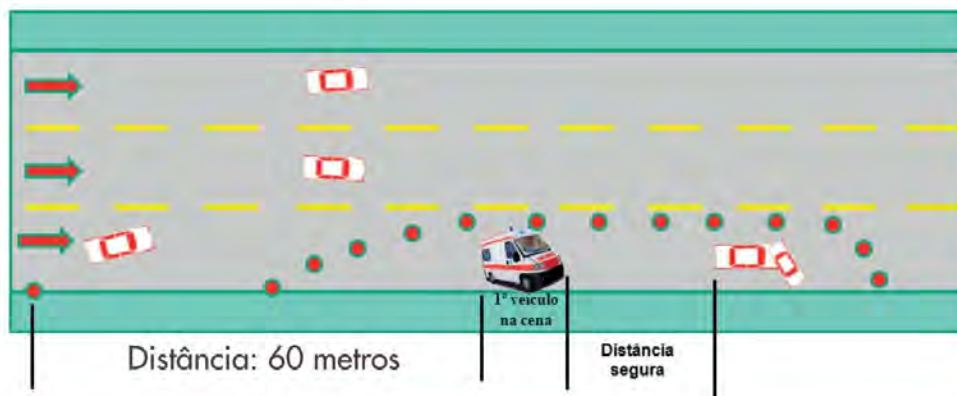
- Para sinalização e canalização do tráfego:
  - Estabelecer a distância entre a 1ª barreira na cena e a primeira sinalização (1º cone), considerando a velocidade máxima permitida na via:

VELOCIDADE MÁXIMA PERMITIDA	NO. DE PASSOS PARA A 1ª SINALIZAÇÃO
80km/h	80 passos
70km/h	70 passos
60km/h	60 passos
50km/h	50 passos
40km/h	40 passos

Obs.: Essa distância permite tempo adequado de frenagem e reposicionamento na via dos veículos que se aproximam. Em ambiente com chuva, neblina ou baixa visibilidade, a distância da primeira sinalização deve ser aumentada e até dobrada. Se o acidente ocorreu em uma curva, a distância deve ser calculada totalmente antes da curva;

- Proceder a canalização com os cones disponíveis idealmente 1 a cada 10 passos, se disponíveis. Os cones devem progressivamente envolver e delimitar a área de trabalho a uma ou mais faixas de rolamento, a depender da posição do veículo em relação ao acostamento.

Vel. máx. da via: 60 km/h



Elaboração: Novembro/2015  
 Revisão: Novembro/2015

PE7 – Regras gerais para estacionamento de ambulância e sinalização da via  
 Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
 Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

2/3



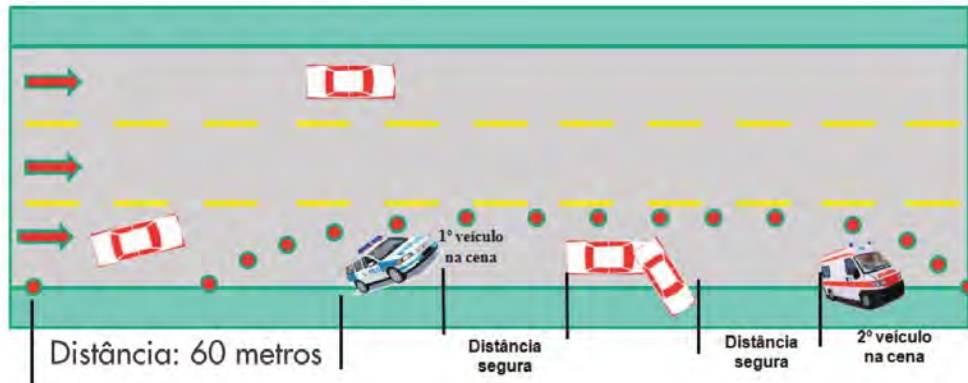
**PE7**

Protocolo Samu 192  
Protocolos Especiais  
**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**



## PE7 – Regras gerais para estacionamento de ambulância e sinalização da via

Vel. máx. da via: 60 km/h



- Se não houver condições de efetivar a sinalização adequadamente, solicitar imediato auxílio a outros órgãos como policiamento, bombeiros ou órgão de trânsito, por meio da Regulação Médica.

### Observações

- Recomenda-se a leitura e consulta ao Código de Trânsito Brasileiro (CTB) (Lei 9.503/1997).
- A informação da porta adequada para desembarque da equipe é fator importante para a segurança, pois as portas podem ficar em posição perigosa em relação à via ou podem existir irregularidades no solo.

Elaboração: Novembro/2015  
Revisão: Novembro/2015

PE7 – Regras gerais para estacionamento de ambulância e sinalização da via  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

3/3



**PE8**

**Protocolo Samu 192  
Protocolos Especiais  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**



## PE8 – Procedimentos iniciais em caso de acidentes com a ambulância

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão

Em qualquer situação de acidente que envolva a ambulância.

#### INCLUI:

- Acidentes durante deslocamentos de emergência ou administrativos
- Acidentes na presença ou ausência de pacientes já embarcados
- Acidentes com ou sem vítimas.

#### Conduta

##### ACIDENTE SEM VÍTIMA:

1. Garantir a segurança do local conforme preconizado nos protocolos PE1 e PE7;
2. Confirmar ausência de vítimas no acidente;
3. Entrar em contato com a Regulação Médica e informar:
  - Sobre a ocorrência de acidente sem vítimas, com ênfase para a localização do evento;
  - Sobre a condição da ambulância: acidente em deslocamento com ou sem paciente embarcado;
  - Sobre a necessidade de apoio e providências legais cabíveis;
4. Se houver paciente embarcado na ambulância, reavaliar e proceder cuidados necessários;
5. Na presença de terceiros envolvidos no acidente, anotar: nome, RG e endereço dos envolvidos e placa dos demais veículos;
6. Informar a Regulação Médica sobre a possibilidade de prosseguimento ou não para a unidade de destino previamente estabelecida e a condição do paciente (se houver);
  - Na impossibilidade de prosseguimento na mesma ambulância, solicitar apoio via Regulação Médica e aguardar no local. Na presença de vítima embarcada, garantir suporte à vida até a chegada da nova equipe;
  - Na possibilidade de prosseguimento, após contato com a Regulação Médica seguir para o destino previamente estabelecido ou informado pela Regulação Médica;
7. Considerar orientação da Regulação Médica sobre o momento oportuno para a realização do boletim de ocorrência.

##### ACIDENTE COM VÍTIMA:

Considerando a equipe do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) fisicamente apta para as ações, seguir as seguintes regras gerais:

1. Garantir a segurança do local conforme preconizado nos protocolos PE1 e PE7;
2. Entrar em contato com a Regulação Médica e informar:
  - Sobre a ocorrência de acidente com vítima, com ênfase para localização, número de vítimas e presença de vítimas entre os profissionais da equipe;
  - Sobre a condição: acidente em deslocamento com ou sem paciente embarcado;
  - Sobre a necessidade de apoio e providências legais cabíveis;

Elaboração: Novembro/2015  
Revisão: Novembro/2015

PE8 – Procedimentos iniciais em caso de acidentes com a ambulância  
Este protocolo foi paulado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/2



**PE8**

**Protocolo Samu 192  
Protocolos Especiais  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**

**PE8 – Procedimentos iniciais em caso de acidentes com a ambulância**

3. Realizar o atendimento à(s) vítima(s), considerando os protocolos indicados;
4. Realizar avaliação e/ou atendimento do paciente embarcado (se houver);
5. Assim que possível, informar a Regulação Médica sobre:
  - Vítimas já em atendimento e suas condições
  - Chegada de equipes de apoio
  - Chegada de equipes especializadas (policimento e outras)
  - Possibilidade de prosseguimento ou não para o destino:
    - Na **impossibilidade** de prosseguimento, aguardar apoio no local. Na presença de vítima embarcada, garantir suporte à vida até a chegada de outra ambulância para o transporte;
    - Na **possibilidade** de prosseguimento, aguardar autorização da Regulação Médica para prosseguir para o destino previamente estabelecido ou informado;
6. Considerar orientação da Regulação Médica sobre o momento oportuno para a realização do Boletim de Ocorrência.

Considerando a equipe do SAMU fisicamente inapta para as ações:

Se possível:

- Entrar em contato com a Regulação Médica e informar sobre a ocorrência de acidente com vítimas entre os profissionais da equipe e aguardar apoio; ou
- Solicitar a um cidadão que entre em contato com o 192 e informe a ocorrência com a equipe da ambulância.

**Observações:**

- Caso o acidente tenha ocorrido durante deslocamento para atendimento, é importante identificar esse fato para a Regulação Médica, a fim de permitir o direcionamento de outra equipe para esse atendimento.
- Cabe à Regulação Médica a tomada de decisão e acionamento dos recursos adicionais ou especializados para fazer frente às necessidades no local do acidente, incluindo guinchamento e providências legais.
- Na avaliação da possibilidade de prosseguimento com a ambulância mesmo após a ocorrência de acidente, devem ser considerados: as condições gerais de segurança, a capacidade de movimentação do veículo e os riscos para agravamento dos danos.
- Cabe à Regulação Médica decidir se a ambulância, estando em condições de prosseguir mesmo após se envolver em acidente, deverá sair da cena do acidente para socorrer vítima em estado grave. Exemplo: vítima de atropelamento pela ambulância.
- Os serviços devem estabelecer rotinas adicionais para apoio aos profissionais em caso de acidentes com as ambulâncias, bem como em relação à confecção do boletim de ocorrência.
- Sugere-se o registro sistemático, acompanhamento e avaliação dos acidentes envolvendo ambulâncias, a fim de compreender e atuar sobre fatores que possam estar associados à sua ocorrência por meio de ações educativas e de gestão.

Elaboração: Novembro/2015  
Revisão: Novembro/2015

PE8 – Procedimentos iniciais em caso de acidentes com a ambulância  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

2/2



PE9

Protocolo Samu 192  
Protocolos Especiais  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA



## PE9 – Consentimento para tratamento de paciente menor de idade

**Quando suspeitar ou critérios de inclusão**  
Paciente menor de idade, conforme legislação vigente.

### Conduta/providências

#### 1. Regras gerais da abordagem:

- Identificar-se;
- Ser paciente;
- Transmitir segurança;
- Solicitar a presença de familiar ou responsável durante o atendimento;
- Explicar ao paciente, se aplicável, e aos familiares todos os procedimentos que serão realizados;
- Usar palavras simples e de fácil compreensão;
- Repetir as informações quantas vezes forem necessárias.

#### 2. Abordagem inicial

- Realizar avaliação primária, secundária e as medidas básicas de suporte previstas conforme o protocolo indicado;
- Verificar a presença de possível responsável legal:
  - Na presença de responsável, indagar sobre sua relação com paciente menor e seguir para o item 3;
  - Na ausência de responsável legal, considerar Protocolo PE 11.

#### 3. Paciente menor acompanhado de responsável:

- A cada procedimento de avaliação, informar os responsáveis o que está sendo realizado;
- Havendo necessidade de procedimento de intervenção, informar os responsáveis sem interromper a sequência;
- Só interromper a sequência se houver alguma clara manifestação dos responsáveis para que o procedimento não seja realizado, momento em que a equipe deve utilizar toda sua capacidade de argumentação para obter a autorização;
- Na negativa de autorização e havendo risco de morte ou agravo importante para o paciente, realizar os procedimentos necessários, conforme artigo 22 do Código de Ética Médica;
- Tão logo seja possível, informar a Regulação Médica sobre o atendimento e o ocorrido;
- No transporte, solicitar que os pais ou responsáveis, ao menos um, acompanhem o paciente;
- Tendo havido dificuldade em obter a autorização para procedimentos, mesmo tendo sido eles realizados, informar o médico no hospital de destino.

### Observações

- Resolução nº 1.931/2009 do Conselho Federal de Medicina (CFM) - Código de Ética Médica

#### É vedado ao médico:

Art. 22. Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salva em caso de risco iminente de morte.

Elaboração: Novembro/2015  
Revisão: Novembro/2015

PE9 – Consentimento para tratamento de paciente menor de idade  
Este protocolo foi paulado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/1





**PE10**

**Protocolo Samu 192  
Protocolos Especiais  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**



## PE10 - Atendimento a paciente com necessidades especiais

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão

Pacientes com deficiência auditiva, visual, déficit de desenvolvimento intelectual, idosos, crianças.

### Regras gerais da abordagem

- Identificar-se.
- Ser paciente.
- Transmitir segurança.
- Solicitar a presença de familiar ou responsável durante o atendimento.
- Explicar ao paciente e aos familiares todos os procedimentos que serão realizados.
- Usar palavras simples e de fácil compreensão.
- Repetir as informações quantas vezes forem necessárias.
- Considerar os fatores de risco para queda (Protocolo PE3).

### Paciente com deficiência auditiva

- Falar pausadamente e olhando diretamente para os olhos do paciente para que ele possa usar a leitura labial.
- Utilizar a escrita, se necessário.

### Paciente com deficiência visual

- Descrever os procedimentos realizados.
- Manter contato físico constante (com os braços do paciente).

### Paciente com déficit de desenvolvimento intelectual

- Manter comunicação constante.
- Respeitar pausas e o tempo necessário para que o paciente responda às perguntas.

### Paciente idoso

- Tratar com respeito.
- Respeitar suas limitações, angústias, medos e pudor.

### Paciente pediátrico

- Permitir que os pais acompanhem a criança.
- Permitir que a criança leve um objeto de estimação para sentir-se mais segura.
- Garantir a segurança da criança durante o transporte.

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Outubro/2014

PE10 - Atendimento a paciente com necessidades especiais

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/1



**PE11**

Protocolo Samu 192  
Protocolos Especiais  
**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**



## PE11 - Atendimento a paciente menor de 18 anos de idade (desacompanhado)

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão

Em todo atendimento de paciente menor de 18 anos desacompanhado.

### Regras gerais de abordagem

- Seguir as regras gerais da abordagem de pacientes com necessidades especiais (Protocolo PE10).
- Assim que possível, comunicar-se com a Regulação Médica sobre o atendimento.
- Solicitar que vizinhos ou conhecidos acompanhem o paciente até o hospital, registrando nome, endereço e telefone.
- Na ausência de acompanhante, informar os vizinhos ou circundantes sobre o hospital de destino e solicitar que, se possível, comuniquem aos familiares do paciente.
- Todos os dados obtidos e orientações dadas devem ser anotadas na ficha de atendimento.
- Em caso de ausência de acompanhante, o médico do hospital de destino deve ser informado para avaliação da necessidade de acionamento do serviço social do hospital para:
  - acionamento do Conselho Tutelar para menores de 18 anos; e
  - localização de familiares no caso de pacientes sem condições de decidir.
- Ao final do atendimento, atualizar a Regulação Médica sobre o final do atendimento.

### Observação:

É comum a busca de informações sobre esses atendimentos. A Regulação Médica deverá estar pronta para fornecê-las e os dados deverão ter sido passados pela equipe de intervenção.

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Outubro/2014

PE11 - Atendimento a paciente menor de 18 anos de idade (desacompanhado)

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/1



**PE12**

Protocolo Samu 192  
Protocolos Especiais  
**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**



**PE12 - Atendimento a paciente sem condição de decidir estando desacompanhado ou acompanhado de menor de 18 anos de idade**

**Quando suspeitar ou critérios de inclusão**

- Considera-se paciente sem condições de decidir aquele que é encontrado sozinho inconsciente e/ou alcoolizado, intoxicado por drogas ou que possui um agravo em saúde mental, dentre outras situações.
- O paciente nas condições acima pode estar sozinho ou acompanhado de pessoa menor de 18 anos.

**Conduta**

- Seguir as regras gerais da abordagem de pacientes portadores de necessidades especiais (Protocolo PE10).
- Assim que possível, comunicar a Regulação Médica sobre o atendimento.
- Solicitar que vizinhos ou conhecidos acompanhem o paciente até o hospital, registrando nome, endereço e telefone.
- Se houver condição segura, como atendimento em residência com vizinhos ou amigos presentes, verificar se podem cuidar do menor. Anotar nomes, endereços, telefone e passar à Regulação Médica, que dará ou não a autorização final.
- Informar os vizinhos ou circundantes sobre o hospital de destino e solicitar que, se possível, comuniquem aos familiares do paciente.
- Todos os dados obtidos e orientações dadas devem ser anotados na ficha de atendimento.
- Em caso de ausência de acompanhante, o médico do hospital de destino deve ser informado para avaliação da necessidade de acionamento do serviço social do hospital para:
  - acionamento do Conselho Tutelar para menores de 18 anos; e
  - localização de familiares no caso de pacientes sem condições de decidir.

**Observação:**

É comum a busca de informações sobre esses atendimentos. A Regulação Médica deverá estar pronta para fornecê-las e os dados deverão ter sido passados pela equipe de intervenção.

PE12 - Atendimento a paciente sem condição de decidir estando desacompanhado ou acompanhado de menor de 18 anos de idade

**Elaboração:** Agosto/2014  
**Revisão:** Outubro/2014

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/1



**PE13**

**Protocolo Samu 192  
Protocolos Especiais  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**



## **PE13 - Atendimento a pacientes sem condições de decidir e acompanhado de animais (cão-guia ou outros)**

### **Quando suspeitar ou critérios de inclusão**

- Paciente sem condições de decidir é aquele que é encontrado inconsciente, alcoolizado ou intoxicado por drogas, dentre outras circunstâncias.
- Acompanhado de animais (cão-guia ou outros).

### **Conduta**

- Seguir as regras gerais da abordagem de pacientes com necessidades especiais (Protocolo PE10).
- Atenção para animais agressivos que possam oferecer risco à equipe.
- Em acidentes envolvendo animais e seus donos, o animal não deve ser abandonado. Nesses casos, solicitar auxílio para que alguém cuide do animal e anotar os dados da responsável (familiares, vizinhos e acompanhantes, etc.).
- Em caso de cão-guia acompanhante de pessoas com deficiência visual:
  - deve-se considerar que o cão-guia é um animal altamente treinado e que a equipe deve se esforçar para manter o paciente e o animal reunidos até a chegada ao destino;
  - o animal deverá acompanhar o paciente na ambulância a menos que sua presença na ambulância dificulte a execução de procedimentos ou traga riscos para a segurança da equipe ou para os equipamentos;
  - pode-se considerar meios de transporte alternativos para o animal, como no caso da presença de equipes da Polícia, Bombeiros ou outras instituições que possam transportar o animal até o destino do paciente; e
  - documentar na ficha de atendimento todos os detalhes envolvendo esse tipo de animal.
- Informar a Regulação Médica sobre a presença do animal e os dados de quem ficou com o mesmo.

### **Observação:**

É comum a busca de informações sobre esses atendimentos. A Regulação Médica deverá estar pronta para fornecê-las e os dados deverão ter sido passados pela equipe de intervenção.

PE13 - Atendimento a pacientes sem condições de decidir e acompanhado de animais (cão-guia ou outros)

**Elaboração:** Agosto/2014  
**Revisão:** Outubro/2014

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/1



**PE14**

Protocolo Samu 192  
Protocolos Especiais  
**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**



## PE14 - Atendimento a pacientes que recusam atendimento e/ou transporte

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão

- Todo paciente que recusa atendimento.
- Todo paciente que foi atendido, mas recusa transporte.

### Conduta

- Seguir as regras gerais da abordagem de pacientes portadores de necessidades especiais (Protocolo PE10).
- Esclarecer sobre a importância do atendimento e/ou encaminhamento para o hospital.
- Se possível, realizar a avaliação primária e secundária para a obtenção de dados que permitam avaliar o risco.
- Identificar e anotar situações que indiquem que o paciente se encontra prejudicado em sua capacidade de decisão, tais como: alterações do nível de consciência, intoxicação etílica ou por drogas, alterações de comportamento.
- Na persistência da recusa, informar o médico regulador sobre a situação e as condições do paciente.
- Relatar detalhadamente a ocorrência na ficha de atendimento, incluindo as orientações dadas.
- Anotar "Recusou atendimento" ou "Recusou ser transportado" e solicitar ao paciente e a uma testemunha que assinem a ficha de atendimento.
- Caso não seja possível atender ao item anterior, utilizar como testemunha seus companheiros de equipe. Lembre-se de que a assinatura do próprio paciente e/ou de testemunhas possuem maior respaldo legal.

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Outubro/2014

PE14 - Atendimento a pacientes que recusam atendimento e/ou transporte  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/1



**PE15**

Protocolo Samu 192  
Protocolos Especiais  
**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**



**PE15 - Recebimento de ordens de autoridades policiais ou outras autoridades na cena**

**Quando suspeitar ou critérios de inclusão**

Determinações ou ordens emanadas de bombeiros, policiais ou outras autoridades presentes no local da ocorrência caracterizam o recebimento de ordens por autoridades.

**Conduta**

Ordens pertinentes às estabelecidas nas rotinas operacionais ou aos protocolos assistenciais do SAMU 192:

- acatar as determinações somente se as ordens não forem contrárias ao Protocolo vigente e estiverem voltadas à manutenção da segurança da equipe e/ou dos pacientes;
- registrar detalhadamente as intercorrências e decisões na ficha de atendimento; e
- informar a Regulação Médica.

Ordens contrárias às estabelecidas nas rotinas operacionais ou protocolos assistenciais do SAMU 192:

- esclarecer à autoridade que as ordens ferem os regulamentos do SAMU 192;
- informar à Regulação Médica e aguardar as orientações sobre como proceder; e
- registrar detalhadamente as intercorrências e decisões na ficha de atendimento.

**Observação:**

Se a equipe for de Suporte Básico de Vida, somente o médico regulador poderá autorizar a realização de procedimentos não protocolares.

PE15 - Recebimento de ordens de autoridades policiais ou outras autoridades na cena

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Outubro/2014

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/1



**PE16**

Protocolo Samu 192  
Protocolos Especiais  
**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**



## PE16 - Atendimento na presença de médicos e enfermeiros estranhos ao serviço

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão

A presença de médicos ou enfermeiros no local da ocorrência, que não sejam plantonistas do SAMU 192 e que se prontifiquem a prestar atendimento ao paciente, caracteriza a intervenção externa.

### Conduta

No caso de intervenção externa de profissionais médicos (especialmente se o médico do SAMU não estiver presente na cena):

- comunicar a Regulação Médica;
- na dúvida, solicitar a apresentação de documento comprobatório;
- possibilitar contato via rádio do médico externo, com a Regulação Médica para a troca de informações relativas à situação do paciente;
- aguardar orientação da Regulação Médica para seguir com as orientações do médico externo; e
- registrar detalhadamente os fatos na Ficha de Atendimento:
  - anotar nome e CRM do profissional; e
  - solicitar ao profissional que registre sua intervenção no campo apropriado e assine a ficha, se possível, com carimbo.

### Observação:

Qualquer dúvida quanto à conduta tomada pelo médico que está assistindo o paciente no local deve ser informada ao médico regulador, para que faça contato com o médico do local.

### No caso de intervenção externa de profissionais enfermeiros:

- comunicar a Regulação Médica;
- na dúvida, solicitar a apresentação de documento comprobatório;
- orientar o profissional nas ações que podem ser realizadas por ele; e
- registrar detalhadamente os fatos na Ficha de Atendimento e anotar nome e registro do profissional.

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Outubro/2014

PET6 - Atendimento na presença de médicos e enfermeiros estranhos ao serviço  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/1



**PE17**

Protocolo Samu 192  
Protocolos Especiais  
**SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**



## PE17 - Regras gerais de abordagem em ocorrências com indícios de crime

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão

Deverão ser considerados indícios de crime todo atendimento com algumas das seguintes características:

- acidentes (trânsito, queda, incêndios, etc.);
- agressões interpessoais ou autoagressão (FAB, FPAF, intoxicação, múltiplas lesões por objetos contundentes, queimaduras extensas, abortamentos sem causa justificável aparente, etc.);
- parada cardiorrespiratória em pacientes sem acompanhante e/ou sem informações adicionais;
- história incompatível com as lesões encontradas e/ou com a situação da cena; e
- acionamento em apoio a ações policiais.

### Conduta

1. Atentar para a segurança da equipe.
2. Informar precocemente a Regulação Médica.
3. Considerar necessidade de apoio policial, a ser solicitado pela Regulação Médica.
4. Se a cena estiver segura, iniciar a abordagem do paciente.
5. Se a cena for insegura, afastar-se e comunicar-se com a Central de Operações para as medidas necessárias de acionamento dos recursos especializados (policimento, bombeiros, etc.), observando e anotando pessoas que adentrem o local, bem como eventos que ocorrerem na cena enquanto aguarda o apoio (sempre em lugar seguro e afastado com margem de segurança).
6. A cena não deve ser alterada, a menos que seja absolutamente necessário, para as ações de socorro ao paciente, como nos casos de:
  - necessidade de RCP;
  - risco para o(s) paciente (s);
  - risco para a equipe;
  - risco para outras pessoas ou risco de novos acidentes;
  - impossibilidade física de acesso ao (s) paciente(s); e
  - impossibilidade de outra forma de atendimento.
7. Adotar algumas regras gerais para abordagem de cenas com indícios de crime.

### Em relação ao paciente:

- somente movimentar o paciente se for necessário para avaliação e procedimentos;
- após ter movimentado o paciente e constatado óbito, jamais tentar retorná-lo à posição inicial, mas apenas descrever na ficha a posição em que ela foi encontrada;
- se necessário, retirar as vestes do paciente;
- agrupar e colocar em saco plástico todos os objetos e roupas retirados do paciente e entregar ao policial; e
- estar atento a todas as informações fornecidas pelo paciente durante o atendimento e transporte, anotando-as e transmitindo-as ao policial.

### Em relação à cena:

- informar ao policiamento se foi necessário:
  - movimentar mesas, cadeiras ou outros móveis para acessar o paciente ou executar procedimentos, descrevendo sua posição inicial;
  - acender luzes na cena; e
  - tocar em algum objeto sem luvas.

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Outubro/2014

PE17 - Regras gerais de abordagem em ocorrências com indícios de crime  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/2





**PE17**

**Protocolo Samu 192  
Protocolos Especiais  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**

**PE17 - Regras gerais de abordagem em ocorrências com indícios de crime**

- recolher da cena todo o material médico-hospitalar utilizado no atendimento, como luvas, invólucros, gazes e outros resíduos, dando a eles o destino protocolar;
- não limpar nem retirar ou recolher objetos ou sujidades que já se encontravam no local;
- não circular muito na cena, procurando evitar apagar marcas de sapatos, pneus e outras;
- evitar pisar em poças de sangue;
- não tocar em objetos da cena com as luvas sujas com sangue; e
- não mexer em objetos na cena, exceto se colocarem a segurança da equipe em risco (exemplo: arma muito próxima ou vidros quebrados).

**Em relação ao tipo de lesão:**

- em caso de ferimento penetrante, durante a retirada de vestes e exposição do paciente, preservar a área perfurada da veste, não fazendo cortes no local da perfuração; e
- em caso de enforcamento, se não houver sinais de morte óbvia, movimentar o paciente para permitir o seu atendimento, preservando o instrumento utilizado na ação, incluindo o nó, quando presente.

**Diante da presença de armas de fogo ou armas brancas na cena:**

- não tocar, a menos que haja risco para a equipe como, por exemplo, a possibilidade de acionamento inadvertido ou utilização por outra pessoa na cena;
- se houver risco, afastar a arma, manuseando-a apenas pelo cabo e com as mãos enluvadas, colocando-a em um lugar que seja seguro para a equipe e para terceiros;
- JAMAIS tentar manipular uma arma de fogo, visando desarmá-la, destravá-la ou desmuniá-la;
- evitar tocar, manusear ou limpar as mãos do paciente; e
- informar ao policial se foi necessário remover a arma de lugar, descrevendo a dinâmica desse deslocamento.

**Na presença de sinais de morte óbvia:**

- não tocar ou movimentar o paciente;
- sair da cena exatamente pelo mesmo local em que entrou, procurando não alterar os vestígios da cena; e
- não permitir a entrada de outras pessoas na cena até a chegada do policiamento.

**Ter preocupação redobrada com as anotações na Ficha de Atendimento:**

- anotar todos os horários com exatidão;
- anotar nomes e instituições presentes na cena, incluindo prefixos de viaturas e de ambulâncias;
- descrever com exatidão a posição em que o paciente foi encontrado e se foi necessário movimentá-lo, informando a razão da movimentação;
- descrever com exatidão as lesões provocadas pela equipe no corpo do paciente em função da necessidade de atendimento. Exemplos: punção para acesso venoso (detalhar locais e número de punções), punção por agulhas para bloqueios anestésicos, suspeita de fratura do esterno e/ou costelas devido à realização de RCP, cricotireoidostomia (por punção ou cirúrgica); e
- anotar o nome do policial para o qual foram passadas as informações sobre o atendimento e/ou foram entregues as vestes e/ou objetos, ou passadas informações dadas pelo paciente, dentre outros detalhes de interesse no caso.

**Observações:**

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- Este Protocolo tem por objetivo descrever condutas assertivas para as equipes, com a finalidade de preservar evidências periciais, sem comprometer o atendimento ao paciente.

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Outubro/2014

PE17 - Regras gerais de abordagem em ocorrências com indícios de crime  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

2/2



**PE18**

**Protocolo Samu 192  
Protocolos Especiais  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**



## PE 18 – Cuidados com pertences de pacientes

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão

Presença junto ao paciente de: roupas, próteses, adornos, dinheiro, carteiras, bolsa e/ou malas, documentos, equipamentos eletrônicos e outros pertences de uso pessoal.

### Conduta

- 1.** Realizar busca ativa por pertences em roupas, bolsas, sacolas, mochilas, malas, etc. que estiverem próximas ao paciente;
- 2.** Arrolar e registrar os pertences encontrados em 2 vias, item a item, com ênfase para a descrição adequada e legível dos seguintes aspectos:
  - Identificação do paciente, data, horário, número da ocorrência;
  - Valores em dinheiro e cheques: identificar em algarismos e valor por extenso;
  - Documentos: identificar tipo;
  - Objetos de adorno: descrever aparência (ex.: metal dourado, prateado, pedra azul, etc.);
  - Equipamentos eletrônicos: descrever tipo (ex.: celular, computador, etc.);
  - Identificação do profissional responsável pelo arrolamento: nome, categoria, identificação da viatura, data e horário;
  - Testemunha identificada na cena;
- 3.** Realizar acondicionamento e lacrar se possível:
  - Em saco plástico ou similar, incluindo a própria bolsa, mochila ou mala do paciente;
  - Em envelopes ou similar, no caso de valores em dinheiro e/ou cheques, adornos e documentos;
  - Recomenda-se proteger óculos e próteses com ajuda de atadura, plástico ou similar para evitar quebra;
- 4.** Quanto ao transporte dos pertences:
  - VÍTIMAS DESACOMPANHADAS
    - Pertences menores devem ser transportados acondicionados, junto com a vítima;
    - Pertences maiores devem ser transportados acondicionados, dentro da ambulância;
    - Se a vítima puder compreender, explicar os procedimentos;
  - VÍTIMAS ACOMPANHADAS de ADULTO
    - Incentivar a presença de um acompanhante durante todo o atendimento;
    - Entregar os pertences arrolados e acondicionados ao acompanhante;
    - Registrar a entrega com a identificação e assinatura do recebedor;
    - Se a vítima puder compreender, explicar os procedimentos;
- 5.** Quanto à entrega dos pertences na unidade de destino do paciente:
  - Entregar os pertences ao profissional do serviço mediante checagem item a item;
  - Coletar assinatura do profissional do serviço nas duas vias do registro;
- 6.** Anexar uma via do registro na ficha de atendimento/ocorrência que permanece com o paciente e a outra na cópia da ficha de atendimento/ocorrência que fica sob a guarda da equipe.

Elaboração: Novembro/2015  
Revisão: Novembro/2015

PE 18 – Cuidados com pertences de pacientes  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/2



**PE18**

**Protocolo Samu 192**  
**Protocolos Especiais**  
**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**

## **PE 18 – Cuidados com pertences de pacientes**

### **Observações**

- Arrolar: v.t. Pôr em rol; inventariar. Descrever em inventário os bens.
- Sugere-se que os serviços desenvolvam normativa para:
  - Registro de itens arrolados de forma simples e clara, onde constem, no mínimo: identificação do paciente e da equipe, número da ocorrência, hospital de destino e assinaturas dos responsáveis pelo arrolamento (com carimbo), testemunha e responsável pelo recebimento (com carimbo);
  - Guarda de pertences deixados na ambulância que inclua registro de entrada e saída do item (descarte ou devolução);
  - Descarte de peças de roupas e outros itens cujo proprietário não possa ser localizado (sugere-se considerar a doação) ou estejam danificados;
  - Devolução de documentos deixados na viatura, utilizando recursos disponíveis no sistema de Correios.
- Para minimizar atrasos na cena, o arrolamento e o registro podem ser realizados no hospital de destino.
- Em caso de pequenos pertences e/ou poucos itens, o arrolamento pode ser realizado na própria ficha de atendimento/ocorrência, se houver espaço adequado.
- Esse protocolo não se aplica a alimentos, armas ou pertences deixados no interior de veículos:
  - Armas devem ser transportados pelos profissionais do policiamento;
  - Pertences deixados no interior de veículos devem ser transportados pelos profissionais do policiamento;
  - Alimentos não devem ser uma preocupação da equipe e nem transportados na ambulância.

**Elaboração:** Novembro/2015  
**Revisão:** Novembro/2015

PE 18 – Cuidados com pertences de pacientes  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

2/2



**PE19**

Protocolo Samu 192  
Protocolos Especiais  
**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**



## PE19 - Dispensa de paciente na cena

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão

- Quando, após avaliação criteriosa e/ou atendimento do paciente, não houver necessidade ou indicação, naquele momento, de prosseguir o atendimento em uma unidade de saúde.

### Conduta

A liberação de pacientes do local da ocorrência, na ausência de médico intervencionista na cena é de competência exclusiva da Regulação Médica. Diante dessa possibilidade a equipe sem médico deve:

- executar a avaliação primária e a secundária;
- informar a Regulação Médica sobre a situação e as condições do paciente;
- aguardar orientações da Regulação Médica;
- assegurar-se de que o paciente ou responsável estão bem orientados sobre a necessidade de procurar atendimento médico em outro momento, quando for o caso; e
- registrar os fatos na Ficha de Atendimento.

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Outubro/2014

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

PE19 - Dispensa de paciente na cena

1/1



**PE20**

**Protocolo Samu 192  
Protocolos Especiais  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**



## PE20 - Regras gerais para abordagem de eventos envolvendo imprensa e tumulto

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão

- Em todo atendimento em via pública.
- Em todo atendimento na presença de órgãos de imprensa.
- Em todo atendimento em área de tumulto.

### Conduta

#### ATENDIMENTO EM VIAS PÚBLICAS:

- observar as regras gerais de avaliação da segurança da cena;
- atuar sempre com discrição;
- não expor o paciente à observação pública (atenção para a retirada de roupas);
- na presença de policiamento na cena, solicitar o isolamento da área, caso julgar necessário; e
- terminar os procedimentos dentro da ambulância, com as portas fechadas, sempre que possível.

#### PRESEÇA DA IMPRENSA NA CENA:

- observar as regras gerais de avaliação da segurança da cena;
- atuar sempre com discrição e com urbanidade com os colegas;
- tratar os profissionais da imprensa com urbanidade e educação, deixando claro seu papel;
- não se preocupar em impedir a filmagem. Cumprir com seu papel no atendimento ao paciente;
- preocupar-se em seguir à risca os protocolos;
- não expor o paciente, respeitando sua privacidade:
  - não fornecer dados pessoais, informações sobre o quadro ou sobre o caso;
  - atenção para a retirada de roupas do paciente; e
  - não facilitar a tomada de imagens, prejudicando o atendimento.
- na presença de policiamento na cena, solicitar o isolamento da área de atendimento, caso julgar necessário, diante de cena de risco ou de cena com dificuldades para a realização de procedimentos;
- terminar os procedimentos dentro da ambulância, com as portas fechadas, sempre que possível; e
- recomenda-se que não sejam concedidas entrevistas, exceto em casos previamente acordados.

#### PRESEÇA DE TUMULTO OU AGITAÇÃO SOCIAL COM RISCO PARA A EQUIPE:

- comunicar a Regulação Médica sobre a situação e a necessidade de apoio;
- observar as regras gerais de avaliação da segurança da cena;
- na presença do policiamento na cena, considerar as orientações sobre manutenção de distâncias seguras, aproximação e estacionamento da ambulância;
- a equipe deve permanecer reunida na área segura determinada pelo policiamento. Não circular pela cena;
- normalmente, nestas situações, os pacientes serão trazidos até a ambulância;
- manter total atenção, pois situações como esta são muito dinâmicas e podem mudar com facilidade; e
- não manifestar opiniões sobre os fatos do conflito. Manter discrição.

### Observação:

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).

**Elaboração:** Agosto/2014 | **PE20 - Regras gerais para abordagem de eventos envolvendo imprensa e tumulto**  
**Revisão:** Outubro/2014 | Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/1



**PE23**

Protocolo Samu 192  
Protocolos Especiais  
**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**



## PE23 – Limpeza terminal da ambulância

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão

- Limpeza realizada semanalmente conforme escala e/ou nos casos de suspeita de doença infectocontagiosa ou sujidade excessiva.
- Inclui os procedimentos de limpeza e desinfecção:
  - A **limpeza** deve ser realizada em **todas** as superfícies horizontais e verticais internas e externas, além de equipamentos médico-hospitalares;
  - A **desinfecção** deve ser **restrita** a superfícies que contenham matéria orgânica e aos mobiliários que podem constituir risco de contaminação para pacientes e equipe: maçanetas, maca, cadeira de rodas, gaveta do coletor de resíduos, suporte de soro, balaústre e superfície da bancada.

### Conduta

1. Comunicar a Central de Regulação sobre a necessidade de realizar o procedimento;
2. Usar equipamento de proteção individual apropriado: luvas de borracha, máscara, avental e óculos de proteção;
3. Iniciar o procedimento de limpeza e desinfecção interna da ambulância considerando:

#### SEQUÊNCIA BÁSICA DAS AÇÕES DE LIMPEZA E DESINFECÇÃO

- Reunir os materiais e produtos necessários para a técnica dos 2 baldes e posicionar a ambulância;
- Retirar equipamentos e materiais da dentro da ambulância: maca, cadeira de rodas, mochilas, materiais do armário, coletor de resíduos infectantes e perfurocortantes. Não retirar cilindros de oxigênio;



- Iniciar a limpeza das estruturas fixas da ambulância pelo fundo do salão em direção à porta traseira e de cima para baixo, incluindo teto, paredes laterais, armários e por fim o piso. A limpeza do piso e do teto deve ser realizada com movimentos em sentido unidirecional;
- Realizar a desinfecção das superfícies e equipamentos indicados;
- Realizar a limpeza da cabine do condutor.

Obs.: Na presença de material biológico, seguir Protocolo PE25.

Elaboração: Novembro/2015  
Revisão: Novembro/2015

PE23 – Limpeza terminal da ambulância  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/6



**PE23**

Protocolo Samu 192  
Protocolos Especiais  
**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**

**PE23 – Limpeza terminal da ambulância**

**OPÇÃO 1: LIMPEZA E DESINFECÇÃO COM HIPOCLORITO E ÁLCOOL**

LIMPEZA

Após reunir os materiais e retirar os equipamentos de dentro da ambulância:

- Iniciar a limpeza com pano umedecido em água e sabão pelo teto no fundo do salão seguindo para paredes e estruturas fixas (inclui luminárias, armário vertical, gavetas, baú, gaveta de lixo, vidros, telefone, maçanetas, painel de gases, grades de ar condicionado e superfície dos cilindros de oxigênio, entre outros);
- Retirar o excesso de sabão com pano umedecido em água;
- Secar com pano limpo.

Teto



Laterais



Armários e estruturas



Elaboração: Novembro/2015  
Revisão: Novembro/2015

PE23 – Limpeza terminal da ambulância  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

2/6



**PE23**

**Protocolo Samu 192**  
**Protocolos Especiais**  
**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**



**PE23 – Limpeza terminal da ambulância**

- No piso:
  - realizar varredura úmida antes de iniciar o procedimento de limpeza;
  - iniciar limpeza com rodo e pano umedecido em água e sabão pelos cantos do fundo do salão em direção à porta;
  - retirar o excesso de sabão com pano umedecido em água;
  - secar com pano limpo.

Obs.: Não deve ser utilizada água em excesso e/ou diretamente no piso, sob risco de infiltração e dano à estrutura do veículo.

**Piso**



**DESINFECÇÃO**

- Material necessário:
  - Álcool 70%, hipoclorito de sódio 1%
  - 3 panos de limpeza (mobiliários, parede e piso separadamente)



- Se necessário, remover a matéria orgânica conforme Protocolo PE25.
- Após a fase de limpeza e secagem, realizar fricção com:
  - Pano umedecido com solução de hipoclorito a 1%: para revestimento da parede, bancos, colchonetes, armários de madeira, acrílico e piso. Não utilizar em metal.
  - Pano umedecido em álcool 70%: para partes metálicas (incluindo metais da maca e cadeira de rodas, dentre outros). Não utilizar em acrílico.
- Permitir secagem espontânea.

**Elaboração:** Novembro/2015  
**Revisão:** Novembro/2015

PE23 – Limpeza terminal da ambulância  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

3/6





**PE23**

**Protocolo Samu 192**  
**Protocolos Especiais**  
**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**

**PE23 – Limpeza terminal da ambulância**



Obs.: Não deve ser realizado procedimento de desinfecção nos cilindros de oxigênio.

LIMPEZA DA CABINE DO CONDUTOR

- Realizar a limpeza da cabine do condutor com água e sabão, seguida de enxágue com pano umedecido apenas com água e secagem com pano limpo.
- Iniciar pelo teto na direção do fundo para o vidro dianteiro, seguida da limpeza do painel, direção e estofamentos.



**OPÇÃO 2: USO DE PRODUTOS PARA LIMPEZA E DESINFECÇÃO EM AÇÃO ÚNICA**

- Materiais necessários:
  - 3 panos de limpeza (mobiliários, parede e piso separadamente)
  - Produto de limpeza e desinfecção em ação única (conforme disponibilidade do serviço)
- Considerar a forma de uso preconizada pelo fabricante.
- Considerar a sequência básica das ações.

Obs.: Na presença de material biológico, seguir Protocolo PE23.

Elaboração: Novembro/2015  
Revisão: Novembro/2015

PE23 – Limpeza terminal da ambulância  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

4/6



PE23

Protocolo Samu 192  
Protocolos Especiais  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA



## PE23 – Limpeza terminal da ambulância

4. Realizar a limpeza e desinfecção dos equipamentos médico-hospitalares (Protocolo PE36);
5. Realizar a limpeza externa da ambulância utilizando balde com água e sabão e enxaguar rápido. Não é recomendado o uso de produtos especiais para limpeza, sob risco de ocorrência de manchas e perda dos adesivos;
6. Realizar o descarte apropriado de resíduos;
7. Limpar e reorganizar os materiais utilizados;
8. Preparar ambulância para novo atendimento: reposicionamento dos materiais, equipamentos, coletor de resíduos e lençol;
9. Registrar a realização da limpeza terminal: data, horário e equipe responsável;
10. Comunicar à Central de Regulação das Urgências (CRU) a conclusão do procedimento e a disponibilidade da equipe para acionamento.

### Observações

- A realização da limpeza da ambulância é uma ação coletiva e de responsabilidade de TODOS os componentes da equipe. Sua realização de forma coordenada minimiza o tempo consumido e agiliza a disponibilização da equipe para atendimentos.
- Recomenda-se manter escala semanal de responsabilidade pelo procedimento.
- O procedimento pode ser realizado na base descentralizada ou em locais predeterminados pelo serviço.
- **Limpeza:** Processo de remover a sujeira e matéria orgânica de qualquer superfície ou objeto. Recomenda-se o meio fricção mecânica, com água e sabão. É facultado o uso de limpador multiuso sob fricção em substituição à água e ao sabão.
- **Desinfecção:** Processo químico ou físico que elimina todos os micro-organismos patogênicos na forma vegetativa presentes em superfícies inertes, exceto os esporulados. Recomenda-se o uso de álcool e hipoclorito de sódio. É facultado o uso de outros produtos de ação única.
- No caso de uso de produtos que efetuam limpeza e desinfecção em uma única ação, recomenda-se:
  - A utilização de produtos devidamente registrados ou notificados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa);
  - A limpeza por compartimentos com retirada e reposição gradual dos materiais ao final de cada fase para racionalizar o tempo consumido no procedimento.
- Varredura úmida: Remove a pó e possíveis detritos soltos no chão. É feita com pano úmido e rodo. Os resíduos devem ser recolhidos com o auxílio de pá e despejados no coletor.
- Técnica dos dois baldes e uso dos 3 panos de limpeza\*:
  - Reunir materiais necessários para a técnica dos 2 baldes:
    - balde com água e sabão ou detergente e 1 balde com água
    - panos de limpeza (mobiiliários, parede e piso separadamente)
    - 1 rodo;

Elaboração: Novembro/2015  
Revisão: Novembro/2015

PE23 – Limpeza terminal da ambulância  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

5/6



**PE23**

**Protocolo Samu 192**  
**Protocolos Especiais**  
**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**

**PE23 – Limpeza terminal da ambulância**

- Preparar um balde com água e sabão ou detergente e outro somente com água;
- Disponibilizar 3 panos de limpeza limpos (mobiliários, parede e piso separadamente);
- Iniciar a limpeza com água e sabão, mergulhando o pano no balde com a solução e torcendo-o para retirar o excesso de água;
- Dobrar o pano umedecido em 2 ou 4 partes e iniciar a limpeza por uma das partes, desdobrando sempre que houver excesso de sujidade para utilizar todas as partes;
- Friccionar em sentido unidirecional;
- Lavar o pano no balde que contém apenas a água, após utilizar todas as dobras;
- Reiniciar o procedimento de limpeza com água e sabão s/n;
- Retirar o excesso de sabão com pano umedecido apenas em água (bem torcido);
- Trocar a água dos baldes sempre que estiver visivelmente suja;
- Desprezar a água suja na área de expurgo da base;
- Desvantagens do hipoclorito de sódio a 1%: corrosivo para metais, irritante para olhos, pele e mucosas; é inativado na presença de matéria orgânica.
- Desvantagens do álcool: inflamável, volátil, opacificação acrílica e resseca plástico e borracha; é inativado na presença de matéria orgânica.
- Ao retirar os materiais de consumo e descartáveis dos armários e gavetas, checar validade e condições das embalagens.
- Todo resíduo gerado dentro da ambulância deverá seguir as normas e rotinas estabelecidas para o gerenciamento de resíduos de saúde:
  - Resíduos infectantes (possível presença de agentes biológicos): acondicionar em saco de lixo branco leitoso e descartar em unidade de saúde que conte com armazenamento e coleta especializada para destinação final;
  - Resíduos perfurocortantes: descartar imediatamente após o uso, em recipientes de parede rígida com tampa e identificados. Ao alcançar cerca de 2/3 de sua capacidade, esses recipientes devem ser descartados em unidade de saúde que conte com armazenamento e coleta especializada. É expressamente proibido o esvaziamento desses recipientes para reutilização.
  - Resíduos comuns (por exemplo, papéis e impressos em geral, copos descartáveis, etc.): podem ser descartados em sacos de lixo do tipo comum, conforme legislação do município.
- As ações de reorganização do ambiente incluem a lavagem e secagem dos baldes e panos.
- Frascos de aspiração e outros dispositivos de oxigenoterapia, extensões e dispositivo bolsa-valva-máscara devem ser descartados ou reprocessados, conforme rotina do serviço.

**Elaboração:** Novembro/2015  
**Revisão:** Novembro/2015

PE23 – Limpeza terminal da ambulância  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

6/6



**PE24**

**Protocolo Samu 192**  
**Protocolos Especiais**  
**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**



**PE24 – Limpeza concorrente da viatura**

**Quando suspeitar ou critérios de inclusão**

- Limpeza realizada diariamente a cada início de plantão e/ou após os atendimentos com a finalidade de limpar e organizar o ambiente.
- Inclui os procedimentos de limpeza e desinfecção das superfícies horizontais internas de mobiliário (bancada, estofados, armários e outros), piso e equipamentos que podem constituir risco de contaminação para pacientes e equipe (maçanetas, maca, cadeira de rodas, gaveta do coletor de resíduos, suporte de soro e balaústre).

**Conduta**

1. Comunicar a Regulação Médica sobre a necessidade de realizar o procedimento. A equipe deverá permanecer disponível em QAP (na escuta) para acionamentos;
2. Usar equipamento de proteção individual apropriado: luvas de borracha, máscara, avental e óculos de proteção;
3. Iniciar o procedimento considerando:

**SEQUÊNCIA BÁSICA DAS AÇÕES DE LIMPEZA E DESINFECÇÃO**

- Reunir os materiais necessários para a técnica dos 2 baldes e posicionar a ambulância;
- Retirar apenas maca e mochilas da ambulância. A limpeza e desinfecção deve ser realizada por compartimentos;



- Iniciar a limpeza das superfícies horizontais das estruturas fixas da ambulância pelo fundo do salão em direção à porta traseira (balcão, estofados, maçanetas e, por último, o piso);
- Realizar limpeza das estruturas das telas dos equipamentos médico-hospitalares e das estruturas horizontais da maca, incluindo colchonete;
- Realizar a desinfecção apenas das superfícies indicadas acima.

Obs.: Na presença de material biológico, seguir Protocolo PE25.

Elaboração: Novembro/2015  
Revisão: Novembro/2015

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

PE24 – Limpeza concorrente da viatura

1/3



## PE24

Protocolo Samu 192  
Protocolos Especiais  
**SUORTE AVANÇADO DE VIDA**

### PE24 – Limpeza concorrente da viatura

#### OPÇÃO 1: LIMPEZA E DESINFECÇÃO COM HIPOCLORITO OU ÁLCOOL

##### LIMPEZA

Após reunir materiais necessários e retirar a maca e as mochilas:

- Iniciar a limpeza com pano umedecido em água e sabão pela superfície do balcão, e armários, equipamentos, balaústre e fixador de soro, estofados, maçanetas, gaveta de coletor de resíduos, maca e cadeira de rodas. Sempre considerar o sentido do fundo para a porta traseira e movimentos unidirecionais;
- Retirar o excesso de sabão com pano umedecido em água;
- Secar com pano limpo;
- No piso:
  - realizar varredura úmida antes de iniciar o procedimento de limpeza;
  - iniciar limpeza com rodo e pano umedecido em água e sabão pelos cantos do fundo do salão em direção à porta;
  - retirar o excesso de sabão com pano umedecido em água;
  - secar com pano limpo.

Obs.: Não deve ser utilizada água em excesso e/ou diretamente no piso, sob risco de infiltração e dano ao veículo.

##### Piso



##### DESINFECÇÃO

- Restrita às superfícies e aos mobiliários com risco de contaminação.
- Material necessário: álcool 70% e hipoclorito de sódio 1%.
- Após a limpeza e secagem, realizar fricção apenas nas superfícies horizontais com:
  - Pano umedecido com solução de hipoclorito a 1%: bancos, colchonete, bancada do armário e piso. Não utilizar em metal.
  - Pano umedecido em álcool 70%: para partes metálicas (tampo e grades da maca). Não utilizar em acrílico.
- Permitir secagem espontânea.

##### Obs.:

- Não deve ser realizado procedimento de desinfecção nos cilindros de oxigênio.
- Na presença de material biológico, seguir Protocolo PE25.

Elaboração: Novembro/2015  
Revisão: Novembro/2015

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

PE24 – Limpeza concorrente da viatura

2/3



**PE24**

Protocolo Samu 192  
Protocolos Especiais  
**SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**



**PE24 – Limpeza concorrente da viatura**

**OPÇÃO 2: USO DE PRODUTOS PARA LIMPEZA E DESINFECÇÃO EM AÇÃO ÚNICA**

- Materiais necessários:
    - 3 panos de limpeza (mobiliários, parede e piso separadamente)
    - Produto de limpeza e desinfecção em ação única (conforme disponibilidade do serviço)
  - Considerar a forma de uso preconizada pelo fabricante;
  - Considerar a sequência básica das ações.
4. Realizar o descarte apropriado de resíduos, se necessário;
  5. Limpar e reorganizar os materiais utilizados;
  6. Preparar ambulância para novo atendimento: reposicionamento da maca e mochilas, coletor de resíduos e lençol;
  7. Registrar a realização da limpeza concorrente: data, horário e equipe responsável;
  8. Comunicar à Regulação Médica a conclusão do procedimento.

**Observações:**

- A realização da limpeza da ambulância é uma ação coletiva e de responsabilidade de TODOS os componentes da equipe. Sua realização de forma coordenada minimiza o tempo consumido e agiliza a disponibilização da equipe para atendimentos.
- O procedimento pode ser realizado na base descentralizada, na unidade hospitalar de destino ou em locais predeterminados pelo serviço.
- **Limpeza:** Processo de remover a sujidade e matéria orgânica de qualquer superfície ou objeto. No atendimento pré-hospitalar, é realizada por meio fricção mecânica, com água e sabão. É facultado o uso de limpador multiuso sob fricção em substituição à água e ao sabão.
- **Desinfecção:** Processo químico ou físico que elimina todos os micro-organismos patogênicos na forma vegetativa presentes em superfícies inertes, exceto os esporulados. Recomenda-se a utilização de álcool 70% e hipoclorito de sódio 1%. É facultado o uso de produtos para desinfecção de ação única (efetuem limpeza e desinfecção simultaneamente).
- No caso de uso de produtos de desinfecção de ação única, recomenda-se:
  - A utilização de produtos devidamente registrados na Anvisa;
  - A limpeza por compartimentos com retirada e reposição gradual dos materiais ao final de cada fase para racionalizar o tempo consumido no procedimento.
- Varredura úmida: Remove o pó e possíveis detritos soltos no chão. É feita com pano úmido e rodo. Os resíduos devem ser recolhidos com o auxílio de pá.
- Considerar a técnica dos dois baldes e uso dos 3 panos de limpeza descrita no PE23.
- Todo resíduo gerado dentro da ambulância deverá seguir as normas e rotinas estabelecidas para o gerenciamento de resíduos de saúde descritos na PE23.
- As ações de reorganização do ambiente incluem a lavagem e secagem dos baldes e panos.
- Frascos de aspiração e outros dispositivos de oxigenoterapia, extensões e dispositivo bolsa-valva-máscara utilizados devem ser trocados, descartados e/ou reprocessados, conforme rotina do serviço.

Elaboração: Novembro/2015  
Revisão: Novembro/2015

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

PE24 – Limpeza concorrente da viatura

3/3



**PE25**

**Protocolo Samu 192**  
**Protocolos Especiais**  
**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**



## PE25 – Limpeza na presença de matéria orgânica

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão

- Limpeza efetuada sempre que algum tipo de material biológico entrar em contato direto com qualquer superfície da ambulância;
- Inclui a remoção do material biológico e a limpeza e desinfecção da superfície;
- Matéria orgânica: sangue, vômito, fezes, urina e outros líquidos e secreções orgânicas potencialmente contaminadas.

### Conduta

1. Comunicar a Regulação Médica sobre a necessidade de realizar o procedimento;
2. Usar equipamento de proteção individual apropriado: luvas de borracha, máscara, avental e óculos de proteção;
3. Iniciar o procedimento de limpeza e desinfecção considerando a quantidade de material orgânico:.

#### PEQUENA QUANTIDADE DE MATERIAL ORGÂNICO (incluindo respingos)

- Remover a matéria orgânica com papel toalha:
  - Colocar folhas de papel sobre o material orgânico;
  - Reunir as folhas em movimentos no sentido de fora para dentro para envolver o material orgânico;
  - Desprezar o papel utilizado no coletor de resíduos infectantes;



- Realizar a limpeza do local de onde foi retirado o material, utilizando a técnica de dois baldes e 3 panos descrita no Protocolo PE23;
- Secar a área;
- Realizar a desinfecção do local onde foi retirado o material com hipoclorito de sódio 1% sob fricção ou em ação por 15 min. Em partes metálicas, utilizar álcool 70% sob fricção;
- Remover o excesso de produto de desinfecção com papel;
- Executar a limpeza com água e sabão no restante da área, enxaguando e secando em seguida.



Elaboração: Novembro/2015  
Revisão: Novembro/2015

PE25 – Limpeza na presença de matéria orgânica  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/2



## PE25

**Protocolo Samu 192**  
**Protocolos Especiais**  
**SUORTE AVANÇADO DE VIDA**

### PE25 – Limpeza na presença de matéria orgânica

#### GRANDE QUANTIDADE DE MATERIAL ORGÂNICO

- Remover a matéria orgânica com rodo, pá e lixeira (se necessário);
  - Desprezar a matéria orgânica líquida no esgoto sanitário (tanque do expurgo);
  - Caso a matéria orgânica esteja em estado sólido, acondicionar em coletor de resíduo;
  - Realizar a limpeza do local de onde foi retirado o material, utilizando a técnica de dois baldes e 3 panos descrita no Protocolo PE23;
  - Secar a área;
  - Realizar a desinfecção do local onde foi retirado o material com hipoclorito de sódio 1%, conforme descrito acima. Em partes metálicas, utilizar álcool 70%;
  - Remover o excesso de produto e executar a limpeza com água e sabão no restante da área, enxaguando e secando em seguida.
4. Limpar e reorganizar os materiais utilizados;
  5. Preparar ambulância para novo atendimento: reposicionamento dos materiais, equipamentos, coletor de resíduos e lençol;
  6. Registrar a realização da limpeza: data, horário e equipe responsável;
  7. Comunicar à Regulação Médica a conclusão do procedimento e a disponibilidade da equipe para acionamento.

#### Observações:

- A realização da limpeza da ambulância é uma ação coletiva e de responsabilidade de TODOS os componentes da equipe. Sua realização de forma coordenada minimiza o tempo consumido e agiliza a disponibilização da equipe para atendimentos.
- **Limpeza:** Processo de remover a sujeira e matéria orgânica de qualquer superfície ou objeto. Recomenda-se meia fricção mecânica, com água e sabão. É facultado o uso de limpador multiuso sob fricção em substituição à água e ao sabão.
- **Desinfecção:** Processo químico ou físico que elimina todos os micro-organismos patogênicos na forma vegetativa presentes em superfícies inertes, exceto os esporulados. Recomenda-se o uso de álcool e hipoclorito de sódio. É facultado o uso de outros produtos de ação única.
- As ações de reorganização do ambiente incluem a lavagem e secagem dos baldes e panos.
- Todo resíduo gerado dentro da ambulância deverá seguir as normas e rotinas estabelecidas para o gerenciamento de resíduos de saúde:
  - Resíduos infectantes (possível presença de agentes biológicos): acondicionar em saco de lixo branco leitoso e descartar em unidade de saúde que conte com armazenamento e coleta especializada para destinação final;
  - Resíduos perfurocortantes: descartar imediatamente após o uso, em recipientes de parede rígida com tampa e identificados. Ao alcançar cerca de 2/3 de sua capacidade, esses recipientes devem ser descartados em unidade de saúde que conte com armazenamento e coleta especializada. É expressamente proibido o esvaziamento desses recipientes para reutilização;
  - Resíduos comuns (por exemplo, papéis e impressos em geral, copos descartáveis, etc.): podem ser descartados em sacos de lixo do tipo comum, conforme legislação do município.

Elaboração: Novembro/2015  
Revisão: Novembro/2015

PE25 – Limpeza na presença de matéria orgânica  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/2





**PE26**

Protocolo Samu 192  
Protocolos Especiais  
**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**



## PE26 - Constatação do óbito pelo médico do SAMU 192

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão

- Ao encontrar um corpo com sinais de morte evidente ou morte óbvia, tais como: rigidez cadavérica (rigor mortis), livores de hipóstase (livor mortis), decapitação, esmagamento de crânio com perda de massa encefálica e ausência de pulso central, carbonização, segmentação do tronco, ou ainda, sinais evidentes de decomposição.
- Após manobras de RCP pela equipe de suporte avançado, com inclusão de drogas e via aérea avançada, sem retorno à circulação espontânea e com ASSISTOLIA persistente, e tendo atendido o determinado pelo Protocolo AC11 - INTERRUPÇÃO DE RCP - que também trata da interrupção da RCP na ASSISTOLIA.
- Quando encontrar um paciente em PCR e com manifestação prévia do paciente em não ser reanimado, conforme Resolução nº 1.995/2012 do Conselho Federal de Medicina-CFM.
- Quando encontrar um paciente em parada cardiorrespiratória e o médico da equipe de intervenção tem conhecimento prévio sobre o caso, sabe que se trata de paciente com doença em fase terminal e há consenso entre familiares ou responsáveis em não reanimar, conforme Resolução do CFM nº 1.805/2006.

### Conduta/providências

1. Não alterar a cena além do necessário para as ações de atendimento.
2. Entrar em contato com o médico regulador, acordando com ele a conduta e as orientações a serem passadas para os familiares ou responsáveis, cabendo ao médico regulador o contato com autoridades locais competentes, quando for indicado.
3. Orientar os familiares ou responsáveis, quando for o caso, sobre as providências legais.
4. Na impossibilidade de contato com a Regulação Médica, o médico intervencionista poderá decidir pelas orientações, ou ainda, acionar as autoridades locais competentes.
5. Os serviços poderão desenvolver e fornecer, a seu critério, documento escrito com orientações aos familiares ou responsáveis. As orientações poderão variar de um serviço a outro, conforme características dos recursos disponíveis no município como: IML, SVO, médico responsável pelo paciente, morte por causas externas ou não etc.
6. O médico intervencionista do SAMU deverá atender a Resolução 2.110/2014 do Conselho Federal de Medicina e fornecer Atestado de Óbito, desde que alcançada a premissa do Parágrafo Único do artigo 22 que diz: *Parágrafo único. Paciente com morte natural assistida pelo médico intervencionista deverá ter o Atestado de Óbito fornecido pelo mesmo, desde que tenha a causa mortis definida.*

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Abril/2015

PE26 - Constatação do óbito pelo médico do SAMU 192  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/3



**PE26**

**Protocolo Samu 192**  
**Protocolos Especiais**  
**SUORTE AVANÇADO DE VIDA**

**PE26 - Constatação do óbito pelo médico do SAMU 192**

**Observações:**

- Morte evidente ou morte óbvia são situações em que o corpo apresenta sinais que indiretamente asseguram a condição de morte encefálica, tais como: rigidez cadavérica (rigor mortis), livores de hipóstase (livor mortis), decapitação, esmagamento de crânio com perda de massa encefálica e ausência de pulso central, carbonização, segmentação do tronco, ou sinais evidentes de decomposição.
- Rigor mortis ou rigidez cadavérica: geralmente inicia-se entre 1 e 6 horas após a morte, pelos músculos da mastigação e avança no sentido crânio-caudal.
- Livor mortis: é a estase sanguínea pela ação da gravidade, depende da posição do corpo e geralmente inicia-se em 1 hora e 30 minutos a 2 horas, atingindo seu máximo entre 8 e 12 horas.
- Resolução 2.110/2014 do Conselho Federal de Medicina: Art. 22. Não é responsabilidade da equipe do atendimento pré-hospitalar móvel de urgência e emergência, o encaminhamento ou acompanhamento do paciente a outros setores do hospital fora do serviço hospitalar de urgência e emergência, para a realização de exames complementares, pareceres, ou outros procedimentos; situação de óbito não assistido, deverá obrigatoriamente constatar-lo, mas não atestá-lo. Neste caso, deverá comunicar o fato ao médico regulador, que acionará as polícias civil, militar ou o Serviço de Verificação de Óbito para que tomem as providências legais.
- Parágrafo único. Paciente com morte natural assistida pelo médico intervencionista deverá ter o atestado de óbito fornecido pelo mesmo, desde que tenha a causa mortis definida.
- As providências legais após o óbito e o fornecimento da Declaração de Óbito pelo médico intervencionista do SAMU podem variar de uma localidade a outra ou de uma situação a outra, dependendo da existência de médico assistente do paciente, IML, SVO e outros serviços médicos, advindo daí a necessidade das rotinas e normas serem estabelecidas por cada serviço.
- É recomendável que cada SAMU 192 estabeleça suas rotinas no que concerne ao fornecimento ou não do atestado de óbito, sempre atendendo as Resoluções do CFM nº 2.110/2014 e a 1.779/2005, o Parecer Consulta nº 04/2003 do CFM, o manual "A Declaração de Óbito-2009" do Ministério da Saúde e do CFM e quaisquer outros instrumentos legais correlatos.
- Após a identificação do óbito, a remoção do corpo do local onde se encontra para outro não deverá ser realizada pelo SAMU havendo, entretanto, exceções possíveis, na dependência de diversos fatores, mas que deverão ser previamente pactuadas entre o gestor do SAMU local ou regional com os gestores de outras instituições públicas, em especial as policiais.
- Declaração de Óbito ou Atestado de Óbito é um documento padronizado pelo Ministério da Saúde para todo território nacional, a ser preenchido pelo médico segundo normas vigentes, com descrição da causa da morte e outros detalhes do falecido, sendo documento exigido para o sepultamento;
- Certidão de Óbito: também conhecida como "óbito definitivo" é documento fornecido pelo Cartório de Registro Civil do distrito onde ocorreu a morte, tendo diversas finalidades legais;

PE26 - Constatação do óbito pelo médico do SAMU 192

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Abril/2015

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

2/3



**PE26**

**Protocolo Samu 192**  
**Protocolos Especiais**  
**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**



## PE26 - Constatação do óbito pelo médico do SAMU 192

### Observações:

- Instrumentos legais recomendados para consulta:
  - Definição de Morte: na Resolução nº 1.480/1997 do Conselho Federal de Medicina, consta nos considerandos que "a parada total e irreversível das funções encefálicas equivale à morte, conforme critérios já bem estabelecidos pela comunidade científica mundial"; (o Encéfalo é composto pelo Cérebro, Cerebelo e Tronco Cerebral);
  - Resolução 2.110/2014 do Conselho Federal de Medicina, "Dispõe sobre a normatização do funcionamento dos Serviços Prê-Hospitalares Móveis de Urgência e Emergência em todo território nacional," em especial seu artigo 22;
  - Resolução 1.641/2002 do Conselho Federal de Medicina, "Veda a emissão, pelo médico, de Declaração de Óbito nos casos em que houve atuação de profissional não-médico";
  - Resolução 1.995/2012 do Conselho Federal de Medicina, "Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes";
  - Resolução 1.805/2006 do Conselho Federal de Medicina, "Na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do paciente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal.";
- É recomendável e ilustrativa a leitura da Resolução 67/1988 da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo e da Consulta 72.087/2012 do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, que trata da "responsabilidade de fornecer atestado de óbito de morte natural para pacientes em seus domicílios onde não existe Serviço de Verificação de Óbito (SVO)".
- É recomendável e ilustrativa a leitura da Consulta 3.539/2008 do Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais, que também trata do óbito dentro da ambulância.
- Para o estabelecimento de normas e rotinas, é recomendável a leitura e utilização:
  - Manual "A Declaração de Óbito-2009" ou posterior, quando houver, do Ministério da Saúde em conjunto com o Conselho Federal de Medicina. Este manual, em seu capítulo "Esclarecendo as dúvidas mais comuns" trata dos óbitos ocorridos em ambulâncias, com ou sem médico;
  - "Manual de Instruções para o Preenchimento da Declaração de Óbito" 2011, da Série A. Normas e Manuais Técnicos do Ministério da Saúde (o mesmo instrumento de 2001 foi revogado).

PE26 - Constatação do óbito pelo médico do SAMU 192

**Elaboração:** Agosto/2014  
**Revisão:** Abril/2015

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

3/3



**PE27**

Protocolo Samu 192  
Protocolos Especiais  
**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**



## PE27 – Identificação do óbito por equipes do SAMU 192

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

- Ao encontrar um corpo com sinais de morte evidente ou morte óbvia, tais como: rigidez cadavérica (rigor mortis), livores de hipóstase (livor mortis), decapitação, esmagamento de crânio com perda de massa encefálica e ausência de pulso central, carbonização, segmentação do tronco, ou ainda, sinais evidentes de decomposição.
- Quando encontrar um paciente em parada cardiorrespiratória, com manifestação prévia do paciente em não ser reanimado, conforme Resolução nº 1.995/2012 do Conselho Federal de Medicina-CFM;
- Quando encontrar um paciente em parada cardiorrespiratória e o profissional de enfermagem tem conhecimento prévio sobre o caso, sabe que se trata de paciente com doença em fase terminal e há consenso entre familiares ou responsáveis em não reanimar, conforme Resolução do CFM nº 1.805/2006.

### Conduta:

1. Não alterar a cena além do necessário para as ações de atendimento.
2. Entrar em contato com o médico regulador, acordando com ele a conduta e as orientações a serem passadas para os familiares ou responsáveis, cabendo ao médico regulador o contato com autoridades locais competentes, quando for indicado.
3. Contatar imediatamente o Médico Regulador quando encontrar um paciente em parada cardiorrespiratória, com manifestação prévia do paciente em não ser reanimado, passar a ele as informações disponíveis e seguir suas orientações;
4. Contatar imediatamente o Médico Regulador quando encontrar um paciente em parada cardiorrespiratória e o profissional de enfermagem tem conhecimento prévio sobre o caso, sabe que se trata de paciente com doença em fase terminal e há consenso entre familiares ou responsáveis em não reanimar, passar a ele as informações disponíveis e seguir suas orientações;
5. Os serviços poderão desenvolver e fornecer, a seu critério, documento escrito com orientações aos familiares ou responsáveis. As orientações poderão variar de um serviço a outro, conforme características dos recursos disponíveis no município como: IML, SVO, médico responsável pelo paciente, morte por causas externas ou não, etc.

PE27 – Identificação do óbito por equipes do SAMU 192

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Outubro/2014

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/2



**PE27**

**Protocolo Samu 192**  
**Protocolos Especiais**  
**SUORTE AVANÇADO DE VIDA**

**PE27 – Identificação do óbito por equipes do SAMU 192**

**Observações:**

- A parada total e irreversível das funções encefálicas equivale à morte, conforme critérios já bem estabelecidos pela comunidade científica mundial. O Encéfalo é composto pelo Cérebro, Cerebelo e Tronco Cerebral;
- Morte evidente ou morte óbvia são situações em que o corpo apresenta sinais que indiretamente asseguram a condição de morte encefálica, tais como: rigidez cadavérica (rigor mortis), livores de hipóstase (livor mortis), decapitação, esmagamento de crânio com perda de massa encefálica e ausência de pulso central, carbonização, segmentação do tronco, ou sinais evidentes de decomposição.
- Rigor mortis ou rigidez cadavérica: geralmente inicia-se entre 1 e 6 horas após a morte, pelos músculos da mastigação e avança no sentido crânio-caudal.
- Livor mortis ou livores de hipóstase: é a estase sanguínea pela ação da gravidade, depende da posição do corpo e geralmente inicia-se em 1 hora e 30 minutos a 2 horas, atingindo seu máximo entre 8 e 12 horas.
- As providências legais após o óbito, incluindo o fornecimento da Declaração de Óbito por um médico, incluindo o médico intervencionista do SAMU, podem variar de uma localidade a outra ou de uma situação a outra, dependendo da existência de médico assistente do paciente, IML, SVO e outros serviços médicos, advindo daí a necessidade das rotinas e normas serem estabelecidas por cada serviço.
- Após a identificação do óbito, a remoção do corpo do local onde se encontra para outro não deverá ser realizada pelo SAMU havendo, entretanto, exceções possíveis, na dependência de diversos fatores, mas que deverão ser previamente pactuadas entre o gestor do SAMU local ou regional com os gestores de outras instituições públicas, em especial as policiais.
- Instrumentos legais recomendados para consulta, facilitando as orientações pelo médico regulador à equipe de Suporte Básico de Vida:
  - Resolução 1.995/2012 do Conselho Federal de Medicina: "Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes";
  - Resolução 1.805/2006 do Conselho Federal de Medicina: "Na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do paciente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal".

PE27 – Identificação do óbito por equipes do SAMU 192

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Outubro/2014

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

2/2



**PE29**

**Protocolo Samu 192  
Protocolos Especiais  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**



## PE29 – Acidente de trabalho com material biológico

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão

Quando ocorrer exposição ocupacional a materiais biológicos, em virtude de:

- Exposição percutânea provocada por ferimento com material perfurocortante contaminado, como por exemplo, de acesso vascular, manuseio de ferimentos, manejo de resíduos da assistência, etc.;
- Exposição em mucosas decorrentes de respingo de sangue ou secreções em olhos, nariz, boca e genitália do socorrista (contato direto com mucosas);
- Exposição em pele não íntegra do socorrista (por exemplo, dermatites ou feridas abertas) com sangue ou secreções do paciente;
- Mordeduras humanas, quando envolverem a presença de sangue.

### Conduta

- 1. Se área atingida no corpo do socorrista for pele ou ferimento:**
  - Lavar a pele ou ferimento com água e sabão em abundância;
  - Se ferimento, aplicar antisséptico, se possível/disponível, e realizar curativa;
  - Se pele íntegra, aplicar antisséptico ou álcool gel, se possível/disponível;
- 2. Se área atingida no corpo do socorrista for olhos ou outra mucosa:**
  - Lavar com água ou soro fisiológico a 0,9% em abundância;
- 3. Comunicar o acidente ao médico regulador logo após os cuidados com a área contaminada. Devem ser informados:**
  - Tipo de exposição;
  - Tipo e quantidade de fluido ou tecido;
  - Status sorológico da fonte (conhecido ou não);
  - Status sorológico do acidentado (conhecido ou não);
  - Suscetibilidade do profissional exposto.
- 4. Seguir as orientações do médico regulador em relação ao paciente atendido ou em atendimento (se aplicável, pois o acidente pode ocorrer sem a presença do paciente);**
- 5. Seguir as orientações do médico regulador em relação aos cuidados médicos que deverão ser tomados pelo socorrista que se contaminou, considerando também a abertura de uma ficha de atendimento para registro detalhado da ocorrência.**

Elaboração: Novembro/2015  
Revisão: Novembro/2015

PE29 – Acidente de trabalho com material biológico  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/2



**PE29**

**Protocolo Samu 192**  
**Protocolos Especiais**  
**SUPORE AVANÇADO DE VIDA**

**PE29 – Acidente de trabalho com material biológico**

**Observações:**

- Cada serviço deverá desenvolver sua própria rotina médica em relação aos socorristas que potencialmente se contaminam durante a atividade, com ênfase para HIV e hepatite B, considerando a existência de serviços especializados na região, disponibilidade de medicamentos específicos, avaliações laboratoriais especializadas e acompanhamento médico até alta definitiva.
- Idealmente as condutas devem ser tomadas dentro das primeiras 24 horas.
- O serviço deverá realizar a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT), dentro das normas vigentes no Brasil, e as demais providências daí advindas.
- O paciente cujo material biológico foi o potencial contaminante também poderá, desde que atendidas as normas éticas vigentes, ser avaliado ou monitorado para confirmar ou afastar doenças específicas de interesse do socorrista contaminado e conforme padrão estabelecido pelos serviços especializados.
- Os acidentes com materiais biológicos ocorrem por alguma falha na adoção das precauções padrão como dispositivo de barreira, práticas seguras e cuidados com a saúde. A identificação dessas falhas, o uso de materiais adequados, a capacitação dos profissionais e atitudes proativas preventivas constituem-se na chave para constante redução dos acidentes.
- Os socorristas devem manter em dia as vacinas recomendadas pelo serviço.

**Elaboração:** Novembro/2015  
**Revisão:** Novembro/2015

PE29 – Acidente de trabalho com material biológico  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

2/2



**PE30**

**Protocolo Samu 192  
Protocolos Especiais  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**



## PE30 – Acidente de trabalho: com agente não biológico

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão

Quando ocorrer acidente que produza lesão no profissional do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) durante o trabalho ou no trajeto entre a residência e o local de trabalho (e vice-versa), excluídos os acidentes de natureza biológica que são tratados no protocolo PE29.

### Conduta/providências

1. Se o acidente ocorrer durante a atividade no SAMU, os demais membros da equipe devem, se possível:
  - Prestar atendimento inicial ao profissional acidentado conforme a situação específica e de acordo com os protocolos do SAMU 192;
  - Comunicar o acidente ao médico regulador logo após os cuidados iniciais de urgência;
  - Solicitar outra equipe para socorro se necessário, e seguir as orientações recebidas pelo médico regulador;
  - Preencher a ficha de atendimento pré-hospitalar;
2. Se o acidente ocorrer no trajeto entre a residência e o local de trabalho, o profissional acidentado deve, se possível:
  - Acionar o SAMU 192 se necessário, alertando para sua condição de funcionário;
  - Procurar atendimento adequado para a situação, se não houver necessidade de acionar o SAMU 192;
  - Providenciar a comunicação dos fatos à sua chefia administrativa no mesmo dia ou no primeiro dia útil posterior, alertando para a ocorrência de acidente do trabalho;
3. Seguir outras orientações recebidas da Regulação Médica e/ou de sua chefia administrativa.

### Observações:

- Segundo o artigo 19 da Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991, "acidente do trabalho é o que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço da empresa, ou pelo exercício do trabalho do segurado especial, provocando lesão corporal ou perturbação funcional, de caráter temporário ou permanente. Também são considerados como acidentes do trabalho: a) o acidente ocorrido no trajeto entre a residência e o local de trabalho; b) a doença profissional, assim entendida a produzida ou desencadeada pelo exercício do trabalho peculiar a determinada atividade; e c) a doença do trabalho, adquirida ou desencadeada em função de condições especiais em que o trabalho é realizado e com ele se relacione diretamente.
- Os acidentes e as lesões podem ser de qualquer natureza, como por exemplo, queimaduras, ferimentos, acidentes de trânsito, quedas, fraturas, contusões, etc.
- O serviço deverá realizar a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT), dentro das normas vigentes no Brasil, e as demais providências daí advindas.

Elaboração: Novembro/2015  
Revisão: Novembro/2015

PE30 – Acidente de trabalho: com agente não biológico  
Este protocolo foi paulado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/1





**PE36**

**Protocolo Samu 192  
Protocolos Especiais  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**



## PE36 – Limpeza e desinfecção de equipamentos da ambulância de SAV

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão

Limpeza realizada em conjunto com a limpeza terminal, concorrente e/ou diante da presença de material biológico nas superfícies dos equipamentos.

### Conduta

1. Usar equipamento de proteção individual apropriado: luvas de borracha, máscara, avental e óculos de proteção;
2. Iniciar o procedimento de limpeza e desinfecção terminal, concorrente ou na presença de material biológico (PE 23,24,25);
3. Complementar o procedimento de limpeza considerando as características dos equipamentos:

### MACA E CADEIRA DE RODAS

- Realizar limpeza da maca e cadeira de rodas com água e sabão, retirando excesso com pano úmido;
- Após a limpeza e secagem, realizar fricção com pano umedecido em álcool 70% nas partes metálicas;
- Utilizar pano umedecido com solução de hipoclorito a 1% para revestimento do banco da cadeira de rodas e do colchonete da maca;
- Permitir secagem espontânea.

### DEA OU MONITOR/DESFIBRILADOR

- Certificar-se de que o equipamento está desligado e desconectado da tomada;
- Desconectar cabos e/ou eletrodos;
- **Limpeza externa** (incluindo tela): utilizar pano macio umedecido em água e sabão. Evitar escoamento de líquido para o interior do equipamento;
- **Limpeza dos cabos**: utilizar pano macio umedecido em hipoclorito de sódio 1%;
- **Limpeza das pás metálicas**: remover resíduos de gel com um pano seco e utilizar um pano umedecido em álcool 70%;
- Permitir secagem espontânea;
- Ao final do procedimento, verificar se o equipamento está adequadamente seco e reconectar cabos para realizar teste de uso.

Obs.: No caso de produtos de limpeza e desinfecção em ação única, NÃO borrifar produto diretamente na tela. Borrifar no pano e depois passar na tela, para evitar manchas.

### OXÍMETRO DE PULSO

- Certificar-se que o equipamento está desligado e desconectado da fonte e da tomada;
- Desconectar sensor;
- **Limpeza externa do equipamento e do sensor**: utilizar somente um pano macio levemente umedecido em uma solução de água e sabão neutro, secando-o em seguida;

Obs.: No caso de produtos de limpeza e desinfecção em ação única, NÃO borrifar produto diretamente na tela. Borrifar no pano e depois passar na tela, para evitar manchas.

Elaboração: Novembro/2015  
Revisão: Novembro/2015

PE36 – Limpeza e desinfecção de equipamentos da ambulância de SAV  
Este protocolo foi paulado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/3



**PE36**

**Protocolo Samu 192  
Protocolos Especiais  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**

**PE36 – Limpeza e desinfecção de equipamentos da ambulância de SAV**

**GLUCOSÍMETRO**

- Certificar-se que o equipamento está desligado;
- **Área externa e visor:** friccionar levemente com pano umedecido com álcool 70%;
- **Guia e área de inserção da tira teste:** se visivelmente suja, friccionar levemente com pano umedecido com álcool. Considerar instruções do fabricante (pode ser necessário remover a tampa da janela de medição).

Obs.: Água ou álcool em excesso podem danificar seriamente o equipamento.

**ESTETOSCÓPIO E ESFIGMOMANÔMETRO**

**Estetoscópio:**

- Friccionar pano umedecido com água e sabão;
- Retirar o excesso com pano umedecido apenas com água e secar;
- Friccionar com pano umedecido em álcool 70% apenas nas partes metálicas.

**Esfigmomanômetro:**

- Desconectar as extensões de borracha e a pera para lavagem com água e sabão por imersão seguida de enxague com água e secagem espontânea;
- Lavar o tecido do manguito por imersão e fricção leve com escova, seguida de enxague com água e secagem espontânea.

**LARINGOSCÓPIO E LÂMINAS PARA INTUBAÇÃO**

- Retirar pilhas do cabo;
- Retirar lâmpadas das lâminas;
- Friccionar com pano umedecido com água e sabão e retirar o excesso antes de secar;
- Friccionar com pano umedecido em álcool 70%.

**VENTILADOR MECÂNICO**

- Se indicado, certificar-se que o equipamento está desligado e desconectado da tomada;
- **Limpeza externa:** utilizar pano macio umedecido em uma solução de água e sabão neutro;
- Reprocessar circuitos ventilatórios e seus componentes a cada utilização e/ou periodicamente, conforme rotina do serviço.

Obs.: Para limpeza da tela do equipamento. NÃO borrifar produtos diretamente. Borrifar no pano e depois passar no aparelho (para evitar manchas).

**INCUBADORA DE TRANSPORTE**

- Certificar-se que o equipamento está desligado e desconectado da tomada;
- Realizar a limpeza com água e sabão ou detergente. Enxaguar e secar;
- Parte metálica e o revestimento do colchão: friccionar com pano macio umedecido em álcool 70%;
- Acrílico: friccionar com pano macio umedecido em hipoclorito de sódio 1%;
- Considerar demais instruções do fabricante no manual de uso.

**Elaboração:** Novembro/2015  
**Revisão:** Novembro/2015

PE36 – Limpeza e desinfecção de equipamentos da ambulância de SAV  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

2/3



**PE36**

**Protocolo Samu 192  
Protocolos Especiais  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**



## PE36 – Limpeza e desinfecção de equipamentos da ambulância de SAV

4. Limpar e reorganizar os materiais utilizados;
5. Preparar ambulância para novo atendimento: reposicionar equipamentos;
6. Registrar a realização da limpeza: data, horário e equipe responsável.

### Observações:

- A realização da limpeza da ambulância e seus equipamentos é uma ação coletiva e de responsabilidade de TODOS os componentes da equipe. Sua realização de forma coordenada minimiza o tempo consumido e agiliza a disponibilização da equipe para atendimentos.
- No caso de uso de produtos de desinfecção que efetuem limpeza e desinfecção em uma única ação recomenda-se a utilização de produtos devidamente registrados ou notificados na Anvisa e a checagem da indicação de uso de acordo com o tipo de equipamento.
- Desvantagem do hipoclorito de sódio a 1%: corrosivo para metais.
- Desvantagens do álcool: opacifica acrílico e resseca plástico e borracha.
- Durante a limpeza dos equipamentos médico-hospitalares, checar a existência de pontos de oxidação, falha da pintura ou fios rompidos. Comunicar a chefia s/n.
- As ações de reorganização do ambiente incluem a lavagem e secagem dos baldes e panos.
- Frascos de aspiração e outros dispositivos de oxigenoterapia, extensões e dispositivo bolsa-valva-máscara devem ser descartados ou reprocessados, conforme rotina do serviço.

Elaboração: Novembro/2015  
Revisão: Novembro/2015

PE36 – Limpeza e desinfecção de equipamentos da ambulância de SAV  
Este protocolo foi paulado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

3/3



# SAV Ginecologia e Obstetrícia

# AGGO



**AGO**  
**1**

**Protocolo Samu 192**  
**Protocolos de Emergências Gineco-Obstétricas**  
**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**



## AGO1 – Assistência ao trabalho de parto não expulsivo

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão

- Gestação  $\geq$  37 semanas; e
- Presença de contrações regulares em intervalos de 3 a 5 minutos, com duração maior que 30 segundos; e
- Ausência de partes fetais na vulva; e
- Dilatação cervical  $>$  3 cm e  $<$  10 cm.

### Conduta

1. Garantir privacidade para a paciente;
2. Solicitar a presença de um acompanhante autorizado pela paciente, sempre que possível;
3. Informar e solicitar o consentimento da paciente para a realização de todos os procedimentos;
4. Realizar avaliação primária (Protocolo AC1);
5. Realizar avaliação secundária (Protocolo AC2) com ênfase para:
  - Sinais vitais;
  - Anamnese obstétrica:
    - Realização de pré-natal;
    - Idade gestacional e/ou data provável do parto;
    - Histórico de paridade: número de filhos e partos anteriores;
    - Perda vaginal atual: muco, líquido ou sangue;
    - Presença de contração uterina, frequência e duração;
    - Presença de comorbidades.
  - Verificação da altura uterina se idade gestacional desconhecida. Considerar altura do fundo uterino em cicatriz umbilical compatível com 20 semanas;
  - Inspeção da vulva (sangramentos, perdas líquidas e presença partes fetais);
  - Na presença de contrações regulares em intervalos de 3 a 5 minutos e com duração maior de 30 segundos associadas a idade gestacional  $>$ 37 semanas e ausência de partes fetais na vulva: Realizar toque vaginal para identificação da dilatação do colo uterino (se  $>$  3cm e  $<$  10cm caracteriza-se o trabalho de parto não expulsivo)
6. Diante da caracterização do trabalho de parto não expulsivo, comunicar a paciente e os familiares;
7. Preparar para o transporte, posicionando a paciente em decúbito lateral esquerdo ou posição mais confortável, sob aquecimento;
8. Manter atenção para a evolução do parto e a necessidade de assistência (Protocolo AGO2);
9. Realizar contato com a Regulação Médica para definição do encaminhamento e/ou unidade de saúde de destino;
10. Registrar achados e procedimentos na ficha/boletim de ocorrência.

Elaboração: Janeiro/2016

AGO1 – Assistência ao trabalho de parto não expulsivo

Este protocolo foi paulado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/2



**AGO**  
**1**

**Protocolo Samu 192**  
**Protocolos de Emergências Gineco-Obstétricas**  
**SUORTE AVANÇADO DE VIDA**

### Observações

- Considerar as 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- O objetivo das avaliações primária e secundária é identificar e corrigir situações de risco imediato de morbimortalidade materno-fetal.
- Considerar a presença de: apresentações distócicas (Protocolos AGO05 e AGO06), síndrome hipertensiva (Protocolo AGO 11), Hemorragia (Protocolo AGO09), Choque (Protocolo AC16).

Elaboração: Janeiro/2016

AGO1 – Assistência ao trabalho de parto não expulso

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

2/2



**AGO**  
**2**

**Protocolo Samu 192**  
**Protocolos de Emergências Gineco-Obstétricas**  
**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**



## AGO2 – Assistência ao parto iminente

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão

- Idade gestacional  $\geq$  22 semanas;
- Presença de contrações fortes e frequentes (duas ou mais em 10 minutos);
- Presença de puxos espontâneos;
- Sensação de pressão no períneo;
- Visualização da distensão perineal ou da apresentação fetal na vulva;
- Dilatação cervical completa.

### Conduta

#### AVALIAÇÃO E PREPARAÇÃO PARA O PARTO

1. Garantir privacidade para a paciente;
2. Solicitar a presença de um acompanhante autorizado pela paciente, sempre que possível;
3. Informar e solicitar o consentimento da paciente para a realização de todos os procedimentos;
4. Realizar avaliação primária (Protocolo AC1);
5. Realizar avaliação secundária (Protocolo AC2) com ênfase para:
  - Sinais vitais;
  - Anamnese obstétrica:
    - Realização de pré-natal;
    - Idade gestacional e/ou data provável do parto;
    - Histórico de paridade;
    - Perda vaginal atual;
    - Presença de contração uterina, frequência e duração;
    - Presença de comorbidades.
  - Verificação da altura uterina se idade gestacional desconhecida. Considerar altura do fundo uterino em cicatriz umbilical, compatível com 20 semanas;
  - Inspeção da vulva (presença de hemorragias, perdas líquidas e presença partes fetais);
6. Diante da caracterização do parto iminente, considerar a realização do parto em ambiente domiciliar ou, quando em transporte, estacionar a viatura e realizar os procedimentos de assistência;
7. Reunir material mínimo necessário para a realização do parto:
  - 2 *clamps*
  - 1 lâmina de bisturi ou tesoura estéril
  - 2 pacotes de gaze estéril
  - 5 compressas
  - 2 sacos de plástico
  - 1 par de pulseiras de identificação [mãe e recém-nascido (RN)]
  - 2 mantas aluminizadas
  - 3 campos (mínimo)
  - EPI: 2 pares de luva estéril; 2 pares de luva de procedimento; 1 avental descartável; máscara facial; luvas

Elaboração: Janeiro/2016

AGO2 – Assistência ao parto iminente  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/3



**AGO**  
**2**

**Protocolo Samu 192**  
**Protocolos de Emergências Gineco-Obstétricas**  
**SUORTE AVANÇADO DE VIDA**

## AGO2 – Assistência ao parto iminente

descartáveis e óculos de proteção

### ASSISTÊNCIA AO PARTO IMINENTE

1. Utilizar EPI, iniciar com luvas de procedimento;
2. Posicionar a paciente, adotando a posição que ofereça maior conforto:
  - Posição horizontal: decúbito dorsal horizontal com pernas e joelhos fletidos e afastados;
  - Posições não horizontais: cócoras ou Laborie-Duncan (decúbito dorsal elevado com maca verticalizada ao máximo, flexão e abdução dos membros inferiores);
  - Posição para pacientes com insuficiência cardíaca: decúbito lateral esquerdo com perna direita ligeiramente mais fletida que a esquerda e apoiada sobre a cama ou maca (posição de Sims);
3. Higienizar períneo com soro fisiológico (SF) 09%, gazes e compressas estéreis disponíveis;
4. Trocar luvas de procedimento por luvas estéreis;
5. Posicionar os campos sob os glúteos e abdome da paciente;
6. Durante o avanço da apresentação:
  - Proteger o períneo com uma das mãos com ajuda de uma compressa;
  - Controlar o desprendimento súbito do polo cefálico com a outra mão;
7. Avaliar a região do pescoço do RN para detectar a presença de circular de cordão umbilical. Em caso de presença de circular:
  - Se frouxa, liberar e desfazer com o dedo indicador;
  - Se tensa, clampear em dois pontos e cortar entre eles;
8. Acompanhar o desprendimento dos ombros. Na presença de distocia de ombro, considerar (Protocolo AGO5);
9. Apoiar o RN lateralizado sobre o abdome da mãe, cobrindo-o com o campo, inclusive cabeça (exceto face) sem tracionar o cordão umbilical;
10. Administrar 10 UI Ocitocina IM (ou se acesso venoso já disponível, diluir em Solução Salina a 0,9% 100ml, EV em 10 minutos);
11. Aguardar cerca de 1 a 3 minutos para clampear o cordão, exceto em caso de sofrimento fetal, isoimunização ou comorbidades (como HIV positivo), quando a ligadura precoce do cordão umbilical deve ser realizada em até 30 segundos;
12. Realizar o clameamento do cordão umbilical:
  - 1º clamp: 15 a 20 cm a partir do abdome do RN;
  - 2º clamp: 3 a 4 cm à frente do 1º clamp;
  - Cortar com lâmina de bisturi estéril entre os dois clamp umbilicais;

Elaboração: Janeiro/2016

AGO2 – Assistência ao parto iminente  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

2/3





AGO  
2

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Emergências Gineco-Obstétricas  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA



## AGO2 – Assistência ao parto iminente

13. Realizar a assistência ao RN (Protocolo APed 13 e 14);
14. Realizar identificação da mãe e do RN com pulseira com nome da mãe, sexo do bebê, hora de nascimento e data;
15. Considerar o tempo de transporte na decisão do manejo da dequitação:
  - Nos casos de transporte para a Unidade de Saúde em tempo <30 min, acompanhar a dequitação espontânea;
  - Nos casos de transporte para a Unidade de Saúde em tempo >30min e a dequitação exceder mais de 30 minutos, realizar a tração controlada, de forma suave e contínua do cordão umbilical.
  - Após a dequitação:
    - Realizar a manobra de Jacob-Dublin (rotação manual de placenta com membranas até sua extração completa) e revisão das membranas amnióticas e face materna placentária;
    - Acondicionar e identificar a placenta em saco plástico e transportá-la até a unidade de saúde;
16. Preparar para o transporte posicionando a paciente em decúbito dorsal ou posição mais confortável sob aquecimento. Considerar as condições do RN para o transporte;
17. Realizar contato com a Regulação Médica para definição de encaminhamento e ou unidade de saúde;
18. Registrar achados, procedimentos e condições do parto e RN na ficha/boletim de ocorrência. Preencher uma ficha/boletim de atendimento para a mãe e outra para o RN.

### Observações

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- Os serviços podem considerar a disponibilização de kits comerciais contendo materiais para a realização do parto e/ou recepção do RN.
- Os campos podem ser cirúrgicos ou de TNT, de acordo com a disponibilidade do serviço.
- Garantir contato pele a pele imediato e contínuo em situações de boas condições clínicas do RN.
- Não recomendar amamentação do RN até a chegada ao hospital.
- Considerar a presença de: apresentações distócicas, síndrome hipertensiva, hemorragias e choque.

Elaboração: Janeiro/2016

AGO2 – Assistência ao parto iminente  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

3/3



**AGO  
3**

**Protocolo Samu 192  
Protocolos de Emergências Gineco-Obstétricas  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**



## AGO3 – Assistência ao parto consumado

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão

- Expulsão completa do recém-nascido (RN) com idade gestacional  $\geq 22$  semanas.

### Conduta

1. Garantir privacidade para a paciente;
2. Solicitar a presença de acompanhante autorizado pela paciente, sempre que possível;
3. Informar e solicitar o consentimento da paciente para a realização de todos os procedimentos;
4. Realizar a avaliação primária da mãe (Protocolo AC1) e do RN (Protocolo APed 2) com ênfase para:
  - Padrão respiratório;
  - Presença de hemorragias externas;
5. Realizar anamnese obstétrica:
  - Pré-natal;
  - Idade gestacional e/ou data provável do parto;
  - Histórico de paridade;
  - Presença de comorbidades;
  - Tempo decorrido desde o nascimento;
6. Assistência ao parto consumado:
  - Apolar o RN lateralizado sobre o abdome da mãe, cobrindo-o com o campo, inclusive cabeça (exceto face) sem tracionar o cordão umbilical.
  - Administrar 10 UI Ocitocina IM (ou se acesso venoso já disponível, diluir em Solução Salina a 0,9% 100ml, EV em 10 minutos);
  - Aguardar cerca de 1 a 3 minutos para clampar o cordão, exceto em caso de sofrimento fetal, isoimunização ou comorbidades (como HIV positivo), quando a ligadura precoce do cordão umbilical deve ser realizada em até 30 segundos.
  - Realizar o clameamento do cordão umbilical:
    - 1º clamp: 15 a 20cm a partir do abdome do RN;
    - 2º clamp: 3 a 4cm a frente do 1º clamp;
    - Cortar com lâmina de bisturi estéril entre os dois clamp umbilicais.
  - Realizar a assistência ao RN (Protocolo APed 13)
  - Realizar identificação com pulseira a mãe e do RN com nome da mãe, sexo do bebê, hora de nascimento e data;
  - Observar a dequitação espontânea e a presença de hemorragias vaginais (Protocolo AGO 10).
  - Considerar o tempo de transporte na decisão do manejo da dequitação: (= no parto iminente)
    - Nos casos de transporte para a Unidade de Saúde em tempo  $<30$  min, acompanhar a dequitação espontânea;
    - Nos casos de transporte para a Unidade de Saúde em tempo  $>30$ min e a dequitação exceder mais de 30 minutos, realizar a tração controlada, de forma suave e contínua do cordão umbilical.
  - Após a dequitação:
    - Realizar a manobra de Jacob-Dublin (rotação manual de placenta com membranas até sua extração completa) e revisão das membranas amnióticas e face materna placentária;
    - Acondicionar e identificar a placenta em saco plástico e transportá-la até a unidade de saúde;

Elaboração: Janeiro/2016

AGO3 – Assistência ao parto consumado  
Este protocolo foi paulado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/2



**AGO**  
**3**

**Protocolo Samu 192**  
**Protocolos de Emergências Gineco-Obstétricas**  
**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**

### **AGO3 – Assistência ao parto consumado**

- 7.** Preparar para o transporte posicionando a paciente em decúbito dorsal ou posição mais confortável sob aquecimento. Considerar as condições do RN para o transporte (Protocolo APed 13 ou 14);
- 8.** Realizar contato com a Regulação Médica para definição de encaminhamento e/ou unidade de saúde;
- 9.** Registrar achados, procedimentos e condições do parto e RN na ficha/boletim de ocorrência. Preencher uma ficha/boletim de atendimento para a mãe e outra para o RN.

#### **Observações**

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- Considerar a presença de: síndrome hipertensiva, hemorragia, choque.
- Garantir contato pele a pele imediato e contínuo em situações de boas condições clínicas do RN.
- Não recomendar amamentação do RN até a chegada ao hospital.
- Os serviços podem considerar a disponibilização de *kits* comerciais contendo materiais para a realização do parto e/ou recepção do RN.
- Os campos podem ser cirúrgicos ou de TNT, de acordo com a disponibilidade do serviço.

**Elaboração:** Janeiro/2016

AGO3 – Assistência ao parto consumado  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

2/2



**AGO**  
**4**

**Protocolo Samu 192**  
**Protocolos de Emergências Gineco-Obstétricas**  
**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**



## AGO4 – Assistência ao trabalho de parto prematuro

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão

- Idade gestacional a partir de **22 semanas** e menor que **37 semanas**;
- Presença de contrações regulares com intervalo de pelo menos 5 a 8 min;
- Dilatação do colo uterino maior que 2 cm e/ou esvaecimento maior que 50%.

### Conduta

1. Garantir privacidade para a paciente;
2. Solicitar a presença de um acompanhante autorizado pela paciente, sempre que possível;
3. Informar e solicitar o consentimento da paciente para a realização de todos os procedimentos;
4. Realizar avaliação primária (Protocolo AC1);
5. Realizar avaliação secundária (Protocolo AC2) com ênfase para:
  - Sinais vitais;
  - Anamnese Obstétrica:
    - Realização de pré-natal;
    - Idade Gestacional e/ou data provável do parto;
    - Histórico de Paridade;
    - Perda vaginal atual;
    - Presença de contração uterina, frequência e duração;
    - Presença de comorbidades.
  - Verificação da altura uterina se idade gestacional desconhecida. Considerar altura do fundo uterino em cicatriz umbilical, compatível com 20 semanas;
  - Inspeção da vulva (presença de hemorragias, perdas líquidas e presença partes fetais);
  - Na presença de contrações regulares com intervalo de pelo menos 5 a 8 min associadas a idade gestacional >22sem ou altura uterina acima da cicatriz umbilical: Realizar toque vaginal para identificação da dilatação do colo uterino (se maior que 2,0 cm e/ou esvaecimento maior que 50% caracteriza-se o trabalho parto prematuro).
6. Diante da caracterização do trabalho de parto prematuro, comunicar a paciente e os familiares;
7. Realizar contato com a Regulação Médica para a definição de encaminhamento à unidade de saúde referência para gestações prematuras.
8. Em gestações maiores que 24 semanas e menores que 34 semanas associadas a transporte prolongado > 30 min, realizar tocólise:
  - Administrar nifedipina 20 mg por via oral (VO) (dois comprimidos de 10 mg);
  - Instalar acesso venoso periférico e infundir solução salina 0,9% a critério médico;
  - Monitorizar a pressão arterial devida ao risco de hipotensão;
  - Se persistir atividade uterina após 120 min, considerar nova dose de nifedipina 20 mg VO (dois comprimidos de 10 mg);
  - ATENÇÃO:
    - Não realizar tocólise em caso de bolsa rota ou sinais de infecção materna;
    - Em paciente em uso de sulfato de magnésio, não utilizar nifedipina;

Elaboração: Janeiro/2016

AGO4 – Assistência ao trabalho de parto prematuro

Este protocolo foi paulado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/2



**AGO**  
**4**

**Protocolo Samu 192**  
**Protocolos de Emergências Gineco-Obstétricas**  
**SUORTE AVANÇADO DE VIDA**

### **AGO4 – Assistência ao trabalho de parto prematuro**

- 9.** Preparar para o transporte posicionando a paciente em decúbito lateral esquerdo sob aquecimento;
- 10.** Registrar achados e procedimentos na ficha/boletim de ocorrência;
- 11.** Estar atento à evolução do parto e à necessidade de assistência (Protocolo AGO 2);
- 12.** Realizar contato com a Regulação Médica para definição do encaminhamento e/ou unidade de saúde de destino.

#### **Observações:**

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- Considerar a presença de: apresentações distólicas, síndrome hipertensiva, hemorragia, choque.
- As drogas citadas fazem parte do RENAME.

**Elaboração:** Janeiro/2016

AGO4 – Assistência ao trabalho de parto prematuro

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

2/2



**AGO**  
**5**

**Protocolo Samu 192**  
**Protocolos de Emergências Gineco-Obstétricas**  
**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**



## AGO5 – Assistência ao parto iminente distócico: ombros

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão

- Idade gestacional > 22 semanas;
- Apresentação fetal com nascimento da cabeça na vulva sem desprendimento de ombros após 60 segundos.

### Conduta

1. Garantir privacidade para a paciente;
2. Solicitar a presença de um acompanhante autorizado pela paciente, sempre que possível;
3. Informar e solicitar o consentimento da paciente para a realização de todos os procedimentos;
4. Realizar avaliação primária (Protocolo AC1);
5. Realizar avaliação secundária (Protocolo AC2), com ênfase em:
  - Sinais vitais;
  - Anamnese obstétrica:
    - Realização de pré-natal;
    - Idade gestacional e/ou data provável do parto;
    - Histórico de paridade;
    - Presença de comorbidades;
  - Inspeção da vulva (presença de hemorragias, perdas líquidas e partes fetais);
6. Diante da caracterização do parto iminente distócico (ombros), considerar a realização do parto em ambiente domiciliar ou, quando em transporte, estacionar a viatura e realizar os procedimentos de assistência;
7. Realizar contato com a Regulação Médica para definição de encaminhamento à unidade de saúde referência;
8. Reunir material mínimo necessário para a realização do parto:
  - 2 *clamps*
  - 1 lâmina de bisturi ou tesoura estéril
  - 2 pacotes de gaze estéril
  - 5 compressas
  - 2 sacos de plástico
  - 1 par de pulseiras de identificação – [mãe e recém-nascido (RN)]
  - 2 mantas aluminizadas
  - 3 campos (mínimo)
  - Equipamento de proteção individual (EPI): 2 pares de luva estéril; 2 pares de luva de procedimento; 1 avental descartável; máscara facial; luvas descartáveis e óculos de proteção.

Elaboração: Abril/2016

AGO5 – Assistência ao parto iminente distócico: ombros  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/5



**AGO**  
**5**

**Protocolo Samu 192**  
**Protocolos de Emergências Gineco-Obstétricas**  
**SUORTE AVANÇADO DE VIDA**

## **AGO5 – Assistência ao parto iminente distóxico: ombros**

### **ASSISTÊNCIA A DISTOCIA DE OMBROS**

Diante do nascimento da cabeça na vulva sem desprendimento de ombros após 60 segundos, jamais tracionar a cabeça.

1. Utilizar EPI;
2. Posicionar a paciente na posição que ofereça maior conforto:
  - Posição horizontal: decúbito dorsal horizontal com pernas e joelhos fletidos e afastados;
  - Posições não horizontais: côcoras ou Laborie-Duncan (decúbito dorsal elevado com maca verticalizada ao máximo, flexão e abdução dos membros inferiores);
  - Posição para pacientes com insuficiência cardíaca: decúbito lateral esquerdo com perna direita ligeiramente mais fletida que a esquerda e apoiada sobre a cama ou maca (posição de Sims);
3. Avaliar a região do pescoço do RN para detectar a presença de circular de cordão umbilical. Em caso de presença de circular:
  - Se frouxa, liberar e desfazer com o dedo indicador;
  - Se tensa, clampear em dois pontos e cortar entre eles;
4. Realizar a manobra da McRoberts para conseguir o desprendimento dos ombros:

Manobra de McRoberts associada a pressão suprapúbica por até 30 segundos

- Efetuada por dois profissionais;
- Cada profissional segura um membro inferior da parturiente, de modo a proceder à hiperflexão dos membros inferiores sobre o abdome com abdução;
- Um dos profissionais associa pressão suprapúbica, com a mãos em punho cerrado por 30 segundos.

Diante do desprendimento dos ombros, realizar assistência completa ao parto e transportar (Protocolo AGO3).

Manobra de McRoberts associada a pressão suprapúbica



Fonte: <file:///C:/Users/DELL/Downloads/ASSISTENCIA%20AO%20PARTO%20DE%20BAIXO%20RISCO.pdf>

Elaboração: Abril/2016

AGO5 – Assistência ao parto iminente distóxico: ombros  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

2/5



**AGO**  
**5**

**Protocolo Samu 192**  
**Protocolos de Emergências Gineco-Obstétricas**  
**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**



## AGO5 – Assistência ao parto iminente distóxico: ombros

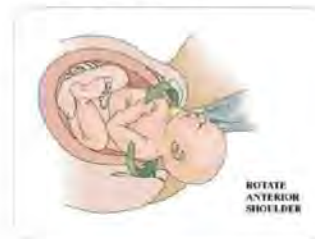
5. Se após realização da Manobra de McRoberts não ocorrer o desprendimento dos ombros, considerar o tempo de transporte e a *expertise* do médico na tomada de decisão:
- TEMPO DE TRANSPORTE ATÉ O HOSPITAL < 30 MINUTOS:
    - Instalar suporte ventilatório e transportar a paciente em decúbito lateral esquerdo, com flexão e abdução de membro inferior direito. Estar atento ao desprendimento espontâneo dos ombros durante o transporte e à necessidade de assistência ao parto consumado.
  - TEMPO DE TRANSPORTE ATÉ O HOSPITAL > 30 MINUTOS:
    - O médico deve considerar sua *expertise* e treinamento para a realização das manobras a seguir:

### Manobras de rotação interna:

- **Rubin II:** mantendo a manobra de McRoberts, introduzir dois dedos na vagina e realizar compressão posterior no ombro anterior do feto empurrando-o em direção ao feto.
- **Woods:** associar à manobra de Rubin II uma pressão bidigital na face anterior do ombro posterior, aduzindo esse ombro e ao mesmo tempo abduzindo o anterior, fazendo o feto rodar no sentido horário.

Se não houver sucesso, tentar manobra de retirada do ombro posterior.

### Manobra de Rubin II



### Manobra de Woods



Fonte: [http://shoulderdystociainfo.com/shoulder\\_dystocia.htm](http://shoulderdystociainfo.com/shoulder_dystocia.htm)

Elaboração: Abril/2016

AGO5 – Assistência ao parto iminente distóxico: ombros  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

3/5





**AGO**  
**5**

**Protocolo Samu 192**  
**Protocolos de Emergências Gineco-Obstétricas**  
**SUORTE AVANÇADO DE VIDA**

## **AGO5 – Assistência ao parto iminente distócico: ombros**

**Manobra de retirada do ombro posterior:**

- Identificar o ombro fetal posterior através de toque vaginal deslizando a mão pelo braço até ao cotovelo;
- Pressionar a fossa cubital para promover a flexão do antebraço sobre o braço;
- Traçionar o pulso de forma a exteriorizar a mão, o antebraço, o braço e o ombro posterior.
- Uma vez extraído, o membro superior é usado como alavanca de tração para rodar o ombro posterior na direção da face anterior do tórax fetal.

Se não houver sucesso, alterar a posição da paciente para quatro apoios.

**Alterar a posição da paciente para "quatro apoios"/genupeitoral/prece moamelana, e realizar manobras de retirada do ombro posterior.**

Se não houver sucesso, proceder a manobra de fratura de clavícula, que já é considerada uma manobra de exceção.

**Manobra de retirada do ombro posterior**



Fonte: file:///C:/Users/DELL/Downloads/Dist%C3%B3cia%20de%20Esp%C3%A1dua.pdf

**Posição de "quatro apoios"**



Fonte: <http://repositorio.hff.min-saude.pt/bitstream/10400.10/934/1/DO%20e%20LNPB%20-%2016%20Maio.pdf>

**Proceder fratura de clavícula** (utilização do polegar em região mediana clavicular fetal).

- Após o desprendimento dos ombros, realizar assistência ao parto consumado (Protocolo AGO3);
- Se após a realização da sequência de manobras não ocorrer o desprendimento dos ombros, instalar suporte ventilatório e transportar a paciente em decúbito lateral esquerdo, com flexão e abdução de membro inferior direito. Estar atento ao desprendimento espontâneo dos ombros durante o transporte e à necessidade de assistência ao parto consumado (Protocolo AGO3).

**Elaboração:** Abril/2016

AGO5 – Assistência ao parto iminente distócico: ombros

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis. Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

4/5



**AGO  
5**

**Protocolo Samu 192  
Protocolos de Emergências Gineco-Obstétricas  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**



## AGO5 – Assistência ao parto iminente distócico: ombros

- Realizar contato com Regulação Médica para definição de encaminhamento e ou unidade de saúde. Sugere-se unidade especializada;
- Registrar achados e procedimentos na ficha/boletim de ocorrência: preencher uma ficha/boletim de atendimento para a mãe e outra para o RN.

### Observações

- Considerar os 3'S™ (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- A manobra de McRoberts e a pressão suprapúbica são consideradas a abordagem inicial ideal na distocia de ombros, por serem facilmente executáveis e se associarem a um menor risco para a mãe e RN (taxa de sucesso de até 60%). A manobra de pressão suprapúbica é conhecida como Manobra de Rubin I e pode ser realizada com uma das mãos em punho fechado ou uma mão sobre a outra, como na compressão torácica.
- As manobras de rotação interna são recursos secundários, com o objetivo de promover rotação do diâmetro biacromial fetal para uma posição relativamente oblíqua à pelve materna, exercendo pressão por via vaginal nos ombros do feto.
- Na presença de hemorragia, ver Protocolo AGO9; de choque, ver Protocolo ACT6; de síndromes hipertensivas, ver Protocolo AGO11).
- Os serviços podem considerar a disponibilização de kits comerciais contendo materiais para a realização do parto e/ou para a recepção do RN.
- Garantir contato pele a pele imediato e contínuo em caso de boas condições clínicas do RN.

Elaboração: Abril/2016

AGO5 – Assistência ao parto iminente distócico: ombros  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

5/5



**AGO**  
**6**

**Protocolo Samu 192**  
**Protocolos de Emergências Gineco-Obstétricas**  
**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**



## AGO6 – Assistência ao parto iminente distócico: pélvico

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão

- Idade gestacional > 22 semanas;
- Presença de contrações fortes e frequentes (duas ou mais em 10 minutos);
- Presença de puxos espontâneos;
- Sensação de pressão no períneo;
- Visualização da distensão perineal;
- Apresentação fetal pélvica ou podálica na vulva

### Conduta

1. Garantir privacidade para a paciente;
2. Solicitar a presença de um acompanhante autorizado pela paciente, sempre que possível;
3. Informar e solicitar o consentimento da paciente para a realização de todos os procedimentos;
4. Realizar avaliação primária (Protocolo AC1);
5. Realizar avaliação secundária (Protocolo AC2), com ênfase em:
  - Sinais vitais;
  - Anamnese obstétrica:
    - Realização de pré-natal;
    - Idade gestacional e/ou data provável do parto;
    - Histórico de paridade;
    - Perda vaginal atual;
    - Presença de contração uterina, frequência e duração;
    - Presença de comorbidades.
  - Inspeção da vulva (presença de hemorragias, perdas líquidas e partes fetais);
6. Diante da caracterização do parto iminente distócico (pélvico), considerar a realização do parto em ambiente domiciliar ou, quando em transporte, estacionar a viatura e realizar os procedimentos de assistência;
7. Realizar contato com a Regulação Médica para definição de encaminhamento a uma unidade de saúde referência;
8. Reunir material mínimo necessário para a realização do parto:
  - 2 *clamps*
  - 1 lâmina de bisturi ou tesoura estéril
  - 2 pacotes de gaze estéril
  - 5 compressas
  - 2 sacos de plástico
  - 1 par de pulseiras de identificação (mãe e RN)
  - 2 mantas aluminizadas
  - 3 campos (mínimo)
  - Equipamento de proteção individual (EPI): 2 pares de luva estéril; 2 pares de luva de procedimento; 1 avental descartável; máscara facial; luvas descartáveis; e óculos de proteção.

Elaboração: Abril/2016

AGO6 – Assistência ao parto iminente distócico: pélvico

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/4



**AGO**  
**6**

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Emergências Gineco-Obstétricas  
**SUORTE AVANÇADO DE VIDA**

## AGO6 – Assistência ao parto iminente distóxico: pélvico

### ASSISTÊNCIA AO PARTO PÉLVICO

1. Utilizar EPI e iniciar com luvas de procedimento;
2. Posicionar a paciente na posição que ofereça maior conforto:
  - Posição horizontal: decúbito dorsal horizontal com pernas e joelhos fletidos e afastados;
  - Posições não horizontais: cócoras ou Laborie-Duncan (decúbito dorsal elevado com maca verticalizada ao máximo, e flexão e abdução dos membros inferiores);
  - Posição para pacientes com insuficiência cardíaca: decúbito lateral esquerdo com perna direita ligeiramente mais fletida que a esquerda e apoiada sobre a cama ou a maca (posição de Sims).
3. Higienizar períneo com solução salina 0,9%, gazes e compressas estéreis, se disponíveis;
4. Trocar luvas de procedimento por luvas estéreis;
5. Posicionar os campos sob os glúteos e o abdome da paciente;
6. Após visualizar o cordão umbilical, iniciar as manobras de forma sequencial até a consumação do parto.

**ATENÇÃO:** Não realizar manobras até a visualização do cordão umbilical.

Realizar a alça do cordão umbilical quando visualizado.

Alça do cordão umbilical



Fonte: file:///C:/Users/DELL/Desktop/assistencia\_ao\_parto\_pelvico.pdf

Elaboração: Abril/2016

AGO6 – Assistência ao parto iminente distóxico: pélvico

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

2/4



AGO  
6

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Emergências Gineco-Obstétricas  
**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**



## AGO6 – Assistência ao parto iminente distócico: pélvico

**Manobra de Rojas** para o desprendimento dos ombros: realizar movimentos suaves de rotação axial do feto.

**Manobra de Rojas**



Fonte: C:/Users/DELL/Downloads/Partos%20cesarea%20pelvico%20e%20forceps.pdf

**Manobra de Bracht**, para o desprendimento da cabeça:

- apreender o feto com os polegares ao longo das coxas e os quatro dedos restantes de cada mão aplicados sobre a região lombossacra;
- horizontalizar o dorso, que é progressivamente elevado na direção do ventre materno, fazendo-o girar ao redor da sínfise púbica;
- Se o excesso de *vernix caseosa* ou a umidade da pele do feto dificultarem sua preensão, pode-se envolvê-lo em compressa.

**Manobra de Bracht**



Fonte: C:/Users/DELL/Downloads/Partos%20cesarea%20pelvico%20e%20forceps.pdf

Elaboração: Abril/2016

AGO6 – Assistência ao parto iminente distócico: pélvico

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

3/4

**AGO**  
**6**

**Protocolo Samu 192**  
**Protocolos de Emergências Gineco-Obstétricas**  
**SUORTE AVANÇADO DE VIDA**

## AGO6 – Assistência ao parto iminente distóxico: pélvico

Manobra modificada de Mauriceau-Smellie-Veit:

- Posicione as duas mãos e os braços ao longo do comprimento do corpo do bebê, sendo um na região anterior e outro na posterior (dorso);
- O braço posicionado sobre a região posterior deve agarrar os ombros do bebê;
- Com dois dedos da mão posicionada na região anterior, aplicar uma pressão descendente sobre a mandíbula, para trazer a cabeça do bebê para baixo, gentilmente flexionando a cabeça do bebê em direção ao peito. Manter a cabeça do bebê em flexão, com os dedos do profissional sobre o queixo e os malaras;
- Outro profissional pode auxiliar, fornecendo pressão suprapúbica, para auxiliar a manter a cabeça do bebê flexionada.
- Essa manobra promove risco de luxação na mandíbula.

Manobra modificada de Mauriceau-Smellie-Veit



Fonte: [http://hetv.org/resources/reproductive-health/impac/Procedures/Breech\\_delivery\\_P37\\_P42.html](http://hetv.org/resources/reproductive-health/impac/Procedures/Breech_delivery_P37_P42.html)

**ATENÇÃO:** Se após a realização da sequência de manobras não houver a consumação do parto, instalar suporte ventilatório e transportar a paciente em decúbito lateral esquerdo, com flexão e abdução de membro inferior direito. Manter atenção para a ocorrência do parto durante o transporte e a necessidade de assistência ao parto consumado (Protocolo AGO3).

7. Após a saída da cabeça, realizar assistência ao parto consumado (Protocolo AGO3);
8. Realizar contato com a Regulação Médica para definição de encaminhamento e/ou da unidade de saúde;
9. Registrar achados e procedimentos na ficha/boletim de ocorrência; preencher uma ficha/boletim de atendimento para a mãe e outra para o RN.

### Observações:

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3);
- A episiotomia não é recomendada rotineiramente;
- Na ausência de sinais de parto iminente, transportar para unidade de saúde adequada;
- Os serviços podem considerar a disponibilização de kits comerciais contendo materiais para a realização do parto e/ou para a recepção do RN;
- Garantir contato pele a pele imediato e contínuo em caso de boas condições clínicas do RN.

Elaboração: Abril/2016

AGO6 – Assistência ao parto iminente distóxico: pélvico

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

4/4



AGO  
7

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Emergências Gineco-Obstétricas  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA



## AGO7 – Prolapso de cordão sem parto iminente

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão

- Ruptura de membranas amnióticas;
- Visualização de cordão umbilical em região genital ou palpação de cordão umbilical ao toque vaginal;
- Idade gestacional > 22 semanas.

### Conduta:

1. Garantir privacidade para a paciente;
2. Solicitar a presença de um acompanhante autorizado pela paciente, sempre que possível;
3. Informar e solicitar o consentimento da paciente para a realização de todos os procedimentos;
4. Realizar avaliação primária (Protocolo AC1);
5. Realizar avaliação secundária (Protocolo AC2), com ênfase em:
  - Sinais vitais;
  - Anamnese obstétrica:
    - Realização de pré-natal;
    - Idade gestacional e/ou data provável do parto;
    - Histórico de paridade;
    - Perda vaginal atual;
    - Presença de contração uterina, frequência e duração;
    - Presença de comorbidades.
  - Inspeção da vulva (presença de hemorragias, perdas líquidas e partes fetais).
6. Diante da caracterização do prolapso de cordão:
  - posicionar a paciente em prancha, em posição de decúbito lateral esquerdo, em Trendelenburg, com a posição invertida da paciente na maca [pés voltados para a cabeceira elevada da maca];
  - No transporte prolongado acima de 30 min, em caso de contrações regulares com intervalo de, pelo menos, 5 a 8 min, considerar:
    - tocolise com uso de nifedipino 20 mg (2 comp de 10mg), via oral;
    - instalação de acesso venoso e hidratação com solução salina a 0,9%;
    - monitoramento da pressão arterial devido ao risco de hipotensão.
  - Considerar a realização do toque vaginal: pressionar a apresentação fetal e diminuir a compressão do cordão umbilical contra a pelve materna.
7. Preparar para o transporte posicionando a paciente em decúbito lateral (conforme descrito no item 6);
8. Realizar contato com a Regulação Médica, para definição do encaminhamento e/ou da unidade de saúde de destino;

Elaboração: Abril/2016

AGO7 – Prolapso de cordão sem parto iminente  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/2



**AGO**  
**7**

**Protocolo Samu 192**  
**Protocolos de Emergências Gineco-Obstétricas**  
**SUORTE AVANÇADO DE VIDA**

### **AGO7 – Prolapso de cordão sem parto iminente**

- 9.** Manter atenção à evolução do parto e à necessidade de assistência (Protocolo AGO 3);
- 10.** Registrar achados e procedimentos na ficha/boletim de ocorrência.

#### **Observações:**

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3);
- A realização do toque vaginal (com os dedos, para evitar a pressão sobre o cordão) deve considerar a segurança da equipe durante o transporte.

Elaboração: Abril/2016

AGO7 – Prolapso de cordão sem parto iminente  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

2/2





**AGO**  
**8**

**Protocolo Samu 192**  
**Protocolos de Emergências Gineco-Obstétricas**  
**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**



## **AGO8 – Hemorragia gestacional (1ª metade da gestação)**

### **Quando suspeitar ou critérios de inclusão**

Perda sanguínea transvaginal ativa em pacientes com idade gestacional < de **22 semanas**, associada ou não a:

- Dor pélvica e/ou sinais de irritação peritoneal
- Lipotímia
- Palidez cutaneomucosa
- Taquicardia materna
- Hipotensão materna
- Rebaixamento do nível de consciência

### **Conduta:**

- 1.** Garantir privacidade para a paciente;
- 2.** Solicitar a presença de um acompanhante autorizado pela paciente, sempre que possível;
- 3.** Informar e solicitar o consentimento da paciente para a realização de todos os procedimentos;
- 4.** Posicionar a paciente em decúbito dorsal;
- 5.** Realizar avaliação primária (Protocolo AC1), com ênfase em:
  - Avaliação do nível de consciência;
  - Avaliação e garantia da permeabilidade das vias aéreas;
  - Avaliação da presença de hemorragias externas (perdas vaginais).
- 6.** Realizar avaliação secundária (Protocolo AC2), com ênfase em:
  - Sinais vitais;
  - Anamnese obstétrica:
    - Realização de pré-natal;
    - Idade gestacional e/ou data provável do parto;
    - Histórico de paridade;
    - Perda vaginal atual;
    - Presença de contração uterina, frequência e duração;
    - Presença de comorbidades.
  - Inspeção da vulva (presença de hemorragias, perdas líquidas e partes fetais).
- 7.** Realizar abordagem medicamentosa:
  - Oferecer oxigênio suplementar sob máscara não reinalante se  $\text{SatO}_2 < 94\%$ ;
  - Na presença de sinais de choque, puncionar acesso venoso periférico calibroso e infundir solução salina 0,9%, com o objetivo de manter a pressão sistólica  $> 80 \text{ mmHg}$  (Protocolo AC 16).
- 8.** Realizar contato com a Regulação Médica, para definição de encaminhamento e/ou da unidade de saúde.
- 9.** Registrar achados e procedimentos na ficha/boletim de ocorrência.

Elaboração: Abril/2016

AGO8 – Hemorragia gestacional (1ª metade da gestação)

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/2



**AGO**  
**8**

**Protocolo Samu 192**  
**Protocolos de Emergências Gineco-Obstétricas**  
**SUORTE AVANÇADO DE VIDA**

## **AGO8 – Hemorragia gestacional (1º metade da gestação)**

### **Observações:**

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- Perda sanguínea transvaginal ativa se caracteriza por sangramento de coloração vermelha viva.
- O sangramento do tipo "borra de café", no início do período gestacional, pode ser fisiológico, em virtude da implantação embrionária.
- A avaliação secundária é importante, porém não obrigatória nos pacientes críticos ou se sua realização implicar no atraso do transporte.

Elaboração: Abril/2016

AGO8 – Hemorragia gestacional (1º metade da gestação)

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

2/2



AGO  
9

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Emergências Gineco-Obstétricas  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA



## AGO9 – Hemorragia gestacional (2ª metade da gestação)

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

Perda sanguínea transvaginal ativa em pacientes com idade gestacional > de 22 semanas, associada ou não a:

- Dor pélvica e/ou sinais de irritação peritoneal
- Lipotímia
- Palidez cutaneomucosa
- Taquicardia materna
- Hipotensão materna
- Rebaixamento do nível de consciência

### Conduta:

1. Garantir privacidade para a paciente;
  2. Solicitar a presença de um acompanhante autorizado pela paciente, sempre que possível;
  3. Informar e solicitar o consentimento da paciente para a realização de todos os procedimentos;
  4. Posicionar a paciente em decúbito dorsal;
  5. Realizar avaliação primária (Protocolo AC1), com ênfase em:
    - Avaliação do nível de consciência;
    - Avaliação e garantia da permeabilidade das vias aéreas;
    - Avaliação da presença de hemorragias externas (perdas vaginais).
  6. Realizar avaliação secundária (Protocolo AC2), com ênfase em:
    - Sinais vitais e características da pele;
    - Anamnese obstétrica:
      - Realização de pré-natal;
      - Idade gestacional e/ou data provável do parto;
      - Histórico de paridade;
      - Perda vaginal atual;
      - Presença de contração uterina, frequência e duração;
      - Presença de comorbidades.
    - Avaliação do tônus uterino, para detecção da presença de hipertonia;
    - Inspeção da vulva (presença de hemorragias, perdas líquidas e partes fetais).
- ATENÇÃO: Não realizar toque vaginal, pelo risco de agravamento do quadro se houver placenta prévia.
7. Realizar abordagem medicamentosa:
    - Oferecer oxigênio suplementar sob máscara não reinalante se  $\text{SatO}_2 < 94\%$ ;
    - Instalar acesso venoso periférico calibroso e infundir solução salina 0,9% e/ou ringer lactato, para manutenção do acesso;
    - Na presença de sinais de choque, considerar Protocolo AC16 e manter pressão sistólica  $> 80$  mmHg;
  8. Realizar contato com a Regulação Médica para definição de encaminhamento e/ou da unidade de saúde;

Elaboração: Abril/2016

AGO9 – Hemorragia gestacional (2ª metade da gestação)

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/2



**AGO**  
**9**

**Protocolo Samu 192**  
**Protocolos de Emergências Gineco-Obstétricas**  
**SUORTE AVANÇADO DE VIDA**

### **AGO9 – Hemorragia gestacional (2ª metade da gestação)**

- 9.** Preparar para o transporte posicionando a gestante em decúbito lateral esquerdo;
- 10.** Registrar achados e procedimentos na ficha/boletim de ocorrência.

#### **Observações:**

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3);
- Recomenda-se a punção venosa periférica no membro superior direito, em virtude do transporte em decúbito lateral esquerdo.

Elaboração: Abril/2016

AGO9 – Hemorragia gestacional (2ª metade da gestação)

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

2/2



AGO  
10

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Emergências Gineco-Obstétricas  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA



## AGO10 – Hemorragia puerperal

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão

Perda sanguínea transvaginal excessiva pós-parto (> 500ml) associada ou não a:

- Lipoímia
- Palidez cutâneo-mucosa
- Taquicardia materna
- Hipotensão materna
- Rebaixamento do nível de consciência

### Conduta

MEDIDAS GERAIS

1. Garantir privacidade para a paciente;
2. Solicitar a presença de um acompanhante autorizado pela paciente, sempre que possível;
3. Informar e solicitar o consentimento da paciente para a realização de todos os procedimentos;
4. Posicionar a paciente em decúbito dorsal;
5. Realizar avaliação primária (Protocolo AC1), com ênfase em:
  - Avaliação do nível de consciência;
  - Avaliação e garantia da permeabilidade das vias aéreas;
  - Oferecer oxigênio suplementar sob máscara não reinhalante se  $\text{SatO}_2 < 94\%$
  - Avaliação quanto à presença de hemorragias externas (perdas vaginais).
6. Realizar avaliação secundária (Protocolo AC2), com ênfase para:
  - Sinais vitais e características da pele;
  - Anamnese obstétrica:
    - Realização de pré-natal;
    - Histórico de paridade;
    - Presença de comorbidades;
    - Tempo decorrido desde o parto;
  - Inspeção da vulva (presença de hemorragias).
7. Realizar massagem do fundo uterino sobre o abdome:
  - Para estimular os músculos uterinos a se contraírem;
  - Se o tônus não se recuperar, manter até o hospital.
8. Realizar contato com a Regulação Médica para definição de encaminhamento e ou unidade de saúde.
9. Preparar para transporte imediato com abordagem medicamentosa:
  - Instalar dois acessos venosos periféricos calibrosos com solução salina 0,9% e/ou ringer lactato;
  - Administrar acitacina:
    - 20 UI diluídas em 500 mL de solução salina 0,9% ou ringer lactato, via intravenosa (IV) em 10 minutos;
    - Na sequência, administrar nova dose de 20 UI diluída em 500 mL de solução salina 0,9% ou ringer lactato, IV para correr em 2 horas;

ATENÇÃO: Em caso de inversão uterina, essa medicação deve ser administrada após o êxito da manobra de reversão.

Elaboração: Abril/2016

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

AGO10 – Hemorragia puerperal

1/3



**AGO  
10**

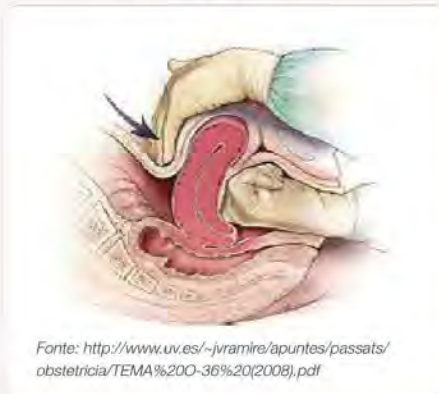
**Protocolo Samu 192**  
**Protocolos de Emergências Gineco-Obstétricas**  
**SUORTE AVANÇADO DE VIDA**

## **AGO10 – Hemorragia puerperal**

- Se persistir pressão arterial sistólica (PAS) <80 mmHg após a 1ª fase de ocitocina, considerar reposição permissiva no choque conforme Protocolo AC16, com objetivo de manter PAS > 80 mmHg;
- 10.** Proceder com medidas gerais de suporte e prevenção ao choque (Protocolo AC16);
- 11.** Preparar para o transporte em posição mais confortável;
- 12.** Em caso de transporte demorado > 30 minutos até a unidade de saúde, considerar a realização dos seguintes procedimentos **ANTES DE INICIAR** o transporte:
  - Realizar o esvaziamento da bexiga por meio de cateterismo vesical de alívio;
  - Avaliar a causa segundo os 4T (tônus, trauma, tecido e trombina) e considerar os procedimentos conforme abordagem da causa;
- 13. 14.** Registrar achados e procedimentos na ficha/boletim de ocorrência.

- Massagem uterina bimanual – Manobra de Hamilton (a mão esquerda em punho fechado é introduzida na vagina e, através do fundo de saco anterior, impulsiona o útero de encontro à mão direita externa, que pelo abdome vai massagear o órgão, trazendo-o vigorosamente em sentido oposto).

### **Manobra de Hamilton**



Tônus : HIPOTONIA

- Sugere-se a realização da manobra até melhora do tônus uterino e do sangramento, com uma tentativa de no máximo 2 minutos.

Elaboração: Abril/2016

AGO10 – Hemorragia puerperal


Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

2/3



**AGO  
10**
**Protocolo Samu 192  
Protocolos de Emergências Gineco-Obstétricas  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**

**AGO10 – Hemorragia puerperal**

<b>T – TRAUMA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Revisar canal do parto em busca de lacerações: considerar lampão vaginal, nos casos de sangramento de difícil controle, até a chegada no centro obstétrico de referência.</li> <li>Em caso de inversão: reposicionar imediatamente o útero, através da manobra de Johnson.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Manobra de Johnson</b></p>  <p style="text-align: center;"><small>Fonte: <a href="http://www.uv.es/~jramire/apuntes/passats/obstetricia/TEMA%200-36%20(2008).pdf">http://www.uv.es/~jramire/apuntes/passats/obstetricia/TEMA%200-36%20(2008).pdf</a></small></p> <p>Após reversão uterina, mantendo a mão no canal vaginal, enquanto se aguarda a contração do útero, administrar ocitocina endovenosa 20 UI a 40 UI, diluída em 1.000 mL de solução salina 0,9% ou ringer lactata (infundir 500 mL em 10 minutos).</p>
<b>T – TECIDO</b> (Retenção de restos placentários)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Realizar inspeção completa dos anexos ovulares (placenta e âmnio), observando se há falta de algum segmento.</li> </ul>
<b>T – TROMBINA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Considerar diagnóstico de coagulação intravascular disseminada (CIVD), coagulopatia de consumo e deficiência específica da coagulação sanguínea.</li> </ul>

**Observações:**

- Considerar os "3'S" (Protocolos PE1, PE2, PE3)
- Na presença de choque, ver Protocolo AC16); na presença de síndromes hipertensivas, ver Protocolo AGO11).
- O cateterismo vesical de alívio tem como objetivo contribuir para a melhora do tônus uterino e favorecer a realização de manobras (se indicadas) em virtude do esvaziamento da bexiga.
- Não foram encontrados estudos que demonstrem evidências sobre a indicação de realização das manobras previstas nos 4T no cenário pré-hospitalar. A decisão quanto à realização dessas manobras na fase pré-hospitalar deve considerar a gravidade do quadro, a resposta do paciente às manobras iniciais, o tempo de deslocamento até a unidade de saúde e a experiência dos profissionais. Sugere-se, se possível, a tomada de decisão em conjunto com o médico regulador.

Elaboração: Abril/2016

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis. Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

AGO10 – Hemorragia puerperal

3/3



**AGO  
11**

**Protocolo Samu 192**  
**Protocolos de Emergências Gineco-Obstétricas**  
**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**



## **AGO11 – Síndromes hipertensivas da gestação: Pré-eclâmpsia e Pré-eclâmpsia sobreposta à hipertensão arterial crônica**

### **Quando suspeitar ou critérios de inclusão**

Paciente com idade gestacional  $\geq 20$  semanas associada a

- Pressão arterial sistólica (PAS)  $\geq 140$  mmHg e/ou
- Pressão arterial diastólica (PAD)  $\geq 90$  mmHg.

### **Podem estar presentes:**

- Histórico de proteinúria;
- Sinais de gravidade:
  - Cefaleia, tontura, confusão mental;
  - Distúrbios visuais (diplopia, escolomas, visão turva);
  - Epigastralgia, dor em hipocôndrio direito, náuseas e vômitos;
  - Dispneia e/ou dor torácica retroesternal;
  - Sangramento vaginal;
  - Hiperreflexia patelar;
  - Diminuição do volume urinário diário.

**ATENÇÃO:** A evolução da pré-eclâmpsia grave pode levar a convulsão e/ou coma, caracterizando a eclâmpsia (Protocolo AGO 12)

### **Conduta**

- 1. Garantir privacidade para a paciente;**
- 2. Solicitar a presença de um acompanhante autorizado pela paciente, sempre que possível;**
- 3. Informar e solicitar o consentimento da paciente para a realização de todos os procedimentos;**
- 4. Posicionar a paciente em decúbito lateral esquerdo;**
- 5. Realizar avaliação primária (Protocolo AC1), com ênfase em:**
  - Avaliação do nível de consciência;
  - Proteção das vias aéreas: considerar intubação orotraqueal, quando houver rebaixamento do nível de consciência;
  - Presença de hemorragias externas e perdas vaginais;
- 6. Realizar avaliação secundária (Protocolo AC2), com ênfase em:**
  - Sinais vitais;
  - Monitorar respiração, oximetria de pulso e pressão arterial;
  - Anamnese obstétrica:
    - Realização de pré-natal;
    - Idade gestacional e/ou data provável do parto;
    - Histórico de paridade;
    - Perda vaginal atual;
    - Presença de contração uterina, frequência e duração;
    - Comorbidades;
    - Exames laboratoriais anteriores, se disponíveis;
  - Verificação da altura uterina se idade gestacional desconhecida. Considerar altura do fundo uterino em cicatriz umbilical compatível com 20 semanas;
  - Avaliação do tônus uterino para a detecção da presença de hipertonia;
  - Inspeção da vulva (presença de hemorragias, perdas líquidas e partes fetais);

AGO11 – Síndromes hipertensivas da gestação: Pré-eclâmpsia e Pré-eclâmpsia sobreposta à hipertensão arterial crônica

Elaboração: Abril/2016

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/3





**AGO  
11**

**Protocolo Samu 192  
Protocolos de Emergências Gineco-Obstétricas  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**

## **AGO11 – Síndromes hipertensivas da gestação: Pré-eclâmpsia e Pré-eclâmpsia sobreposta à hipertensão arterial crônica**

### **7. Realizar abordagem medicamentosa:**

- Oferecer oxigênio suplementar sob máscara não reinalante se  $\text{SatO}_2 < 94\%$
- Instalar acesso venoso periférico com solução salina 0,9% para manutenção do acesso;
- Considere a escolha do medicamento de acordo com sua indicação:

#### **HIDRALAZINA**

Indicação: tratamento agudo da hipertensão arterial grave na gestação caracterizada por PAS > 160 mmHg ou PAD > 110mmHg, e/ou sinais de gravidade.

- Diluir 1 ampola (1 mL = 20 mg) em 9 mL de água destilada ou solução salina 0,9%.
- Dose recomendada é de 2,5 mL da solução (5,0 mg) por via endovenosa (EV).
- Caso a pressão não seja controlada, repita a dose recomendada em intervalos de 20 minutos até dose máxima de 20 mg.

#### **SULFATO DE MAGNÉSIO EV**

Indicação: tratamento da pré-eclâmpsia grave ou sobreposta à hipertensão e da eclâmpsia.

#### **Dose de ataque:**

4g, via intravenosa diluída em água bi-destilada ou solução salina 0,9% 100 mL com tempo de infusão rigoroso de 15 minutos.

- Se ampolas com 10 mL a 50% = 5 g, dose de ataque = 8mL.
- Se ampolas com 10 mL a 10% = 1 g, dose de ataque = 4-ampolas = 40 mL.

#### **SULFATO DE MAGNÉSIO INTRAMUSCULAR (IM)**

Indicada somente se impossibilidade de instalação de acesso venoso

#### **Dose de ataque:**

1 ampola a 50% (5 g), administrada via IM profunda, em cada glúteo, perfazendo dose total de 10 g.

Indicação: tratamento da pré-eclâmpsia grave ou sobreposta à hipertensão e da eclâmpsia.

**Nos casos de transporte prolongado > 4 horas, considerar a realização de dose de manutenção do sulfato de magnésio:**

#### **SULFATO DE MAGNÉSIO IM**

Iniciar a partir de 4 horas da dose de ataque

#### **Dose De Manutenção:**

1 ampola a 50% (5 g), administrada via IM profunda, alternando os glúteos, a cada 4 horas.

**Na presença de sinais de intoxicação pelo sulfato de magnésio**

– perda do reflexo patelar, depressão respiratória, parada cardiorrespiratória (PCR) – **considerar:**

#### **GLUCONATO DE CÁLCIO A 10%**

Indicação: antídoto do sulfato de magnésio.

1 ampola + 10 mL de água bi-destilada, infusão lenta em 3 minutos.

### **8. Cuidados gerais:**

- Garantir oxigenação adequada;
- Infundir hidratação venosa cautelosa – atentar para a possibilidade de edema agudo de pulmão;
- Preparar para o transporte em decúbito lateral esquerdo;

AGO11 – Síndromes hipertensivas da gestação: Pré-eclâmpsia e Pré-eclâmpsia sobreposta à hipertensão arterial crônica

Elaboração: Abril/2016

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis. Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

2/3



**AGO  
11**

**Protocolo Samu 192**  
**Protocolos de Emergências Gineco-Obstétricas**  
**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**



## **AGO11 – Síndromes hipertensivas da gestação: Pré-eclâmpsia e Pré-eclâmpsia sobreposta à hipertensão arterial crônica**

- 9.** Realizar contato com a Regulação Médica para definição de encaminhamento e ou unidade de saúde.
- 10.** Registrar achados e procedimentos na ficha/boletim de ocorrência.

### **Observações:**

- Considerar os 3“S” (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- Na presença de choque, ver Protocolo AC16; na presença de PCR da gestante, ver Protocolos AGO14 e AGO15).
- Na presença de crise convulsiva, ver Protocolo AC26.
- Pacientes em uso regular de nifedipina apresentam risco maior de intoxicação pelo sulfato de magnésio.
- O uso de doses de manutenção de sulfato de magnésio aumenta o risco de ocorrência de intoxicação pela droga.
- A escolha da administração das doses de manutenção por via IM em transporte prolongado acima de 4 horas considerou as peculiaridades do cenário pré-hospitalar.
- Recomenda-se a punção venosa periférica no membro superior direito em virtude do transporte em decúbito lateral esquerdo.
- As drogas citadas fazem parte da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME).

AGO11 – Síndromes hipertensivas da gestação: Pré-eclâmpsia e Pré-eclâmpsia sobreposta à hipertensão arterial crônica

Elaboração: Abril/2016

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

3/3



AGO  
12

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Emergências Gineco-Obstétricas  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA



## AGO12 – Síndromes hipertensivas da gestação: Eclâmpsia

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão

Paciente com idade gestacional  $\geq 20$  semanas associada a:

- Convulsão ou coma, na ausência de doenças neurológicas; e
- Pressão arterial sistólica (PAS)  $\geq 140$  mmHg; e/ou
- Pressão arterial diastólica (PAD)  $\geq 90$  mmHg.

### Pode estar presente:

- Histórico de proteinúria

### Conduta

1. Proteger a paciente contra traumas durante as convulsões;
2. Lateralizar à esquerda se não houver suspeita de trauma coluna cervical;
3. Garantir privacidade para a paciente;
4. Solicitar a presença de um acompanhante, sempre que possível;
5. Realizar avaliação primária (Protocolo AC1), com ênfase em:
  - Avaliação do nível de consciência;
  - Proteção das vias aéreas: considerar intubação orotraqueal, quando houver rebaixamento do nível de consciência;
  - Presença de hemorragias externas e perdas vaginais;
6. Realizar avaliação secundária (Protocolo AC2), com ênfase para:
  - Sinais vitais;
  - Monitorar respiração, oximetria de pulso e pressão arterial;
  - Anamnese obstétrica:
    - Realização de pré-natal;
    - Idade gestacional e/ou data provável do parto;
    - Histórico de paridade;
    - Perda vaginal atual;
    - Presença de contração uterina, frequência e duração;
    - Comorbidades;
    - Exames laboratoriais anteriores, se disponíveis;
  - Verificação da altura uterina se idade gestacional desconhecida. Considerar altura do fundo uterino em cicatriz umbilical compatível com 20 semanas;
  - Avaliação do tônus uterino para a detecção da presença de hipertonia;
  - Inspeção da vulva (presença de hemorragias, perdas líquidas e partes fetais).
7. Realizar abordagem medicamentosa:
  - Oferecer oxigênio suplementar sob máscara não reinalante se  $\text{SatO}_2 < 94\%$
  - Instalar acesso venoso periférico calibroso com solução salina 0,9% para manutenção do acesso;
  - Considere a escolha do medicamento de acordo com sua indicação;

Elaboração: Abril/2016

AGO12 – Síndromes hipertensivas da gestação: Eclâmpsia

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/3



**AGO**  
**12**

**Protocolo Samu 192**  
**Protocolos de Emergências Gineco-Obstétricas**  
**SUORTE AVANÇADO DE VIDA**

## AGO12 – Síndromes hipertensivas da gestação: Eclâmpsia

### SULFATO DE MAGNÉSIO EV

Indicação: eclâmpsia.

#### Dose de ataque:

4 g, intravenosa (IV) diluída em água bi-destilada ou solução salina 0,9% 100 mL com tempo de infusão rigoroso de 15 minutos.

- Se ampolas com 10 mL a 50% = 5 g, dose de ataque = 8 mL;
- Se ampolas com 10 mL a 10% = 1 g, dose de ataque = 4 ampolas = 40 mL.

### SULFATO DE MAGNÉSIO INTRAMUSCULAR (IM)

Indicada somente se impossibilidade de instalação de acesso venoso

Indicação: eclâmpsia.

#### Dose de ataque:

1 ampola a 50% (5 g), administrada via IM profunda, em cada glúteo, perfazendo dose total de 10 g, via IM.

#### Nas convulsões recorrentes e/ou refratárias ao tratamento inicial:

### SULFATO DE MAGNÉSIO ENDOVENOSO (EV)

2 g, IV diluído em água bi-destilada, infusão em *bolus* durante a convulsão ou, preferencialmente, em 10 minutos, se possível.

- Se ampolas com 10 mL a 50% = 5 g, dose de reforço = 4 mL.
- Se ampolas com 10 mL a 10% = 1 g, dose de reforço = 2 ampolas = 20 mL.

### FENITOÍNA SÓDICA

Indicação: reservada aos casos refratários ao uso de sulfato de magnésio

A dose varia com o peso da paciente:

15 a 20 mg/Kg/dose (0,3 a 0,4 mL/Kg/dose), diluída em 250 a 500 mL de solução salina a 0,9%. Infundir em 10 minutos, com velocidade máxima de infusão de 50 mg/minuto.

Se necessário, pode ser administrada dose adicional de 5 a 10 mg/kg, após 20 minutos da dose inicial.

#### No controle da pressão arterial:

### HIDRALAZINA

Indicação: tratamento agudo da hipertensão arterial grave na gestação caracterizada por PAS > 160 mmHg ou PAD > 110 mmHg, e/ou sinais de gravidade.

- Diluir 1 ampola (1 mL = 20 mg) em 9 mL água destilada ou solução salina 0,9%.
- Dose recomendada é de 2,5 mL da solução (5,0 mg) por via EV.
- Caso a pressão não seja controlada, repita a dose recomendada em intervalos de 20 minutos, até dose máxima de 20 mg.

#### Nos casos de transporte prolongado > 4 horas, considerar a realização de dose de manutenção do sulfato de magnésio:

### SULFATO DE MAGNÉSIO IM

Iniciar a partir de 4 horas da dose de ataque

#### Dose de manutenção:

1 ampola a 50% (5 g), administrada via IM profunda, alternando os glúteos, a cada 4 horas.

Elaboração: Abril/2016

AGO12 – Síndromes hipertensivas da gestação: Eclâmpsia

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis. Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

2/3



**AGO  
12**

**Protocolo Samu 192  
Protocolos de Emergências Gineco-Obstétricas  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**



## AGO12 – Síndromes hipertensivas da gestação: Eclâmpsia

**Na presença de sinais de intoxicação pelo sulfato de magnésio – perda do reflexo patelar, depressão respiratória, parada cardiopulmonar (pcr) –, considerar, se disponível:**

### GLUCONATO DE CÁLCIO A 10%

Indicação: antídoto do sulfato de magnésio

1 ampola + 10 mL de água bi-destilada, infusão lenta em 3 minutos.

#### 8. Cuidados gerais:

- Garantir oxigenação adequada;
- Infundir hidratação venosa cautelosa – atentar para a possibilidade de edema agudo de pulmão;
- Preparar para o transporte em decúbito lateral esquerdo.

9. Realizar contato com Regulação Médica para definição de encaminhamento e ou Unidade de Saúde.

10. Registrar achados e procedimentos na ficha/boletim de ocorrência.

### Observações

- Considerar os 3“S” (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- Na presença de choque, ver Protocolo AC16; na presença de PCR da gestante, ver Protocolo AGO14 e AGO15).
- Paciente em uso regular de nifedipina apresentam risco maior de intoxicação pelo sulfato de magnésio.
- A escolha da administração das doses de manutenção por via IM em transporte prolongado acima de 4 horas considerou as peculiaridades do cenário pré-hospitalar.
- Recomenda-se a punção venosa periférica no membro superior direito, em virtude do transporte em decúbito lateral esquerdo.

Elaboração: Abril/2016

AGO12 – Síndromes hipertensivas da gestação: Eclâmpsia

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

3/3



# SAV Pediátrico

# APed



**APed  
1**
**Protocolo Samu 192  
Protocolos de Emergências Pediátricas  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**

**APed1 – Parâmetros pediátricos**
**Parâmetros de idade**

DEFINIÇÃO	IDADE
<b>Período neonatal</b>	De 0 até 28 dias de vida
<b>Bebê</b>	De 29 dias até 11 meses e 29 dias (< 1 ano)
<b>Criança</b>	1 ano até início da puberdade (meninas: broto mamário; meninos: pelos axilares)
<b>Adolescente</b>	10 a 19 anos (Organização Mundial da Saúde); reportar-se aos protocolos de adultos se iniciada a puberdade

**Parâmetros de peso**

Quando não houver informação sobre o peso atual do paciente pediátrico, podem ser utilizados os seguintes critérios para um cálculo rápido e aproximado do peso:

DEFINIÇÃO	IDADE
<b>Primeiros dias de vida</b>	Perda de 10% do peso de nascimento nos primeiros dias de vida, que deve ser recuperado até o 10º dia de vida
<b>Peso de nascimento</b>	Dobra no 4º mês de vida; triplica com 1 ano; quadruplica com 2 anos
<b>3 aos 12 meses</b>	$\text{Peso} = (0,5 \times \text{idade em meses}) + 4,5$
<b>2 a 8 anos</b>	$\text{Peso} = (2 \times \text{idade em anos}) + 8$

**Frequência respiratória (incursões por minuto):**

IDADE	FREQUÊNCIA
< 1 ano	30 a 60
1 a 3 anos	24 a 40
<b>Pré-escolar (4 a 5 anos)</b>	22 a 34
<b>Escolar (6 a 12 anos)</b>	18 a 30
<b>Adolescente (13 a 18 anos)</b>	12 a 16

Elaboração: Janeiro/2016

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis. Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

APed1 – Parâmetros pediátricos

1/6



**APed  
1**
**Protocolo Samu 192**  
**Protocolos de Emergências Pediátricas**  
**SUORTE AVANÇADO DE VIDA**
**APed1 – Parâmetros pediátricos**

Frequência cardíaca (batimentos por minuto)

IDADE	ACORDADO	MÉDIA	DURANTE O SONO
Recém-nascido (RN) até 3 meses	85 a 205	140	80 a 160
3 meses a 2 anos	100 a 190	130	75 a 160
2 a 10 anos	60 a 140	80	60 a 90
> 10 anos	60 a 100	75	50 a 90

Valores pressóricos normais (mmHg)

IDADE	PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA		PRESSÃO ARTERIAL DIASTÓLICA	
	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino
Neonato (1 dia)	60 a 76	60 a 74	31 a 45	30 a 44
Neonato (4 dias)	67 a 83	68 a 84	37 a 53	35 a 53
Bebê (1 mês)	73 a 91	74 a 94	36 a 56	37 a 55
Bebê (3 meses)	78 a 100	81 a 103	44 a 64	45 a 65
Bebê (6 meses)	82 a 102	87 a 105	46 a 66	48 a 68
Bebê (1 ano)	86 a 104	85 a 103	40 a 58	37 a 56
Criança (2 anos)	88 a 105	88 a 106	45 a 63	42 a 61
Criança (7 anos)	96 a 113	97 a 115	57 a 75	57 a 76
Adolescente (15 anos)	110 a 127	113 a 131	65 a 83	64 a 83

Elaboração: Janeiro/2016

 APed1 – Parâmetros pediátricos  
 Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
 Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

2/6





**APed  
1**
**Protocolo Samu 192**  
**Protocolos de Emergências Pediátricas**  
**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**

**APed1 – Parâmetros pediátricos**

Definição de hipotensão por pressão arterial sistólica e idade

IDADE	PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA (MMHG)
Neonatos a termo (0 a 28 dias)	< 60
Bebês (1 a 12 meses)	< 70
Crianças (1 a 10 anos)	<70 + (idade em anos x 2)
Crianças > 10 anos	< 90

Escala de Coma de Glasgow

PARÂMETRO	ADULTO	CRIANÇAS	BEBÊ (<1 ANO)	PONTUAÇÃO
Abertura ocular	Espontânea	Espontânea	Espontânea	4
	Ao estímulo verbal	Ao estímulo verbal	Ao estímulo verbal	3
	Ao estímulo doloroso	Ao estímulo doloroso	Ao estímulo doloroso	2
	Ausência de resposta	Ausência de resposta	Ausência de resposta	1
Melhor resposta verbal	Orientada	Palavras apropriadas, orientada	Murmura ou balbucia	5
	Confusa	Confusa	Inquieta, irritada, chorosa	4
	Palavras inapropriadas	Palavras inapropriadas	Chora em resposta à dor	3
	Sons incompreensíveis	Palavras incompreensíveis ou sons inespecíficos	Geme em resposta à dor	2
	Ausência de resposta	Ausência de resposta	Ausência de resposta	1
Melhor resposta motora	Obedece a comandos	Obedece comando verbal simples	Move-se espontânea e intencionalmente	6
	Localiza estímulos dolorosos	Localiza estímulos dolorosos	Retira o membro ao toque	5
	Retira o membro ao estímulo doloroso	Retira o membro ao estímulo doloroso	Retira o membro ao estímulo doloroso	4
	Flexão dos braços e extensão das pernas (decorticação) ao estímulo doloroso	Flexão dos braços e extensão das pernas (decorticação) ao estímulo doloroso	Flexão dos braços e extensão das pernas (decorticação) ao estímulo doloroso	3
	Extensão dos braços e extensão das pernas (descerebração) ao estímulo doloroso	Extensão dos braços e extensão das pernas (descerebração) ao estímulo doloroso	Extensão dos braços e extensão das pernas (descerebração) ao estímulo doloroso	2
	Ausência de resposta	Ausência de resposta	Ausência de resposta	1

Elaboração: Janeiro/2016

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis. Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

APed1 – Parâmetros pediátricos

3/6



**APed  
1**
**Protocolo Samu 192  
Protocolos de Emergências Pediátricas  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**
**APed1 – Parâmetros pediátricos**

## Escore de trauma pediátrico

CARACTERÍSTICAS	PONTOS		
	+ 2	+ 1	- 1
<b>Peso (kg)</b>	> 20	10 a 20	< 10
<b>Vias aéreas</b>	Normal	Assistida: por máscara ou cânula de oxigênio (O <sub>2</sub> )	Via aérea avançada (intubação orotraqueal ou cricotireoidostomia)
<b>Pressão arterial sistólica (mmHg)</b>	> 90 ou pulsos periféricos bons, boa perfusão	50 a 90 ou pulsos centrais palpáveis (carotídeo e femural)	< 50 ou pulsos fracos ou ausentes
<b>Consciência</b>	Acordado	Obnubilado, perda da consciência	Coma, irresponsivo
<b>Pele</b>	Nenhuma lesão visível	Contusão, abrasão, laceração < 7 cm, sem atingir fásia	Perda tecidual, lesão por armas de fogo ou branca, atinge a fásia
<b>Fratura</b>	Nenhuma	Fratura fechada única, em qualquer local	Fraturas expostas ou múltiplas

O maior escore possível é + 12 e o menor possível é - 6 (mais grave), ESCORE < 8: transportar para hospital terciário.

Elaboração: Janeiro/2016

APed1 – Parâmetros pediátricos  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

4/6



**APed  
1**
**Protocolo Samu 192  
Protocolos de Emergências Pediátricas  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**


## APed1 – Parâmetros pediátricos

### Parâmetros dos equipamentos pediátricos

EQUIPAMENTO	RN/BEBÊ (3-5 KG)	< 1 ANO (6-9 KG)	1-2 ANOS (10-11 KG)	CRIANÇA PEQUENA (3-4 ANOS) (12-14 KG)	CRIANÇA (5-6 ANOS) (15-18 KG)	CRIANÇA (7-8 ANOS) (19-23 KG)	CRIANÇA (9-10 ANOS) (24-29 KG)	ADOLESCENTE (> 10 ANOS) (30-36 KG)
<b>DBVM (1)</b>	Neonatal/ bebê	Infantil	Infantil	Infantil	Infantil	Infantil	Infantil	Adulto
<b>Máscara de O<sub>2</sub></b>	Neonatal	Pediátrica	Pediátrica	Pediátrica	Pediátrica	Pediátrica	Pediátrica	Pediátrica/ adulto
<b>Lâmina do laringoscópio</b>	0-1 reta	1 reta	1 reta	2 reta	2 reta	2 reta/ curva	2 reta/ curva	3 reta/curva
<b>Cânula traqueal</b>	*	3,5 sem cuff	4,0 sem cuff	4,5 sem cuff	5,0 sem cuff	5,5 sem cuff	6,0 com cuff	6,5 com cuff
<b>Comprimento de inserção do tubo endotraqueal (cm)</b>	*	10,5-11	11-12	13,5	14-15	16,5	17-18	18,5-19,5
<b>Sonda aspiração</b>	8	8	10	10	10	10	10	10-12
<b>Jelco</b>	22-24	22-24	20-24	18-22	18-22	18-20	18-20	16-20
<b>Sonda nasogástrica</b>	5-8	5-8	8-10	10	10	12-14	14-18	16-18
<b>Dreno de tórax</b>		10-12	16-20	20-24	20-24	24-28	28	32-36

Fonte: Adaptado de Suporte Avançado de Vida em Pediatria (PALS), Professional Manual, Edição em português, 2012, pg 111 (adaptado da Fita de Ressuscitação Pediátrica de Broselow, 2007)

(1) DBVM - dispositivo bolsa-valva-máscara

Elaboração: Janeiro/2016

APed1 – Parâmetros pediátricos  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

5/6



**APed**  
**1**

**Protocolo Samu 192**  
**Protocolos de Emergências Pediátricas**  
**SUPORE AVANÇADO DE VIDA**

### APed1 – Parâmetros pediátricos

Diâmetro do tubo endotraqueal e profundidade de inserção no período neonatal, por peso e idade gestacional

DIÂMETRO DO TUBO SEM CUFF	PROFUNDIDADE DA INSERÇÃO (CM)	PESO (G)	IDADE GESTACIONAL (SEMANAS)
2,5	6	< 1000	< 28
3,0	7-8	1000-2000	28-34
3,5	8-9	2000-3000	34-38
4,0	10	> 3000	> 38

Elaboração: Janeiro/2016

APed1 – Parâmetros pediátricos  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

6/6



**APed  
2**

**Protocolo Samu 192  
Protocolos de Emergências Pediátricas  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**



## APed2 – Avaliação primária do paciente pediátrico (agravo clínico)

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão

Na abordagem de pacientes pediátricos com agravo clínico.

### Conduta

- 1. Impressão inicial: observação rápida (avaliação visual e auditiva do paciente pediátrico nos primeiros segundos de atendimento), considerando:**
  - Consciência: alerta, irritável ou não responde;
  - Respiração: esforço respiratório, sons anormais ouvidos sem ausculta (estridor, chiado, gemência) ou ausência de movimentos respiratórios;
  - Coloração anormal da pele: palidez, cianose ou moteamento (aspecto marmóreo).
- 2. Se o paciente não responde e não respira ou apresenta gasping, verificar pulso simultaneamente e:**
  - Se pulso ausente: reportar-se ao Protocolo de PCR (APed 7);
  - Se pulso presente, mas que permanece com frequência  $\leq 60$  batimentos por minuto (bpm) e com sinais de perfusão insuficiente, apesar da oxigenação e ventilação adequadas: reportar-se ao Protocolo de PCR (APed 7);
  - Se pulso presente e  $> 60$  bpm: reportar-se ao Protocolo de Parada Respiratória (APed 6).
- 3. Se o paciente não responde, mas respira, realizar a avaliação primária.**
- 4. Se o paciente responde, realizar a avaliação primária.**

### Avaliação primária (A, B, C, D, E)

**ATENÇÃO:** Utilizar de forma contínua (após cada intervenção e/ou sempre que o quadro se alterar) a sequência **avaliar/identificar/intervir** e, se o paciente apresentar algum problema potencialmente fatal [p. ex.: obstrução total ou intensa de via aérea (VA), apneia, esforço respiratório intenso, bradipneia, cianose, perfusão inadequada, hipotensão, bradicardia, ausência de pulso palpável, rebaixamento do nível de consciência, hipotermia, hemorragia significativa, petéquias e/ou púrpura compatíveis com choque séptico], iniciar as intervenções apropriadas imediatamente.

- 1. Avaliar a permeabilidade da VA e, se indicado, corrigir situações de risco com as seguintes ações:**
  - Permitir que o paciente adote uma posição confortável espontaneamente;
  - Realizar a manobra de inclinação da cabeça e elevação do queixo ou a de anteriorização/ subluxação da mandíbula;
  - Inspeccionar a cavidade oral: aspirar secreções e retirar corpos estranhos;
  - Instalar cânula orofaríngea;
  - Considerar as indicações de VA avançada, preferencialmente a intubação orotraqueal (Protocolo APed 43);
  - Na impossibilidade da intubação orotraqueal, podem ser utilizadas as seguintes alternativas:
    - Máscara laríngea (Protocolo APed 42) ou outro dispositivo supraglótico;
    - Cricotireoidostomia por punção (Protocolo APed 44).

**ATENÇÃO:** não se deve realizar cricotireoidostomia cirúrgica em bebês e crianças.

Elaboração: Janeiro/2016

APed 2 – Avaliação primária do paciente pediátrico (agravo clínico)

Este protocolo foi atualizado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/3



**APed  
2**

**Protocolo Samu 192  
Protocolos de Emergências Pediátricas  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**

## APed2 – Avaliação primária do paciente pediátrico (agravo clínico)

### 2. Avaliar ventilação:

- Frequência respiratória (taquipneia, bradipneia ou apneia): lembrar que frequência menor do que 10 ou maior do que 60 incursões por minuto (ipm), em qualquer idade pediátrica, sugere problema potencialmente grave;
- Sinais de esforço respiratório: batimento de asa de nariz, retrações (subcostal, subesternal, intercostal, supraclavicular e supraesternal), inspiração e expiração prolongadas, balançim toracoabdominal (tórax retrai e abdome expande durante a inspiração), meneios da cabeça (ergue o queixo e estende o pescoço durante a inspiração e deixa o queixo cair para frente na expiração), gemência;
- Expansão e simetria torácica;
- Ausculta: presença e simetria de murmúrio vesicular, presença de sons nos pulmões e VAs (estridor, gemido, gorgolejo, sibilos, crepitações);
- Avaliar oximetria de pulso e considerar a administração de oxigênio (O<sub>2</sub>) se saturação de O<sub>2</sub> < 94%;
- Considerar a necessidade de ventilação assistida por meio de dispositivo bolsa-valva-máscara (BVM) com reservatório ou através de dispositivos de VA avançada;
- Se for necessária a ventilação assistida, ventilar com volume suficiente apenas para garantir a elevação visível do tórax, monitorizando oximetria de pulso (manter saturação de O<sub>2</sub> entre 94 e 99%); cuidada para não hiperventilar – ver Protocolo APed 39 (Técnica de ventilação com BVM).

### 3. Avaliar estado circulatório:

- Frequência e ritmo cardíacos;
- Pulsos periféricos: amplitude e simetria;
- Tempo de enchimento capilar (normal até 2 segundos);
- Pele: coloração, umidade e temperatura;
- Pressão arterial (Protocolo AP23);
- Na presença de sangramento ativo visível, realizar compressão direta;
- Considerar a instalação de acesso vascular:
  - No paciente instável, a obtenção de acesso venoso periférico deve ser limitada a duas tentativas em até 90 segundos e, se não obtido, realizar punção intraóssea (Protocolo APed 46);
- Na presença de instabilidade hemodinâmica, avaliar a necessidade de reposição volêmica e/ou uso de drogas vasoativas (se disponíveis).

### 4. Avaliar estado neurológico:

- AVDI (alerta, verbal, dor e irresponsivo);
- Escala de Coma de Glasgow (APed 1);
- Avaliação pupilar: tamanho, fotoreatividade e simetria.

### 5. Exposição:

- Manter o paciente confortável e aquecido;
- Procurar por manchas e lesões em pele, deformidades, etc.;
- Buscar evidências de trauma ou sinais de maus tratos;
- Evitar hipotermia.

**APed  
2**

**Protocolo Samu 192  
Protocolos de Emergências Pediátricas  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**



## APed2 – Avaliação primária do paciente pediátrico (agravo clínico)

### Observações

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- Atentar para o direito da criança de ter um acompanhante (responsável legal ou outro).
- O objetivo da avaliação primária é identificar e corrigir situações de risco imediato de morte. Considera-se crítico todo paciente que apresentar alterações significativas em qualquer etapa da avaliação.
- Se o paciente for considerado crítico, o tempo de permanência na cena deve ser o mínimo possível.

ATENÇÃO: considerar os parâmetros vitais de acordo com a faixa etária (APed 1).

- Para manter a permeabilidade da VA: considerar o uso de manobras manuais e o uso de dispositivos de abertura de VA, inclusive VA avançada.
- Atenção para a técnica adequada de inserção da cânula orofaríngea em pediatria (Protocolo APed 41).
- Cânula nasofaríngea NÃO deve ser utilizada no bebê e na criança.
- Intubação nasotraqueal é CONTRAINDICADA no bebê e na criança.
- Considerar a instalação de sonda orogástrica, se ocorrer distensão gástrica importante que comprometa a ventilação.
- Para determinar a frequência respiratória no paciente pediátrico, deve-se contar por pelo menos 30 segundos e multiplicar por dois, para evitar imprecisões.
- Lembrar que a ventilação do paciente pediátrico deve ser realizada com técnica e equipamento adequados à idade e peso (APed 1 – Parâmetros pediátricos).
- Cuidado ao ventilar o paciente pediátrico: a ventilação muito agressiva ou com grandes volumes correntes pode causar hiperinsuflação e barotrauma (com risco de pneumotórax hipertensivo), além de levar à distensão gástrica (exceto se através de intubação traqueal), resultando em regurgitação, aspiração e impedimento da ventilação adequada pela limitação da movimentação do diafragma.
- Repetir avaliação primária durante o transporte.

Elaboração: Janeiro/2016

APed 2 – Avaliação primária do paciente pediátrico (agravo clínico)

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

3/3



**APed  
3**

**Protocolo Samu 192**  
**Protocolos de Emergências Pediátricas**  
**SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**



## APed3 – Avaliação secundária do paciente pediátrico (agravo clínico)

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão

Na abordagem de pacientes pediátricos com agravo clínico.

### Conduta

**1. Realizar entrevista SAMPLE (com o paciente, familiares ou terceiros):**

- Nome e idade;
- Queixa principal;  
S: sinais e sintomas no início da enfermidade;  
A: história de alergias;  
M: medicamentos em uso e/ou tratamentos em curso; horário da última dose;  
P: passado médico – problemas de saúde ou doença prévia;  
L: horário da última ingestão de líquidos ou alimentos;  
E: eventos que levem à doença ou lesão atual.

**2. Realizar avaliação complementar:**

- Avaliar glicemia capilar: tratar hipoglicemia se < 60 mg/dL (ou < 50 mg/dL no neonato).

**3. Realizar o exame físico específico, da cabeça aos pés:**

- **Cabeça (crânio e face)**
  - Inspeccionar e palpar o couro cabeludo, orelhas, ossos da face, olhos, pupilas (verificar diâmetro, reação à luz e simetria pupilar), nariz, boca;
  - Identificar abaulamento e tensão de fontanela anterior (fechamento entre 9 e 18 meses);
  - Identificar presença de secreções, sangue e/ou líquido em cavidades naturais;
  - Identificar presença de corpos estranhos;
  - Identificar sinais de esforço respiratório: batimento de asa de nariz, meneios da cabeça (ergue o queixo e estende o pescoço durante a inspiração e deixa o queixo cair para frente na expiração);
  - Observar alterações na coloração e temperatura da pele e mucosas.
- **Pescoço**
  - Avaliar região anterior e posterior: procurar por contusões, ferimentos, enfisema subcutâneo, deformidades;
  - Avaliar, em especial, se há distensão das veias jugulares e/ou desvio de traqueia.
- **Tórax**
  - Identificar sinais de esforço respiratório: retrações (subcostal, intercostal, supraclavicular, subesternal e supraesternal), balancim toracoabdominal (tórax retrai e abdome expande durante a inspiração) e gemência;
  - Observar lesões e cicatrizes na pele;
  - Identificar movimentos assimétricos;
  - Realizar palpação cuidadosa em busca de enfisema subcutâneo e crepitações ósseas;
  - Identificar presença de ruídos adventícios e alterações na ausculta do murmúrio vesicular;
  - Identificar alterações na ausculta cardíaca;
  - Realizar, se possível, percussão.
- **Abdome**
  - Observar distensão, contusões, abrasões, ferimentos, equimoses, cicatrizes;
  - Pesquisar à palpação: dor, rigidez, posição de defesa, massas, presença de visceromegalias;
  - Pesquisar ruídos hidroaéreos.

Elaboração: Janeiro/2016

APed 3 – Avaliação secundária do paciente pediátrico (agravo clínico)  
Este protocolo foi paulado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/2





**APed  
3**

**Protocolo Samu 192  
Protocolos de Emergências Pediátricas  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**

### APed3 – Avaliação secundária do paciente pediátrico (agravo clínico)

- **Pelve**
    - Observar formato da região e presença de lesões (ferimentos, equimoses, hematomas, lesões cicatriciais);
    - Realizar palpação das cristas ilíacas em busca de dor, realizando os dois testes de pressão (laterolateral e anteroposterior), **uma única vez**;
    - Inspeccionar a região genital na presença de história de trauma local e/ou de sangramentos evidentes na região;
    - Inspeccionar, nos bebês e crianças, a região sob as fraldas/roupas, incluindo a região glútea, em busca de lesões sugestivas de maus tratos.
  - **Membros superiores e inferiores**
    - Observar à inspeção: deformidades, desvios, coloração e ferimentos;
    - Pesquisar sensibilidade, presença de crepitações, pulsos distais (simetria e amplitude) e perfusão dos membros;
    - Avaliar a força motora (exceto em membro com suspeita de fratura), solicitando que o paciente (se possível para a idade):
      - Movimente os pés e/ou eleve uma perna de cada vez;
      - Aperte a mão do profissional e/ou eleve um braço de cada vez;
    - Realizar a avaliação, sempre comparando um membro com o outro.
  - **Dorso**
    - Inspeccionar a presença de deformidades, contusões, hematomas, cicatrizes, ferimentos;
    - Palpar caixa torácica posterior e processos espinhosos.
  - **Exame neurológico**
    - Avaliar fontanela anterior (fechamento entre 9 e 18 meses);
    - Pupilas (verificar diâmetro, reação à luz e simetria pupilar);
    - Sinais meníngeos;
    - Escala de Coma de Glasgow;
    - Deficiências motoras e sensitivas.
- 4. Monitorizar:** oximetria de pulso, frequência e ritmo cardíaco, glicemia capilar (se indicado); realizar avaliações seriadas dos sinais vitais, preenchimento capilar e nível de consciência.

#### Observações

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- Atentar para o direito da criança de ter um acompanhante (responsável legal ou outro).
- A avaliação secundária é importante, porém não obrigatória, principalmente nos pacientes críticos ou se a sua realização implicar em atraso de transporte.
- O objetivo da avaliação secundária é detectar problemas que não foram identificados na avaliação primária e cuidar das condições que não ameaçam a vida.
- Propedêuticas a serem utilizadas: inspeção seguida de palpação, ausculta e percussão.
- Registrar detalhadamente os achados da avaliação secundária.
- No paciente pediátrico, estar sempre atento à presença de lesões e sinais de maus tratos, **mesmo quando a história não sugerir essa hipótese**. Procurar por lesões em áreas não expostas; reportar-se aos Protocolos: Avaliação Primária e Secundária no Trauma (APed 3.3 e APed 3.4) e Maus Tratos.

Elaboração: Janeiro/2016

APed 3 – Avaliação secundária do paciente pediátrico (agravo clínico)

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

2/2



**APed  
4**

**Protocolo Samu 192**  
**Protocolos de Emergências Pediátricas**  
**SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**



## APed4 – Ovace na criança

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão

Episódio testemunhado (ou referido) de engasgo com tosse e/ou sinais de sufocação.

### Conduta

#### 1. Avaliar a gravidade:

- Obstrução leve: paciente capaz de responder se está engasgado. Consegue tossir, emitir alguns sons e respirar;
- Obstrução grave: paciente apresenta início súbito de grave dificuldade respiratória; não consegue tossir ou emitir qualquer som (tosse silenciosa); pode apresentar o sinal de angústia (sinal universal de asfixia).



Sinal universal de asfixia

Fonte : AHA. Suporte Avançado de vida em Pediatria. Manual para provedores, 2003.

#### 2. Considerar abordagem específica:

- **OBSTRUÇÃO LEVE EM CRIANÇA RESPONSIVA**
  - Não realizar manobras de desobstrução;
  - Acalmar o paciente;
  - Incentivar tosse vigorosa;
  - Observar atenta e constantemente;
  - Se evoluir para obstrução grave: ver item Obstrução grave.
- **OBSTRUÇÃO GRAVE EM CRIANÇA RESPONSIVA**
  - Executar a **manobra de Heimlich**, conforme descrito a seguir:

Abaixar-se, posicionando-se atrás do paciente com os braços à altura da crista ilíaca;

Fechar uma das mãos em punho e posicioná-la no abdome do paciente, na linha média, acima do umbigo, com o polegar voltado para o abdome;

Com a outra mão espalmada sobre a primeira, comprimir o abdome em movimentos rápidos, direcionados para dentro e para cima (em J);

Repetir a manobra até a desobstrução ou o paciente tornar-se irresponsivo.

Após a expulsão do corpo estranho, realizar a avaliação primária e oferecer oxigênio por máscara, se necessário.



Fonte: AHA. SBV para profissionais da saúde. Manual do aluno, 2006, p. 61.

Obs.: Lembrar-se de dosar a força aplicada no paciente pediátrico.

Elaboração: Janeiro/2016

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis. Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

APed4 – Ovace na criança

1/2



**APed  
4**

**Protocolo Samu 192  
Protocolos de Emergências Pediátricas  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**

**APed4 – Ovace na criança**

- **OBSTRUÇÃO GRAVE EM CRIANÇA IRRESPONSIVA**
  - Se a criança tornar-se irresponsiva, o profissional deve interromper a manobra de Heimlich e iniciar manobras de ressuscitação cardiopulmonar;
  - Posicionar o paciente em decúbito dorsal em uma superfície rígida;
  - Iniciar manobras aplicando inicialmente 30 compressões torácicas com o objetivo de expellir o corpo estranho;
  - Abrir vias aéreas e, antes de ventilar, inspecionar a cavidade oral e remover o corpo estranho, se visível e facilmente alcançável (com os dedos ou pinça);
  - Caso nada seja encontrado, realizar uma insuflação com dispositivo bolsa-valva-máscara; se o ar não passar ou o tórax não expandir, reposicionar a cabeça e insuflar novamente;
  - Se ainda assim o ar não passar ou o tórax não expandir, realizar 30 compressões torácicas (um profissional) ou 15 compressões (dois profissionais) e inspecionar cavidade oral;
  - Caso não haja sucesso, pode-se tentar a visualização direta por laringoscopia e a remoção do objeto com a utilização da pinça de Magill, se disponível;
  - Na ausência de sucesso, repetir ciclos de compressões e ventilações;
  - Se necessário, realizar cricotireoidostomia por punção (Protocolo APed 44) e ventilação transtraqueal;
  - Considerar o transporte imediato, mantendo as manobras básicas de reanimação;
  - Se o objeto for expelido e ocorrer a passagem do ar (tórax expandir), realizar a avaliação primária e oferecer oxigênio;
  - Na ausência de responsividade e de movimentos respiratórios, palpar pulso.
- 3. Atentar para ocorrência de parada cardiorrespiratória (APed 7).
- 4. Realizar contato com a Regulação Médica para definição do encaminhamento e/ou unidade de saúde de destino.

**Observações**

- Considerar os 3 “S” (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- Atentar para o direito da criança de ter um acompanhante (responsável legal ou outro).
- Lembrar sempre de inspecionar a cavidade oral antes de cada ventilação, durante as manobras básicas.
- Não realizar a varredura digital às cegas para a localização e retirada de corpo estranho.

ATENÇÃO: não se deve realizar cricotireoidostomia cirúrgica em bebês e crianças.

**APed  
5**

**Protocolo Samu 192  
Protocolos de Emergências Pediátricas  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**



## APed5 – Ovace no bebê

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão

Episódio testemunhado (ou referido) de engasgo com tosse e/ou sinais de sufocação em paciente < 1 ano de idade.

### Conduta

#### 1. Avaliar a gravidade:

- Obstrução leve: paciente consegue tossir, emitir alguns sons e respirar;
- Obstrução grave: paciente apresenta início súbito de grave dificuldade respiratória; não consegue tossir ou emitir qualquer som (choro ou tosse silenciosos).

#### 2. Considerar abordagem específica:

- **OBSTRUÇÃO LEVE EM BEBÊ RESPONSIVO**
  - Não realizar manobras de desobstrução;
  - Acalmar o paciente;
  - Permitir tosse vigorosa;
  - Observar atenta e constantemente;
  - Se evoluir para obstrução grave: ver abaixo;
- **OBSTRUÇÃO GRAVE EM BEBÊ RESPONSIVO**
  - Executar as **manobras de desobstrução**, conforme descrito a seguir:

O profissional deve sentar-se para realizar a manobra;

Posicionar o bebê em decúbito ventral sobre o antebraço do profissional, que deve apoiar a região mentoniana do bebê com os dedos em fúrcula;

Apoiar o antebraço que suporta o bebê sobre sua coxa, mantendo a cabeça em nível discretamente inferior ao tórax;

Aplicar ciclos repetidos de cinco golpes no dorso (entre as escápulas e com o calcanhar da mão), seguidos de cinco compressões torácicas logo abaixo da linha intermamilar, até que o objeto seja expelido ou o bebê torne-se irresponsivo.



Fonte: AHA. SBV para profissionais da saúde. Manual do aluno, 2006, p. 65.

Obs.: Lembrar-se de dosar a força aplicada no paciente pediátrico.

Elaboração: Janeiro/2016

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis. Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

APed5 – Ovace no bebê

1/2



**APed  
5**

**Protocolo Samu 192  
Protocolos de Emergências Pediátricas  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**

### APed5 – Ovace no bebê

- **OBSTRUÇÃO GRAVE EM BEBÊ IRRESPONSIVO**
  - Se o bebê tornar-se irresponsivo, o profissional deve parar de aplicar golpes no dorso e, imediatamente, iniciar manobras de ressuscitação cardiopulmonar;
  - Posicionar o paciente em decúbito dorsal em uma superfície rígida;
  - Iniciar as manobras aplicando inicialmente 30 compressões torácicas sobre o esterno, logo abaixo da linha intermamilar, com o objetivo de expelir o corpo estranho;
  - Abrir vias aéreas e, **antes de ventilar**, inspecionar a cavidade oral e remover o corpo estranho, **se visível e facilmente alcançável** (com os dedos ou pinça);
  - Caso nada seja encontrado, realizar uma insuflação com dispositivo bomba-válvula-máscara; se o ar não passar ou o tórax não expandir, reposicionar a cabeça e insuflar novamente;
  - Se ainda assim o ar não passar ou o tórax não expandir, realizar 30 compressões torácicas (um profissional) ou 15 compressões (dois profissionais) e inspecionar cavidade oral;
  - Caso não haja sucesso, pode-se tentar a visualização direta por laringoscopia e a remoção do objeto com a utilização da pinça de Magill, se disponível;
  - Na ausência de sucesso, repetir ciclos de compressões e ventilações;
  - Se necessário, realizar cricotireoidostomia por punção (Protocolo APed 44) e ventilação transtraqueal;
  - Considerar o transporte imediato, mantendo as manobras básicas de reanimação;
  - Se o objeto for expelido e ocorrer a passagem do ar (tórax expandir), realizar a avaliação primária (APed 2) e oferecer oxigênio;
  - Na ausência de responsividade e de movimentos respiratórios, palpar pulso.
- 3. Atentar para ocorrência de parada cardiorrespiratória (APed 7).
- 4. Realizar contato com a Regulação Médica para definição do encaminhamento e/ou unidade de saúde de destino.

### Observações

- Considerar os 3 “S” (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- Atentar para o direito da criança de ter um acompanhante (responsável legal ou outro).
- Lembrar sempre de inspecionar a cavidade oral antes de cada ventilação, durante as manobras básicas.
- Não realizar a varredura digital às cegas para a localização e retirada de corpo estranho.

ATENÇÃO: não se deve realizar cricotireoidostomia cirúrgica em bebês e crianças.

Elaboração: Janeiro/2016

APed5 – Ovace no bebê  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

2/2



**APed  
6**

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Emergências Pediátricas  
**SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**



## APed 6 – Parada respiratória (PR) no paciente pediátrico

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão

Paciente irresponsivo ao estímulo, com respiração agônica ou ausente, com pulso central palpável e com frequência maior do que 60 batimentos por minuto (bpm).

### Conduta

1. Checar responsividade:
  - No bebê: estímulo plantar;
  - Na criança: tocar os ombros e chamar o paciente em voz alta.
2. Se paciente **não responsivo**, checar respiração e pulso simultaneamente.  
ATENÇÃO: checar pulso central por, no máximo, 10 segundos:
  - No bebê: pulso braquial;
  - Na criança: pulso carotídeo ou femoral.
3. Posicionar o paciente em decúbito dorsal em superfície plana, rígida e seca; providenciar o monitor/desfibrilador.
4. **Se respiração ausente ou agônica (*gasping*) e pulso presente e com frequência maior do que 60 bpm:**
  - Abrir via aérea e administrar insuflações com bolsa-valva-máscara (a insuflação de boa qualidade deve ter duração de 1 segundo e promover visível elevação do tórax);
  - Administrar uma insuflação de boa qualidade a cada 3 a 5 segundos (12 a 20 insuflações/minuto) e verificar a presença de pulso a cada 2 minutos;
  - Instalar rapidamente suprimento de oxigênio 100%, em alto fluxo (10 a 15 L/min) na bolsa-valva-máscara;
  - Considerar a instalação da cânula orofaríngea, Protocolo APed 41;
  - Assim que possível, instalar dispositivo de via aérea avançada, preferencialmente a intubação orotraqueal (Protocolo APed 43). Considerar o uso de máscara laríngea (APed 42) ou outro dispositivo supraglótico, se disponível, no caso de intubação difícil;
  - Após instalação da via aérea avançada, realizar uma insuflação a cada 3 segundos (20 insuflações/min);
  - Instalar o monitor/desfibrilador assim que disponível;
  - Instalar oxímetro de pulso;
  - Manter constante atenção para a ocorrência de parada cardiopulmonar;
  - Instalar acesso vascular intravenoso/intraósseo.
5. Se, a qualquer momento, ocorrer ausência de pulso, iniciar manobras de ressuscitação cardiopulmonar (RCP) conforme Protocolo APed 7;
6. Se o paciente permanecer irresponsivo e sem respiração espontânea e, a qualquer momento, ocorrer pulso com frequência  $\leq 60$  bpm, com sinais de perfusão inadequada apesar da ventilação e oxigenação adequadas, iniciar manobras de RCP, começando pelas compressões torácicas e checando o pulso a cada 2 minutos, conforme Protocolo APed 7;
7. Realizar contato com a Regulação Médica para definição do encaminhamento e/ou unidade de saúde de destino.

Elaboração: Janeiro/2016

APed 6 – Parada respiratória (PR) no paciente pediátrico

Este protocolo foi atualizado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/2



**APed  
6**

**Protocolo Samu 192  
Protocolos de Emergências Pediátricas  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**

## APed 6 – Parada respiratória (PR) no paciente pediátrico

### Observações

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- Atentar para o direito da criança de ter um acompanhante (responsável legal ou outro).
- Manter a reanimação ventilatória ininterruptamente até chegar ao hospital, ou até o paciente apresentar ventilação espontânea (respiração, tosse e/ou movimento).
- Considerar proteção cervical na presença de trauma.

Elaboração: Janeiro/2016

APed 6 – Parada respiratória (PR) no paciente pediátrico

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

2/2



**APed**  
**7**

**Protocolo Samu 192**  
**Protocolos de Emergências Pediátricas**  
**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**



## APed 7 – PCR e RCP no bebê e na criança

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão

Identificar parada cardiorrespiratória (PCR) se o paciente pediátrico estiver irresponsivo ao estímulo, com respiração agônica ou ausente e sem pulso central palpável.

**Crítérios de inclusão para necessidade de ressuscitação cardiopulmonar (RCP) em pediatria:**

- Paciente que apresente PCR;
- Paciente irresponsivo e com respiração agônica ou ausente, que apresente pulso com frequência  $\leq$  60 batimentos por minuto (bpm) e sinais de perfusão insuficiente apesar da oxigenação e ventilação adequadas.

### Conduta

#### 1. Checar responsividade:

- No bebê: estímulo plantar;
- Na criança: tocar os ombros e chamar o paciente em voz alta.

#### 2. Se paciente não responsivo, checar respiração e pulso simultaneamente.

**ATENÇÃO:** checar pulso central por, no máximo, 10 segundos:

- No bebê: pulso braquial;
- Na criança: pulso carotídeo ou femoral.

#### 3. Posicionar o paciente em decúbito dorsal em superfície plana, rígida e seca; providenciar o monitor/desfibrilador.

#### 4. Se respiração ausente ou agônica (*gasping*), considerar:

Se pulso presente e com frequência maior do que 60 batimentos por minuto (bpm): abrir via aérea, administrar uma insuflação de boa qualidade a cada 3 a 5 segundos (12 a 20 insuflações/min) com bolsa-valva-máscara e oxigênio ( $O_2$ ) suplementar a 100%, e verificar a presença de pulso a cada 2 minutos. Seguir o Protocolo APed 6 (Parada respiratória).

Se pulso presente e que permanece com frequência  $\leq$  60 bpm e com sinais de perfusão inadequada apesar da ventilação e oxigenação adequadas: iniciar imediatamente as manobras de RCP (começando pelas compressões torácicas), conforme descrição a seguir.

Se pulso ausente: iniciar imediatamente as manobras de RCP, começando pelas compressões torácicas, enquanto é instalado o monitor/desfibrilador.

- Após 30 compressões torácicas (se um profissional realiza as manobras), abrir manualmente as vias aéreas e aplicar duas insuflações com dispositivo bolsa-valva-máscara com reservatório, com  $O_2$  suplementar a 100% (10 a 15 L/min).
- A relação compressão e insuflação, enquanto não estiver instalada a via aérea avançada, deve ser de:
  - 30:2 se houver apenas um profissional realizando a RCP, com frequência de 100 a 120 compressões por minuto;
  - 15:2 se houver dois profissionais realizando a RCP (um para compressões e um para insuflações), com frequência de 100 a 120 compressões por minuto.
- Assim que o monitor/desfibrilador estiver disponível e sem interrupção dos ciclos de RCP, posicionar as mãos no tórax desnudo e seco do paciente.

Elaboração: Janeiro/2016

APed 7 – PCR e RCP no bebê e na criança

Este protocolo foi paulado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/4





**APed  
7**
**Protocolo Samu 192  
Protocolos de Emergências Pediátricas  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**
**APed 7 – PCR e RCP no bebê e na criança**

- Interromper as compressões torácicas para a análise do ritmo;
  - a) **Se ritmo CHOCÁVEL (fibrilação ventricular/ taquicardia ventricular sem pulso):**
    - Aplicar um choque de 2 J/kg de peso (4 J/kg no 2º choque e > 4 J/kg nos choques subsequentes, com máximo de 10 J/kg ou carga adulta);
    - Imediatamente após cada choque, reiniciar RCP por 2 minutos, começando pelas compressões torácicas: 10 ciclos de 15:2 ou cinco ciclos de 30:2, de acordo com o número de profissionais, ou 2 minutos;
    - Após 2 minutos de RCP, checar novamente o ritmo;
    - Confirmado ritmo chocável, iniciar Protocolo APed 10 (FV/TVSP) para manejo específico.
  - b) **Ritmo NÃO CHOCÁVEL (assistolia, atividade elétrica sem pulso):**
    - Reiniciar RCP imediatamente após a análise do ritmo (15 ou 30 compressões para duas insuflações, de acordo com o número de profissionais), por 10 ciclos de 15:2 ou cinco ciclos de 30:2 ou 2 minutos;
    - Após 2 minutos de RCP, checar novamente o ritmo;
    - Confirmado ritmo não chocável, iniciar Protocolo APed 8 (Assistolia) ou Protocolo APed 9 (AESP) para manejo específico.
- 5. **Realizar simultaneamente os seguintes procedimentos:**
  - Instalar dispositivo de via aérea avançada, preferencialmente intubação orotraqueal;
  - Considerar o uso de máscara laríngea ou outro dispositivo supraglótico, no caso de intubação difícil, para não retardar a realização das compressões de boa qualidade;
  - Confirmar efetiva ventilação e fixar o dispositivo escolhido;
  - Após instalação da via aérea avançada, manter compressões torácicas contínuas (100 a 120/minuto), sem pausas para as insuflações, e oferecer uma insuflação a cada 6 segundos (10 insuflações/minuto), não sincronizadas; checar o ritmo a cada 2 minutos;
  - Instalar acesso vascular intravenoso/intraósseo.
- 6. **6. Pesquisar e tratar causas reversíveis de PCR (6H e 5T).**

H	T
Hipovolemia	Tóxicos – overdose ou acidental
Hipóxia	Tamponamento cardíaco
Hidrogênio (ion) - acidose	Tensão no tórax – pneumotórax hipertensivo
Hiper/hipocalcemia	Trombose coronária – síndrome coronária aguda
Hipotermia	Tromboembolismo pulmonar
Hipoglicemia	

- 7. **Realizar contato com a Regulação Médica para definição do encaminhamento e/ou unidade de saúde de destino.**

Elaboração: Janeiro/2016

 APed 7 – PCR e RCP no bebê e na criança  
 Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
 Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

2/4



**APed  
7**

**Protocolo Samu 192  
Protocolos de Emergências Pediátricas  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**



**APed 7 – PCR e RCP no bebê e na criança**

**Observações**

- Considerar as 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- Atentar para o direito da criança de ter um acompanhante (responsável legal ou outro).
- Compressões torácicas de boa qualidade compreendem:

- Paciente posicionado em decúbito dorsal horizontal, sobre superfície rígida e plana;
- No bebê: comprimir o esterno com dois dedos posicionados imediatamente abaixo da linha intermamilar, deprimindo pelo menos 1/3 do diâmetro anteroposterior do tórax ou cerca de 4 cm;



Fonte: PMSP. Manual de Prevenção de Acidentes e Primeiros Socorros nas Escolas, 2007.

- Na criança: realizar compressões com uma ou duas mãos posicionadas na metade inferior do esterno, deprimindo pelo menos 1/3 do diâmetro anteroposterior do tórax ou cerca de 5 cm;



Fonte: AAP/AHA. Suporte Avançado de Vida em Pediatria. Manual para Provedores, 2003, p 62.



Fonte: AHA. SBV para Profissionais de Saúde, 2006, p. 41.

- Permitir o completo retorno do tórax após cada compressão; não se apoiar sobre o tórax após cada compressão;
- Limitar as interrupções nas compressões torácicas a menos de 10 segundos;
- Comprimir na frequência de 100 a 120 compressões/minuto;
- Alternar os profissionais que aplicam as compressões a cada 2 minutos.
- Insuflações de boa qualidade compreendem:
  - Insuflação com duração de 1 segundo, com volume suficiente apenas para promover a elevação do tórax; e
  - Visível elevação do tórax.
- Utilizar o monitor/desfibrilador assim que disponível, mantendo as manobras de reanimação até a efetiva instalação e disponibilidade do equipamento.

Elaboração: Janeiro/2016

APed 7 – PCR e RCP no bebê e na criança

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis. Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

3/4



**APed  
7**

**Protocolo Samu 192  
Protocolos de Emergências Pediátricas  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**

**APed 7 – PCR e RCP no bebê e na criança**

- Características das pás manuais do desfibrilador para o paciente pediátrico:
  - Paciente > 10 kg (aproximadamente 1 ano ou mais): pás manuais grandes (adulto = 8 a 13 cm);
  - Paciente < 10 kg (< 1 ano): pás manuais pequenas (infantis = 4,5 cm);
  - Posicionamento das pás no tórax: deixar um espaço de pelo 3 cm entre as pás manuais e ter cuidado para que não haja contato entre elas durante o uso;
  - Devem ser usadas as maiores pás que couberem no tórax do paciente, respeitando a distância mínima entre elas;
  - Se necessário, pode ser colocada uma pá de adulto na parede anterior do tórax e a outra no dorso, na região interescapular;
  - Quando houver indicação de choque, aplicar sempre pasta ou gel condutor nas pás antes do choque; não usar compressas de gaze embebidas em solução salina ou álcool, ou gel de sonografia.
- Não interromper as manobras de RCP para administrar drogas no manejo específico do ritmo.
- Manter as ciclos de RCP ininterruptamente até chegar à unidade de saúde, ou se o paciente apresentar sinais de circulação (respiração, tosse e/ou movimento).
- **NÃO HÁ INDICADORES SEGUROS DE RESULTADOS PARA ORIENTAR QUANDO TERMINAR OS ESFORÇOS DE REANIMAÇÃO NO PACIENTE PEDIÁTRICO.**
- Ver "Algoritmo Geral RCP Pediátrica" (Protocolo APed 12).

Elaboração: Janeiro/2016

APed 7 – PCR e RCP no bebê e na criança

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

4/4



**APed  
8**

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Emergências Pediátricas  
**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**



## APed 8 – PCR no paciente pediátrico: Assistolia

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão

Parada cardiorrespiratória (PCR) com ritmo de assistolia (sem atividade elétrica discernível, representada por uma linha reta) ao monitor cardíaco.

### Conduta

- 1. Paciente irresponsivo, com respiração agônica ou ausente e pulso central não palpável:** iniciar imediatamente ressuscitação cardiopulmonar (RCP), começando pelas compressões torácicas seguidas de insuflações (usar a relação compressão-insuflação de 30:2 se houver um profissional atuando e 15:2 se houver dois profissionais), enquanto é instalado o monitor/desfibrilador; constatar o ritmo Assistolia e confirmar a assistolia pela clínica e checando a conexão dos eletrodos.
- 2.** Se assistolia confirmada, reiniciar imediatamente a RCP, começando pelas compressões torácicas, por 2 minutos (ou cinco ciclos de 30:2 ou 10 ciclos de 15:2).
- 3.** Instalar simultaneamente acesso vascular intravenoso/intraósseo (IV/IO).
- 4.** Sem interromper as compressões torácicas, administrar **epinefrina:** 0,01 mg/kg (0,1 mL/kg da solução 1:10.000), máximo de 1 mg, IV/IO em *bolus*, seguido de *flush* 5 mL de solução salina 0,9%; a epinefrina pode ser repetida a cada 3 a 5 minutos (em geral, a cada duas verificações de ritmo, ou seja, uma sim, uma não).
- 5.** Após 2 minutos, checar novamente o ritmo. Se persistir a assistolia, reiniciar desde o item 2.
- 6.** Se, a qualquer momento, o ritmo evoluir para:
  - Fibrilação ventricular ou taquicardia ventricular sem pulso - considerar Protocolo APed 10;
  - Atividade elétrica sem pulso - considerar Protocolo APed 9; e
  - Atividade elétrica (ritmo organizado) com pulso: iniciar cuidados pós-ressuscitação (Protocolo APed 11)
- 7. Realizar simultaneamente os seguintes procedimentos:**
  - Instalar dispositivo de via aérea avançada, preferencialmente intubação orotraqueal; considerar o uso de máscara laríngea ou outro dispositivo supraglótico no caso de intubação difícil, para não retardar a realização das compressões de boa qualidade;
  - Confirmar efetiva ventilação e fixar o dispositivo escolhido;
  - Após a instalação da via aérea avançada, manter compressões torácicas contínuas na frequência de 100 a 120 por minuto, sem pausas para as insuflações e oferecer uma insuflação a cada 6 segundos (10 insuflações por minuto), não sincronizadas, e checar o ritmo a cada 2 minutos;
  - Tentar realizar o diagnóstico diferencial e procurar tratar as causas reversíveis identificadas (Falores 6H e 5T).
- 8.** Realizar contato com a Regulação Médica para definição do encaminhamento e/ou unidade de saúde de destino.

Elaboração: Janeiro/2016

APed 8 – PCR no paciente pediátrico: Assistolia

Este protocolo foi atualizado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/2



**APed  
8**

**Protocolo Samu 192  
Protocolos de Emergências Pediátricas  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**

## APed 8 – PCR no paciente pediátrico: Assistolia

### Observações

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- Atentar para o direito da criança de ter um acompanhante (responsável legal ou outro).
- Ênfase na compressão torácica de boa qualidade.
- Compressões torácicas de boa qualidade compreendem:
  - Paciente pediátrico, posicionado em decúbito dorsal horizontal, sobre superfície rígida e plana;
  - No bebê: comprimir o esterno com dois dedos posicionados imediatamente abaixo da linha intermamilar, deprimindo pelo menos 1/3 do diâmetro anteroposterior do tórax ou cerca de 4 cm;
  - Na criança: realizar compressões com uma ou duas mãos posicionadas na metade inferior do esterno, deprimindo pelo menos 1/3 do diâmetro anteroposterior do tórax ou cerca de 5 cm;
  - Permitir o completo retorno do tórax após cada compressão; não se apoiar sobre o tórax após cada compressão;
  - Limitar as interrupções nas compressões torácicas a menos de 10 segundos;
  - Comprimir na frequência de 100 a 120 compressões/minuto;
  - Alternar os profissionais que aplicam as compressões a cada 2 minutos.
- Insuflações de boa qualidade compreendem: duração de 1 segundo, com volume suficiente apenas para promover a elevação visível do tórax;
- Instalar o monitor/desfibrilador assim que disponível, mantendo as manobras de reanimação até a disponibilidade do equipamento e efetiva instalação.
- Não interromper as manobras de RCP para administrar drogas no manejo específico do ritmo.
- Manter os ciclos de RCP ininterruptamente até chegar ao hospital, ou se o paciente apresentar sinais de circulação (respiração, tesse e/ou movimento).
- **NÃO HÁ INDICADORES SEGUROS DE RESULTADOS PARA ORIENTAR QUANDO TERMINAR OS ESFORÇOS DE RESSUSCITAÇÃO NO PACIENTE PEDIÁTRICO.**
- Causas associadas potencialmente reversíveis de PCR:
  - 6H: hipovolemia, hidrogênio (acidose), hipóxia, hipo ou hipercalemia, hipotermia, hipoglicemia; e
  - 5T: tensão no tórax por pneumotórax, toxinas, trombose pulmonar, tamponamento cardíaco, trombose coronariana (infarto agudo do miocárdio).
- Rever "Algoritmo Geral RCP Pediátrica" (Protocolo APed 12).

Elaboração: Janeiro/2016

APed 8 – PCR no paciente pediátrico: Assistolia  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

2/2



**APed**  
**9**

**Protocolo Samu 192**  
**Protocolos de Emergências Pediátricas**  
**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**



## APed 9 – PCR no paciente pediátrico: AESP

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão

Parada cardiorrespiratória (PCR) (paciente irresponsivo ao estímulo, com respiração agônica ou ausente, sem pulso central palpável), com presença de atividade elétrica ao monitor cardíaco.

### Conduta

1. Se paciente não responde, não respira e pulso ausente: iniciar imediatamente ressuscitação cardiopulmonar (RCP), começando pelas compressões torácicas seguidas de insuflações (usar a relação compressão-insuflação de 30:2 se houver um profissional atuando e 15:2 se houver dois profissionais), enquanto é instalado o monitor/desfibrilador; constatar atividade elétrica sem pulso (AESP).
2. Reiniciar imediatamente a RCP, começando pelas compressões torácicas, por 2 minutos (ou cinco ciclos de 30:2 ou 10 ciclos de 15:2).
3. Instalar simultaneamente acesso vascular intravenoso/intraósseo (IV/IO).
4. Sem interromper as compressões torácicas, administrar **epinefrina**: 0,01 mg/kg (0,1 mL/kg da solução 1:10.000), máximo de 1 mg, IV/IO em *bolus*, seguido de *flush* 5 mL de solução salina 0,9%; a epinefrina pode ser repetida a cada 3 a 5 minutos (em geral, a cada duas verificações de ritmo, ou seja, uma sim, uma não).
5. Após 2 minutos, checar novamente o ritmo e pulso. Se a AESP persistir, reiniciar desde o item 2.
6. Se, a qualquer momento, o ritmo evoluir para:
  - Fibrilação ventricular ou taquicardia ventricular sem pulso - considerar Protocolo APed 10;
  - Assístolia - considerar Protocolo APed 8; e
  - Atividade Elétrica (ritmo organizado) com pulso: iniciar cuidados pós-ressuscitação (Protocolo APed 11).
7. Realizar simultaneamente os seguintes procedimentos:
  - Instalar dispositivo de via aérea avançada, preferencialmente intubação orotraqueal; considerar o uso de máscara laríngea ou outro dispositivo supraglótico no caso de intubação difícil, para não retardar a realização das compressões de boa qualidade;
  - Confirmar efetiva ventilação e fixar o dispositivo escolhido;
  - Após a instalação da via aérea avançada, manter compressões torácicas contínuas na frequência de 100 a 120 por minuto, sem pausas para as insuflações e oferecer uma insuflação a cada 6 segundos (10 insuflações por minuto), não sincronizadas, e checar o ritmo a cada 2 minutos;
  - Tentar realizar o diagnóstico diferencial e procurar tratar as causas reversíveis identificadas (Fatores 6H e 5T).
8. Realizar contato com a Regulação Médica para definição do encaminhamento e/ou unidade de saúde de destino.

Elaboração: Janeiro/2016

APed 9 – PCR no paciente pediátrico: AESP

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/2



**APed  
9**

**Protocolo Samu 192  
Protocolos de Emergências Pediátricas  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**

**APed 9 – PCR no paciente pediátrico: AESP**

**Observações**

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- Atentar para o direito da criança de ter um acompanhante (responsável legal ou outro).
- Ênfase na compressão torácica de boa qualidade.
- Compressões torácicas de boa qualidade compreendem:
  - Paciente pediátrico, posicionado em decúbito dorsal horizontal, sobre superfície rígida e plana;
  - No bebê: comprimir o esterno com 2 dedos posicionados imediatamente abaixo da linha intermamilar, deprimindo pelo menos 1/3 do diâmetro anteroposterior do tórax ou cerca de 4 cm;
  - Na criança: realizar compressões com uma ou duas mãos posicionadas na metade inferior do esterno, deprimindo pelo menos 1/3 do diâmetro anteroposterior do tórax ou cerca de 5 cm;
  - Permitir o completo retorno do tórax após cada compressão; não se apoiar sobre o tórax após cada compressão;
  - Limitar as interrupções nas compressões torácicas a menos de 10 segundos;
  - Comprimir na frequência de 100 a 120 compressões/minuto;
  - Alternar os profissionais que aplicam as compressões a cada 2 minutos.
- Insuflações de boa qualidade compreendem: duração de 1 segundo, com volume suficiente apenas para promover a elevação visível do tórax;
- Instalar o monitor/desfibrilador assim que disponível, mantendo as manobras de reanimação até a disponibilidade do equipamento e efetiva instalação.
- Não interromper as manobras de RCP para administrar drogas no manejo específico do ritmo.
- Manter os ciclos de RCP ininterruptamente até chegar ao hospital, ou se o paciente apresentar sinais de circulação (respiração, tosse e/ou movimento).
- **NÃO HÁ INDICADORES SEGUROS DE RESULTADOS PARA ORIENTAR QUANDO TERMINAR OS ESFORÇOS DE RESSUSCITAÇÃO NO PACIENTE PEDIÁTRICO.**
- Causas associadas potencialmente reversíveis de PCR:
  - 6H: hipovolemia, hidrogênio (acidose), hipóxia, hipo ou hipercalemia, hipotermia, hipoglicemia; e
  - 5T: tensão no tórax por pneumotórax, toxinas, trombose pulmonar, tamponamento cardíaco, trombose coronariana (infarto agudo do miocárdio).
- Rever "Algoritmo Geral RCP Pediátrica" (Protocolo APed 12).

**APed  
10**

**Protocolo Samu 192**  
**Protocolos de Emergências Pediátricas**  
**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**



## APed 10 – PCR no paciente pediátrico: FV ou TVSP

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão

Parada cardiorrespiratória (PCR) com ritmo de fibrilação ventricular (FV) ou taquicardia ventricular (TV) ao monitor cardíaco.

### Conduta

1. Paciente irresponsivo, com respiração agônica ou ausente e pulso central não palpável: iniciar imediatamente ressuscitação cardiopulmonar (RCP), começando pelas compressões torácicas seguidas de insuflações (usar a relação compressão-insuflação de 30:2 se houver um profissional atuando e 15:2 se houver dois profissionais), enquanto é instalado o monitor/desfibrilador; constatar o ritmo FV/TV.
2. Solicitar que todos se afastem do contato com o paciente e certificar-se de que não há alto fluxo de oxigênio (O<sub>2</sub>) direcionado para o tórax do paciente.
3. Desfibrilar: choque único de 2 J/kg (forma de onda bifásica ou monofásica).
4. Após o choque, reiniciar imediatamente a RCP, começando pelas compressões torácicas, por 2 minutos (ou cinco ciclos de 30:2 ou 10 ciclos de 15:2).
5. Instalar simultaneamente acesso vascular intravenoso/intraósseo (IV/IO).
6. Reavaliar o ritmo (tentar limitar as interrupções da RCP a menos de 10 segundos para avaliar o ritmo): se ritmo chocável (FV/TVSP), solicitar que todos se afastem do contato com o paciente e certificar-se de que não há alto fluxo de O<sub>2</sub> direcionado para o tórax do paciente.
7. Desfibrilar: choque único de 4 J/kg.
8. Reiniciar imediatamente a RCP após o choque e, logo em seguida, sem interromper as compressões torácicas, iniciar o tratamento medicamentoso.
9. Administrar **epinefrina**: 0,01 mg/kg (0,1 mL/kg da solução 1:10.000), máximo de 1 mg/dose, IV/IO em *bolus* seguido de *flush* 5 mL de solução salina 0,9%; pode ser repetida a cada 3 a 5 minutos (em geral, a cada duas verificações de ritmo, ou seja, uma sim, uma não).
10. Após 2 minutos, checar novamente o ritmo e pulso se ritmo de TV. Se persistir ritmo chocável (FV/TVSP):
11. Solicitar que todos se afastem do contato com o paciente e certificar-se de que não há alto fluxo de O<sub>2</sub> direcionado para o tórax do paciente.
12. Desfibrilar: choque único > 4 J/kg (máximo de 10 J/kg ou carga adulta).
13. Reiniciar imediatamente a RCP após o choque e, logo em seguida, sem interromper as compressões torácicas.

Elaboração: Janeiro/2016

APed 10 – PCR no paciente pediátrico: FV ou TVSP

Este protocolo foi paulado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/3





**APed  
10**

**Protocolo Samu 192**  
**Protocolos de Emergências Pediátricas**  
**SUORTE AVANÇADO DE VIDA**

### APed 10 – PCR no paciente pediátrico: FV ou TVSP

**14. Administrar antiarrítmico:**

- **Amiodarona:** 5 mg/kg (0,1 mL/kg) IV/IO, máximo de 300 mg/dose, em *bolus*, seguido de *flush* 5 mL de solução salina a 0,9%; pode ser repetida até duas vezes (máximo total de 15 mg/kg); **OU**
- **Lidocaína IV/IO:**
- *Bolus* de ataque: 1 mg/kg, seguido de *flush* 5 mL de solução salina a 0,9%;
- *Manutenção:* sucessiva ao *bolus*, 20 a 50 mcg/kg/min. Repetir *bolus* se a infusão contínua iniciar mais de 15 minutos após o *bolus* inicial.
- No caso de PCR secundária a taquicardia ventricular polimórfica (*Torsades de Pointes*), administrar **sulfato de magnésio:** 25 a 50 mg/kg (máximo 2 g), IV/IO, em *bolus*.

**15. Após 2 minutos, verificar novamente o ritmo e pulso se ritmo de TV. Se persistir FV/TVSP, reiniciar desde o item 2, administrando choques subsequentes para desfibrilação com carga > 4 J/kg (máximo de 10 J/kg ou carga adulta).**

**16. Se, a qualquer momento, o ritmo evoluir para:**

- Assístolia - considerar Protocolo APed 8;
- AESP - considerar Protocolo APed 9; e
- Atividade elétrica (ritmo organizado) com pulso: iniciar cuidados pós-ressuscitação (Protocolo APed 11).

**17. Realizar simultaneamente os seguintes procedimentos:**

- Assim que possível, instalar dispositivo de via aérea avançada, preferencialmente intubação orotraqueal; considerar o uso de máscara laríngea ou outro dispositivo supraglótico no caso de intubação difícil, para não retardar a realização das compressões de boa qualidade;
- Confirmar efetiva ventilação e fixar o dispositivo escolhido;
- Após a instalação da via aérea avançada, manter compressões torácicas contínuas na frequência de 100 a 120 por minuto, sem pausas para as insuflações, e oferecer uma insuflação a cada 6 segundos (10 insuflações por minuto), não sincronizadas, e verificar o ritmo a cada 2 minutos;
- Tentar realizar o diagnóstico diferencial e procurar tratar as causas reversíveis identificadas (Fatores 6H e 5T).

**18. Realizar contato com a Regulação Médica para definição do encaminhamento e/ou unidade de saúde de destino.**

#### Observações

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- Atentar para o direito da criança de ter um acompanhante (responsável legal ou outro).
- Ênfase na compressão torácica de boa qualidade.
- Compressões torácicas de boa qualidade compreendem:
  - Paciente pediátrico, posicionado em decúbito dorsal horizontal, sobre superfície rígida e plana;
  - No bebê: comprimir o esterno com dois dedos posicionados imediatamente abaixo da linha intermamilar, deprimindo pelo menos 1/3 do diâmetro anteroposterior do tórax ou cerca de 4 cm;
  - Na criança: realizar compressões com uma ou duas mãos posicionadas na metade inferior do esterno, deprimindo pelo menos 1/3 do diâmetro anteroposterior do tórax ou cerca de 5 cm;

Elaboração: Janeiro/2016

APed 10 – PCR no paciente pediátrico: FV ou TVSP

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

2/3



**APed  
10**

**Protocolo Samu 192  
Protocolos de Emergências Pediátricas  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**



## APed 10 – PCR no paciente pediátrico: FV ou TVSP

- Permitir o completo retorno do tórax após cada compressão; não se apoiar sobre o tórax após cada compressão;
- Limitar as interrupções nas compressões torácicas a menos de 10 segundos;
- Comprimir na frequência de 100 a 120 compressões/minuto;
- Alternar os profissionais que aplicam as compressões a cada 2 minutos.
- Insuflações de boa qualidade compreendem: duração de 1 segundo, com volume suficiente apenas para promover a elevação visível do tórax;
- Instalar o monitor/desfibrilador assim que disponível, mantendo as manobras de reanimação até a disponibilidade do equipamento e efetiva instalação.
- Quanto menor for o intervalo entre a última compressão e a administração do choque (desfibrilação), maior será o potencial de êxito do choque; idealmente, esse intervalo deve ser menor do que 10 segundos.
- Características das pás manuais do desfibrilador para o paciente pediátrico:
  - Paciente > 10 kg (aproximadamente 1 ano ou mais): pás manuais grandes (adulto = 8 a 13 cm);
  - Paciente < 10 kg (< 1 ano): pás manuais pequenas (infantis = 4,5 cm);
  - Posicionamento das pás no tórax: deixar um espaço de pelo 3 cm entre as pás manuais e ter cuidado para que não haja contato entre elas durante o uso;
  - Devem ser usadas as maiores pás que couberem no tórax do paciente, respeitando a distância mínima entre elas;
  - Se necessário, pode ser colocada uma pá de adulto na parede anterior do tórax e a outra no dorso, na região interescapular;
  - Quando houver indicação de choque, aplicar sempre pasta ou gel condutor nas pás antes do choque; não usar compressas de gaze embebidas em solução salina ou álcool, ou gel de sonografia.
- Não interromper as manobras de RCP para administrar drogas no manejo específico do ritmo.
- Manter os ciclos de RCP ininterruptamente até chegar ao hospital, ou se o paciente apresentar sinais de circulação (respiração, tosse e/ou movimento).
- **NÃO HÁ INDICADORES SEGUROS DE RESULTADOS PARA ORIENTAR QUANDO TERMINAR OS ESFORÇOS DE RESSUSCITAÇÃO NO PACIENTE PEDIÁTRICO.**
- Causas associadas potencialmente reversíveis de PCR:
  - 6H: hipovolemia, hidrogênio (acidose), hipóxia, hipo ou hipercalemia, hipotermia, hipoglicemia; e
  - 5T: tensão no tórax por pneumotórax, toxinas, trombose pulmonar, tamponamento cardíaco, trombose coronariana (infarto agudo do miocárdio).
- Rever "Algoritmo Geral RCP Pediátrica" (Protocolo APed 12).

Elaboração: Janeiro/2016

APed 10 – PCR no paciente pediátrico: FV ou TVSP

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

3/3



**APed  
11**

**Protocolo Samu 192  
Protocolos de Emergências Pediátricas  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**



## APed 11 – Cuidados pós-ressuscitação – bebê e criança

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão

Paciente com retorno da circulação espontânea (RCE) após manobras de ressuscitação cardiopulmonar.

### Conduta

1. Atentar para a ocorrência de nova parada cardiorrespiratória (PCR): manter monitorização cardíaca contínua e controle do pulso.
2. Otimizar a ventilação e oxigenação, com ênfase para:
  - Manter ou considerar via aérea avançada;
  - Titular a administração de oxigênio ( $O_2$ ) para manter a saturação  $\geq 94\%$ , mas  $< 100\%$  (evitar hiperóxia – manter entre 94 e 99%);
  - Se saturação de  $O_2 < 90\%$  apesar da administração de  $O_2$  100%, instalar via aérea avançada (caso ainda não instalada) e realizar suporte ventilatório, considerando ventilação mecânica e pressão positiva expiratória final (*positive-end expiratory pressure*, PEEP);
  - Se ventilação mecânica disponível, considerar os seguintes parâmetros iniciais para o ventilador:
    - $O_2$  a 100%, titulado para manter saturação de  $O_2$  entre 94% e 99%;
    - Volume corrente de 6 a 8 mL/kg (se ventilação por volume);
    - Tempo inspiratório\* de 0,5 a 1 segundo;
    - Pressão inspiratória de pico\* de 20 a 30  $cmH_2O$  (nível mais baixo capaz de produzir expansão torácica adequada);
    - Frequência respiratória de 20 a 30 incursões por minuto (ipm) para bebês, 16 a 20 ipm para crianças;
    - PEEP de 3 a 5  $cmH_2O$  (ou mais alto em caso de doença pulmonar de base).  
(\* ) para ventiladores de ciclos, limitados por pressão;
  - No paciente portador de cardiopatia cianótica, ajustar a meta de saturação de  $O_2$  para a sua saturação basal, se essa for conhecida, e seu estado clínico;
  - Considerar capnografia, se disponível;
  - Se ocorrer deterioração súbita do quadro clínico em paciente intubado, avaliar possíveis causas utilizando o mnemônico DOPE:
    - Deslocamento do tubo traqueal;
    - Obstrução do tubo (secreções, sangue, pus, corpo estranho, ou torção do tubo);
    - Pneumotórax;
    - Equipamento: falhas no equipamento (desconexão do sistema de suprimento de  $O_2$ , vazamento no circuito do ventilador, queda no fornecimento de energia para o ventilador, funcionamento incorreto das válvulas na bolsa ou circuito).
3. Na presença de agitação do paciente:
  - Avaliar possíveis causas para a agitação (DOPE) e corrigi-las, se indicado;
  - Controlar a dor com analgesia (fentanil ou morfina) e a ansiedade com sedação (midazolam); considerar sedação e analgesia em todos os pacientes intubados e conscientes.
4. Avaliar e monitorar sinais vitais.
5. Monitorizar frequência e ritmo cardíacos, oximetria de pulso.

Elaboração: Janeiro/2016

APed 11 – Cuidados pós-ressuscitação – bebê e criança

Este protocolo foi paulado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/2



**APed  
11**

**Protocolo Samu 192  
Protocolos de Emergências Pediátricas  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**

**APed 11 – Cuidados pós-ressuscitação – bebê e criança**

6. Realizar eletrocardiograma (ECG) de 12 derivações e, se necessário, ECG de 2º opinião/telecárdio (se disponível).
7. Controlar glicemia e tratar, se necessário.
8. Na presença de sinais de choque pós-RCE, administrar bolos de 20 mL/kg de **ringer lactato** ou **solução salina 0,9%**, intravenosa/intraóssea, em 5 a 20 minutos, conforme a necessidade; considerar *bolus* menores (de 5 a 10 mL/kg, em 10 a 20 minutos) se houver suspeita de disfunção miocárdica.
9. Controlar taquiarritmias ou bradiarritmias (Protocolos APed 15 e APed 16).
10. Tratar possíveis causas reversíveis de PCR (Fatores H e T).
11. Avaliar temperatura e tratar febre (temperatura  $\geq 38^{\circ}\text{C}$ ).
12. Manter atenção para a recorrência de PCR e a necessidade de reiniciar ressuscitação cardiopulmonar (RCP).
13. Preparar para o transporte.
14. Realizar contato com a Regulação Médica para definição do encaminhamento e/ou unidade de saúde de destino.

**Observações**

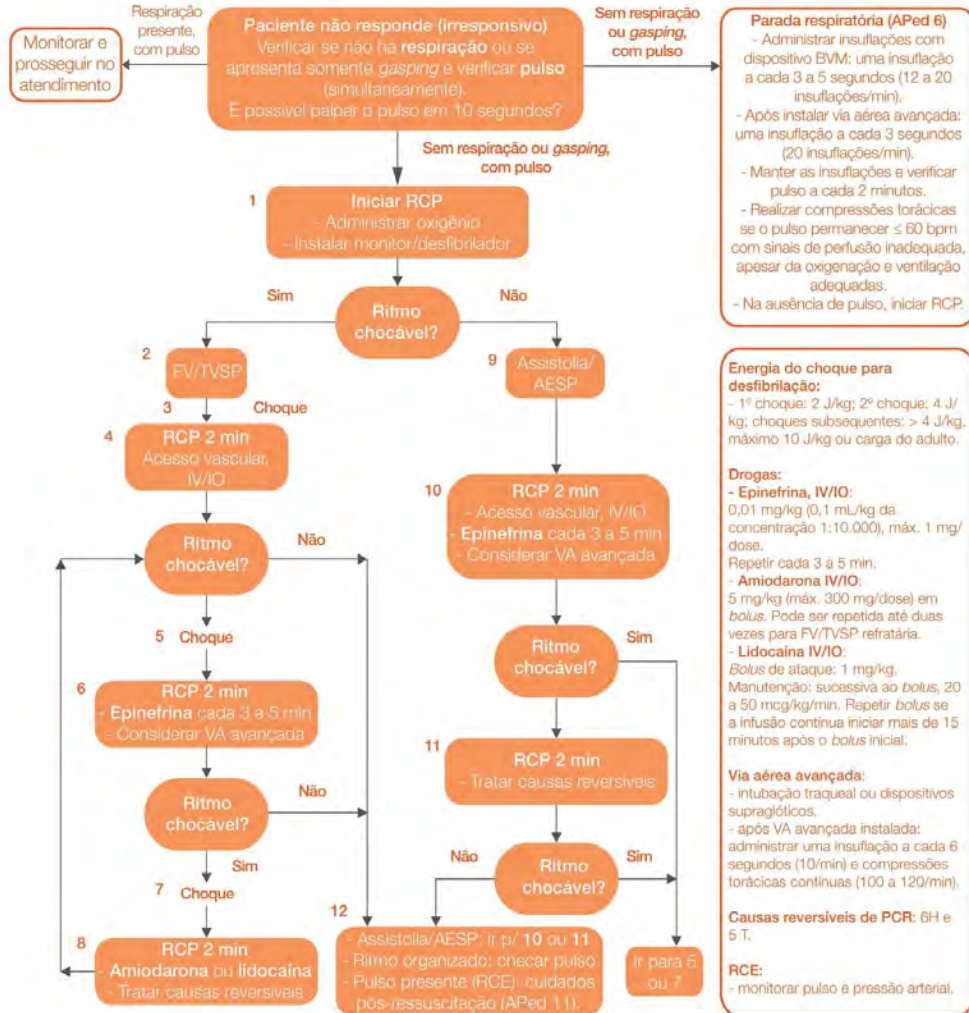
- Considerar as 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- Atentar para o direito da criança de ter um acompanhante (responsável legal ou outro).
- Considerar as seguintes causas associadas potencialmente reversíveis de PCR:
  - $\text{OH}$  - hipovolemia, hidrogênio (acidose), hipóxia, hipo ou hipercalemia, hipotermia, hipoglicemia,
  - $\text{5T}$  - trombose coronariana (infarto agudo do miocárdio), trombose pulmonar, tamponamento pericárdico, tensão no tórax, tóxicos (overdose ou acidental).
- Lembrar-se de suspender a ventilação mecânica em caso de necessidade de reiniciar as manobras de RCP.
- Usar doses mais baixas de sedativos e analgésicos se o paciente estiver hemodinamicamente instável; titular a dose enquanto a função hemodinâmica é estabilizada. A morfina tem mais probabilidade de causar hipotensão do que o fentanil, quando em doses equipotentes. Lembrar que o fentanil deve ser administrado lentamente pelo risco de causar rigidez da caixa torácica.

**APed  
12**

**Protocolo Samu 192**  
**Protocolos de Emergências Pediátricas**  
**SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**



**APed 12 – Algoritmo geral da RCP pediátrica – Suporte avançado de vida**



Fonte: Adaptado de AHA Guidelines 2015, Part 12, Pediatric ALS. Circulation 2015;132(suppl 2):p. S532 e AHA Guidelines 2015, Part 11, Pediatric BLS. Circulation 2015;132(suppl 2):p. S522.

Elaboração: Janeiro/2016 | APed 12 – Algoritmo geral da RCP pediátrica – Suporte avançado de vida | Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis. Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços. | 1/1



**APed  
13**

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Emergências Pediátricas  
**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**



## APed 13 – Assistência ao recém-nascido (RN) que nasce bem (não necessita de reanimação)

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão

Para todo recém-nascido que, imediatamente após a saída da cavidade uterina, receber TODAS as respostas SIM para as seguintes perguntas:

- A gestação foi a termo?
- O RN está respirando (considerar respiração regular) ou chorando ao nascer?
- O RN apresenta bom tônus muscular (tônus muscular em flexão e movimentos ativos)?

Se todas as respostas forem "SIM": o RN a termo está com boa vitalidade e não necessita de manobras de reanimação.

### Conduta:

Realizar a avaliação e a estabilização inicial do RN na seguinte sequência:

- 1. Clampeamento do cordão umbilical no RN à termo ou pré termo tardio ( $\geq 34$  semanas):**
  - Posicionar o RN sobre o abdome materno, sem traicionar o cordão umbilical ou, se isso não for possível, apoiá-lo na cama ou maca sobre campo estéril, entre as pernas da mãe; cobrir o RN com campo estéril, inclusive a cabeça (exceto a face), independente da posição em que for colocado;
  - Aguardar 1 a 3 minutos para clampear o cordão;
  - Medir cerca de 10 a 15 cm a partir do abdome do RN e colocar o 1º *cord clamp*; medir mais 3 a 4 cm e colocar o 2º *cord clamp*;
  - Cortar o cordão umbilical com lâmina de bisturi estéril entre os dois *cord clamp*.
- 2. Após o clampeamento do cordão, iniciar a assistência ao RN a termo ou pré termo tardio (>34 semanas) realizando rapidamente os seguintes cuidados:**
  - Ainda envolvido em campo estéril, retirar o RN do abdome materno ou do espaço entre as pernas da mãe e colocá-lo sobre superfície plana;
  - Posicionar a cabeça do RN em leve extensão;
  - Aspirar boca e nariz (sonda nº 8 ou 10), somente se tiver secreção;
  - Secar o corpo e a cabeça, em especial a região das fontanelas, e desprezar os campos (ou compressas) úmidos;
  - Colocar touca de lã ou de algodão;
  - Envolver em outro campo estéril limpo e seco, mantendo abertura frontal suficiente para terminar a avaliação;
  - Se necessário, reposicionar a cabeça em leve extensão;
  - Avaliar inicialmente a frequência cardíaca (FC) com o estetoscópio no precórdio, o tônus muscular e a respiração/choro;
  - Depois, observar continuamente a atividade, o tônus muscular e a respiração/choro;
  - Avaliar a temperatura axilar: temperatura ideal entre 36,5 e 37,5°C;
  - Avaliar o Escore de Apgar no primeiro minuto ou à chegada da equipe (registrando o tempo decorrido do nascimento);
  - Após esses cuidados iniciais e estabilização do RN: apresentá-lo para mãe e pai e identificar mãe e RN com pulseiras; envolver o RN em campo estéril seco;
  - Avaliar o Escore de Apgar no quinto minuto ou 4 minutos após o primeiro Apgar;
  - Preparar o RN para o transporte:
    - Se temperatura axilar normal (entre 36,5 e 37,5°C), envolver o RN em campo estéril e manta metálica sobre o campo (sem tocar a pele do RN);
    - Se temperatura axilar < 36,5°C, envolver o RN em campo estéril, colocar sobre esse campo um cobertor e, sobre o cobertor, a manta metálica;
    - Se temperatura axilar > 37,5°C, envolver o RN somente em campo estéril.
- 3. Realizar contato com a Regulação Médica para definição do encaminhamento e/ou unidade de saúde de destino do binômio mãe e RN.**

APed 13 – Assistência ao recém-nascido (RN) que nasce bem (não necessita de reanimação)  
Elaboração: Abril/2016 | Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis. Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/2



**APed  
13**
**Protocolo Samu 192**  
**Protocolos de Emergências Pediátricas**  
**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**
**APed 13 – Assistência ao recém-nascido (RN) que nasce bem (não necessita de reanimação)**
**Escore de Apgar**

SINAL	0	1	2
Frequência cardíaca (bpm)	ausente	lenta (< 100)	maior que 100
Movimentos respiratórios	ausentes	lentos, irregulares	bons, choro
Tônus muscular	flácido	alguma flexão	movimentação ativa
Irritabilidade reflexa (cateter nasal)	sem resposta	careta	tosse reflexa, espirros, choro
Cor	azul ou pálido	corpo róseo, extremidades azuis	completamente róseo

**Observações:**

- Considerar as 3 "S" (Protocolos PE1, PE2 e PE3)
- Atentar para o direito da criança de ter um acompanhante (responsável legal ou outro).
- Temperatura ambiente ideal para o nascimento: 23 a 26°C, inclusive na ambulância. Nesse caso, manter portas e janelas fechadas, sem corrente de ar e sem ventiladores ou ar condicionado ligados.
- Considerar as definições:
  - RN a termo: idade gestacional entre 37 e 41 semanas;
  - RN pré-termo (premature): idade gestacional < 37 semanas;
  - RN pré-termo tardio: entre 34 e 36 semanas;
  - RN pós-termo: idade gestacional ≥ 42 semanas.
- A informação sobre a idade gestacional poderá ser obtida na Caderneta da Gestante.
- O contato pele-a-pele entre mãe e bebê ao nascimento favorece o início precoce da amamentação e aumenta a chance do aleitamento materno exclusivo ser bem sucedido nos primeiros meses de vida. Por isso, sempre que possível, o RN deve ser posicionado sobre o abdome materno até a finalização do clameamento do cordão, sempre provendo calor (cobrindo-o), mantendo as vias aéreas pervias e avaliando continuamente sua vitalidade.
- **ATENÇÃO:** em caso de suspeita de descolamento prematuro de placenta, placenta prévia, rotura ou prolapso ou nó verdadeiro de cordão ou ainda se o RN **de qualquer idade gestacional** não inicia a respiração ou não apresenta tônus muscular em flexão e movimentos ativos, o clameamento do cordão deve ser **IMEDIATO** (APed 14).
- **ATENÇÃO:** Durante a aspiração, evitar a introdução da sonda de aspiração de maneira brusca ou na faringe posterior, pois isso pode induzir resposta vagal e espasmo laríngeo, provocando apneia e bradicardia.
- É importante reavaliar continua e simultaneamente a frequência cardíaca (FC) e a respiração, pois a indicação de reanimação depende dessa avaliação para detecção de alterações da respiração (irregular ou apneia) e/ou da FC (< 100 bpm).
- Para melhor realização do atendimento, é recomendável que todos mantenham na viatura um Kit Parto (campos estéreis, cord clamp, touca, pulseiras de identificação, lâmina de bisturi, sacos plásticos e manta aluminizada).



APed  
14

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Emergências Pediátricas  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA



## APed 14 - Reanimação neonatal (recém-nascido que necessita de reanimação)

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão

Para todo recém-nascido que, imediatamente após a saída da cavidade uterina, receber pelo menos uma resposta NÃO para as seguintes perguntas:

- A gestação foi a termo?
- O RN está respirando (considerar respiração regular) ou chorando ao nascer?
- O RN apresenta bom tônus muscular (tônus muscular em flexão e movimentos ativos)?

Se pelo menos uma das respostas for "NÃO": avaliar se o RN necessita de manobras de reanimação, de acordo com a situação encontrada.

### Conduta:

1. Realizar clameamento do cordão umbilical:
  - **EM 30 A 60 SEGUNDOS**, se o RN for pré-termo < 34 semanas e apresentar respiração regular e movimentação ativa e com tônus em flexão;
    - O RN pode ser colocado sobre o abdome materno durante esse período, sem tracionar o cordão umbilical; tomando o cuidado de envolver a região das fontanelas e o corpo em campo estéril para evitar hipotermia; se isso não for possível, apoiá-lo na cama ou maca sobre campo estéril, entre as pernas da mãe, cobrindo-o com o campo estéril.
  - **IMEDIATAMENTE** se o RN, de qualquer idade gestacional, não iniciar a respiração ou estiver hipotônico (não apresentar tônus muscular em flexão e movimentos ativos).
2. Realizar estabilização inicial após o clameamento do cordão (em até 30 segundos, obedecendo à sequência abaixo:
  - A. Prover calor:
    - Ainda envolvido em campo estéril, retirar o RN do abdome materno ou do espaço entre as pernas da mãe e colocá-lo sobre superfície plana;
    - Atenção para envolver todo o corpo e a cabeça (em especial a região das fontanelas) do RN no campo estéril, exceto a face;
    - Conduta para o **prematureto com idade gestacional menor que 34 semanas**: sem secá-lo, introduzir seu corpo, exceto a face, dentro de um saco plástico transparente (saco de polietileno de 30x50cm), cobrindo também o couro cabeludo com triângulo plástico (principalmente sobre as fontanelas) e, por cima, colocar touca de lã ou algodão; realizar todas as manobras de reanimação com o RN envolvido em plástico. O saco plástico só será retirado no hospital.
  - B. Colocar o RN em decúbito dorsal com leve extensão do pescoço, para manter a permeabilidade das vias aéreas.  
**ATENÇÃO**: pode ser necessário colocar um coxim sob os ombros para facilitar o posicionamento adequado da cabeça, especialmente no RN pré-termo.
  - C. Somente se tiver secreção, aspirar delicadamente as vias aéreas, com sonda nº 8 ou 10, com pressão negativa máxima de 100 mmHg:
    - aspirar primeiro a boca e, a seguir, as narinas;
    - evitar introduzir a sonda de aspiração de forma brusca ou na faringe posterior, para evitar resposta vagal e espasmo laríngeo, com apnéia e bradicardia.**ATENÇÃO**: no caso do RN não ser a termo ou não estar com respiração regular ou apresentar hipotonia, se o líquido amniótico for meconial, é prudente, durante a realização dos passos iniciais, aspirar boca e narinas com sonda nº 10.
  - D. Secar o corpo e a cabeça, em especial a região das fontanelas, e desprezar os campos (ou compressas) úmidos; exceto o RN < 34 semanas, que estará dentro do saco plástico.

Elaboração: Abril/2016

APed 14 - Reanimação neonatal (recém-nascido que necessita de reanimação)  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/7





**APed  
14**

**Protocolo Samu 192  
Protocolos de Emergências Pediátricas  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**

**APed 14 - Reanimação neonatal (recém-nascido que necessita de reanimação)**

- E. Colocar touca de lã ou algodão.
- F. Envolver em outro campo estéril limpo e seco, mantendo abertura frontal suficiente para terminar a avaliação.
- G. Se necessário, reposicionar a cabeça em leve extensão.

**3. Avaliação simultânea da respiração e a frequência cardíaca (FC):**

Atenção: Os passos iniciais da estabilização atuam como um estímulo sensorial importante para o início da respiração.

- Se há respiração espontânea e regular ou choro e FC > 100 bpm (verificada inicialmente pela ausculta do precórdio com estetoscópio, contando por 6 segundos e multiplicando por 10), finalizar os cuidados de rotina e observar continuamente a atividade, tônus muscular e respiração/choro (ver Protocolo APed 13);
- Se o RN apresentar apneia, respiração irregular e/ou FC < 100 bpm: enquanto um profissional da equipe inicia ventilação com pressão positiva (VPP), o outro instala 3 eletrodos do monitor cardíaco e o sensor do oxímetro de pulso. Nesses RN, é preciso iniciar a VPP nos primeiros 60 segundos de vida (*Golden minute*) e acompanhar a FC pelo monitor cardíaco e a saturação de oxigênio (SatO<sub>2</sub>) pelo oxímetro de pulso.
  - **Técnica de Ventilação com pressão positiva (VPP):**
    - Realizar com bolsa-valva-máscara no ritmo de 40 a 60 insuflações por minuto (regra mnemônica: "aperta...solta...solta...aperta...solta...solta...aperta...solta...solta...");
  - **Técnica para instalação dos eletrodos do monitor cardíaco:**
    - Para conseguir rapidamente a sinal elétrico do coração, colocar um eletrodo em cada braço do RN, próximo ao ombro e o terceiro eletrodo na face anterior da coxa;
    - Fixar os eletrodos com faixas ou bandagens elásticas;
    - Nos minutos iniciais de vida, o objetivo primário é o acompanhamento da frequência cardíaca e não a detecção de ritmos anômalos.
  - **Técnica para instalação do sensor do oxímetro:**
    - Instalar o sensor neonatal no pulso radial direito do RN (localização pré-ductal), cuidando para que o sensor que emite luz fique na posição diretamente oposta ao que recebe a luz e envolvendo-os com uma faixa ou bandagem elástica;
    - Avaliar a SatO<sub>2</sub> de acordo com o tempo de vida, conforme quadro a seguir:

**Valores de SatO<sub>2</sub> pré-ductal desejáveis após o nascimento:**

- até 5 minutos de vida: 70 - 80%
- 5 a 10 minutos de vida: 80 - 90%
- > 10 minutos de vida: 85 - 95%
- a leitura confiável da SatO<sub>2</sub> demora cerca de 1 a 2 minutos após o nascimento, desde que haja débito cardíaco suficiente, com perfusão periférica.

**4. Conduta no RN que apresenta apneia, respiração irregular e/ou FC < 100 bpm:**

- Iniciar VPP em ar ambiente nos primeiros 60 minutos de vida (*Golden minute*); se o RN for prematuro < 34 semanas, iniciar VPP com O<sub>2</sub> 30% se o *blender* estiver disponível ou VPP com O<sub>2</sub> a 100% se não houver *blender*;
- Se após 30 segundos de VPP com ar ambiente o RN apresentar FC > 100 bpm e respiração espontânea e regular, suspender o procedimento e iniciar Protocolo APed 13;
- Se após 30 segundos de VPP com ar ambiente o RN não melhorar, reavaliar e corrigir a técnica da VPP (ajuste da máscara, permeabilidade de vias aéreas, pressão inspiratória) e ventilar por mais 30 segundos;
- Se após a correção da técnica da VPP em ar ambiente o RN não melhorar (mantiver FC < 100 bpm ou respiração irregular ou a SatO<sub>2</sub> é baixa), aumentar em 20% a concentração de O<sub>2</sub> se *blender* disponível ou para 100% se não houver *blender* e, após 30 segundos, avaliar a FC, a SatO<sub>2</sub> e o retorno da respiração espontânea e regular.

Elaboração: Abril/2016

APed 14 - Reanimação neonatal (recém-nascido que necessita de reanimação)  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

2/7



APed  
14

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Emergências Pediátricas  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA



## APed 14 - Reanimação neonatal (recém-nascido que necessita de reanimação)

- Se após 30 segundos de VPP com a técnica correta e  $O_2$  100% o RN não melhorar (mantiver FC < 100 bpm ou respiração irregular ou a  $SatO_2$  é baixa), realizar a **intubação orotraqueal** e ventilar com balão e cânula no ritmo de 40 a 60 ipm, avaliando a cada 30 segundos a FC, a  $SatO_2$  e o retorno da respiração espontânea e regular;
- Mais importante para o paciente recém-nascido é a aplicação da VPP com balão e máscara com a técnica correta do que o uso do oxigênio suplementar;
- Se após 30 segundos houver retorno da respiração espontânea e regular, FC > 100 bpm e  $SatO_2$  adequada: poderá ser suspensa a ventilação; nesse caso, por precaução, manter o RN intubado durante todo o transporte, controlando a  $SatO_2$ ;
- Se após 30 segundos não houver retorno da respiração espontânea e regular e/ou FC permanecer < 100 bpm e/ou  $SatO_2$  baixa: verificar a posição da cânula, a técnica da ventilação por cânula, a oferta de  $O_2$ , corrigindo o que for necessário;
- Se após 30 segundos de ventilação por cânula traqueal com  $O_2$  100% a FC < 60 bpm: outro profissional inicia compressões torácicas, preferencialmente com a técnica dos **polegares sobrepostos** sobre o terço inferior do esterno (logo abaixo da linha intermamilar) e as mãos envolvendo o tórax do RN, sincronizando compressão e ventilação, na proporção de 3 (três) compressões para 1 (uma) ventilação (3:1) com  $O_2$  100%; comprimir na profundidade de 1/3 do diâmetro anteroposterior do tórax, permitindo a reexpansão plena do tórax após cada compressão;  
ATENÇÃO: a técnica com os polegares justapostos para realização das compressões torácicas aumenta a chance de lesões dos pulmões e do fígado; por isso, é mais segura a técnica com os polegares sobrepostos, a qual também gera maior pico de pressão e pressão de pulso.
- Se após 60 segundos de insuflações com  $O_2$  100% e compressões torácicas a FC > 60 bpm: interromper a compressão torácica e manter insuflações (40 a 60 ipm) até que FC > 100 bpm e respiração regular (nesse caso, por precaução, manter o RN intubado e com VPP durante todo o transporte, controlando a  $SatO_2$ );  
ATENÇÃO: aplicar compressões torácicas e insuflações por 60 segundos antes de reavaliar a FC, pois esse é o tempo mínimo para que a compressão torácica efetiva possa restabelecer a pressão de perfusão coronariana; o monitor cardíaco é o melhor método para avaliar de forma contínua a FC sem interromper a ventilação; o oxímetro também é útil, entretanto, se a perfusão periférica estiver comprometida, a oximetria de pulso pode não detectar a FC.
- Se após 60 segundos de insuflações com  $O_2$  100% coordenadas com compressões torácicas o RN mantiver FC < 60 bpm: verificar a posição da cânula traqueal e as técnicas da ventilação e compressão torácica e corrigir se necessário;
- Se todas as técnicas estiverem corretas e a FC permanecer < 60 bpm: manter as manobras de ressuscitação com ritmo de 3:1 e **introduzir medicação** (epinefrina e expansores de volume); a via preferencial é a veia umbilical\* ou, na falta de experiência do profissional com cateterismo umbilical, utilizar a via intraóssea:
  - **Epinefrina:** dose de 0,01 a 0,03 mg/Kg (0,1 a 0,3 mL/Kg/dose da solução 1:10.000) IV/IO. Enquanto o acesso IV/IO está sendo obtido, pode ser administrada uma única vez por via endotraqueal, na dose de 0,05 a 0,10 mg/Kg (0,5 a 1,0 mL/Kg da solução 1:10.000);
  - Se não houver reversão da bradicardia, a epinefrina pode ser repetida a cada 3 a 5 minutos, na dose de 0,03 mg/Kg, via IV/IO e, se o RN apresentar palidez ou evidências de choque, considerar a administração de **Solução Salina 0,9%** na dose inicial de 10 mL/Kg (administrar o volume lentamente, em 5 a 10 minutos, especialmente nos prematuros, pois a expansão rápida da volemia pode se associar à hemorragia intracraniana); repetir o volume se necessário;
- Considerar a possibilidade de interrupção da RCP apenas se o RN permanecer em assistência por mais de 10 minutos e depois que todos os procedimentos indicados na reanimação neonatal foram conduzidos de forma apropriada:
  - A decisão de continuar ou interromper tais procedimentos deve ser individualizada.
  - Variáveis a serem consideradas: se os procedimentos de reanimação foram aplicados de forma adequada, se os cuidados intensivos neonatais estão disponíveis, incluindo a hipotermia terapêutica, qual foi a causa e a duração da agressão hipóxico-iscêmica e qual o desejo da família, quando houve tempo para uma conversa prévia ao nascimento.

Elaboração: Abril/2016

APed 14 - Reanimação neonatal (recém-nascido que necessita de reanimação)  
Este protocolo foi atualizado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços

3/7



**APed  
14**

**Protocolo Samu 192  
Protocolos de Emergências Pediátricas  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**

**APed 14 - Reanimação neonatal (recém-nascido que necessita de reanimação)**

5. Realizar contato com a Regulação Médica para definição do encaminhamento e/ou unidade de saúde de destino.
6. Considerar a remoção o binômio mãe/RN para um hospital com maternidade e unidade de cuidados neonatais, mantendo as manobras de reanimação, se necessário, durante o trajeto.

**Aspectos específicos da conduta na presença de líquido amniótico meconial (fluido ou espesso):**

1. Não aspirar as vias aéreas durante o trabalho de parto (ou seja, ao desprendimento do polo cefálico do concepto);
2. Se o RN a termo apresentar respiração rítmica e regular ou choro e tônus muscular em flexão e movimentação ativa:
  - clampear o cordão umbilical 1-3 minutos após a sua extração completa,
  - cobrir o RN com campo estéril,
  - posicionar sua cabeça com uma leve extensão do pescoço,
  - somente se necessário, aspirar o excesso de secreções da boca e do nariz com sonda de aspiração nº 10,
  - secar e desprezar os campos (ou compressas) úmidos,
  - verificar novamente a posição da cabeça e,
  - avaliar a respiração e a FC.

Se a avaliação for normal, o RN não necessita de reanimação e deve ser transportado sob vigilância constante (Protocolo APed 13).
3. Se o RN for pré-termo tardio (34 a 36 semanas) ou pós-termo ou se não iniciou movimentos respiratórios regulares ou o tônus muscular está flácido, após o clameamento do cordão, executar os seguintes passos iniciais em, no máximo, 30 segundos:
  - prover calor: cobrir o RN com campo estéril,
  - posicionar sua cabeça com uma leve extensão do pescoço,
  - aspirar boca e narinas suavemente com sonda de aspiração nº 10,
  - secar e desprezar os campos (ou compressas) úmidos,
  - verificar novamente a posição da cabeça e,
  - avaliar a respiração e a FC.

Se a avaliação mostra que o RN está com respiração espontânea regular e FC >100 bpm, o RN não necessita de reanimação e deve ser transportado sob vigilância constante (Protocolo APed 13). De maneira continuada, observar a atividade, o tônus muscular e a respiração/choro.
4. Se o RN com líquido amniótico meconial de qualquer viscosidade, após os passos iniciais, apresentar apnéia, respiração irregular e/ou FC <100 bpm: é fundamental iniciar a VPP com máscara facial e ar ambiente nos primeiros 60 segundos de vida.
5. Se o RN não melhora após 30 segundos de VPP efetiva e houver forte suspeita de obstrução de vias aéreas, pode ser indicada a retirada do mecônio residual da hipofaringe e da traqueia sob visualização direta, realizando a intubação da traqueia e conectando a cânula traqueal ao dispositivo para aspiração de mecônio, se disponível, e este ao aspirador a vácuo, com pressão negativa máxima de 100 mmHg; aspirar o excesso de mecônio uma única vez.

Elaboração: Abril/2016

APed 14 - Reanimação neonatal (recém-nascido que necessita de reanimação)

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

4/7



**APed  
14**
**Protocolo Samu 192  
Protocolos de Emergências Pediátricas  
SUPPORTO AVANÇADO DE VIDA**

**APed 14 - Reanimação neonatal (recém-nascido que necessita de reanimação)**
**Escore de Apgar**

Avaliar no primeiro e no quinto minuto de vida. Se no quinto minuto for menor do que 7, avaliar a cada 5 minutos, até o total de 20 minutos.

SINAL	0	1	2
Frequência cardíaca (bpm)	ausente	lenta (< 100)	maior que 100
Movimentos respiratórios	ausentes	lentos, irregulares	bons, choro
Tônus muscular	flácido	alguma flexão	movimentação ativa
Irritabilidade reflexa (cateter nasal)	sem resposta	careta	tosse reflexa, espirros, choro
Cor	azul ou pálido	corpo róseo, extremidades azuis	completamente róseo

**Observações:**

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2 e PE3)
- Atentar para o direito da criança de ter um acompanhante (responsável legal ou outro);
- Temperatura ambiente ideal para o nascimento: 23 a 26°C, inclusive na ambulância. Nesse caso, manter portas e janelas fechadas, sem corrente de ar e sem ventiladores ou ar condicionado ligados.
- Considerar as definições:
  - RN a termo: idade gestacional entre 37 e 41 semanas;
  - RN pré-termo (premature): idade gestacional < 37 semanas;
  - RN pré-termo tardio: entre 34 e 36 semanas;
  - RN pós-termo: idade gestacional ≥ 42 semanas.
- ATENÇÃO: em caso de suspeita de descolamento prematuro de placenta, placenta prévia, rotura ou prolapso ou nó verdadeiro de cordão, o clameamento do cordão deve ser **imediate**.
- A temperatura axilar deve ser mantida entre 36,5 e 37,5°C (normotermia) durante os procedimentos de reanimação.
- Lembrar: no RN, o procedimento mais importante para corrigir a bradicardia é a ventilação adequada.
- Técnica correta de VPP: o ajuste correto da máscara neonatal à face do RN (a máscara é aplicada no sentido do queixo para o nariz e deve cobrir a ponta do queixo, boca e nariz; os dedos indicador e polegar, formam a letra "C", exercendo leve pressão, e os demais dedos formam a letra "E"), com manutenção da permeabilidade das vias aéreas (posição da cabeça em leve extensão, aspiração de secreções se necessário e manutenção da boca do RN aberta) e pressão adequada no balão;
- O balão autoinflável fornece concentração de oxigênio de 21% (ar ambiente, quando não está conectado ao oxigênio e ao reservatório) ou de 90-100% (conectado à fonte de oxigênio a 5L/minuto e ao reservatório). Concentrações intermediárias de oxigênio só podem ser administradas se houver o misturador de oxigênio e ar comprimido (*blender*) pronto para uso;
- Cuidado com a pressão (inspiratória) aplicada no balão durante a VPP: ela deve produzir visível movimento torácico leve e ausculta da entrada de ar, sem levar à superdistensão, sendo individualizada para que o RN alcance e mantenha FC > 100bpm.
- ATENÇÃO: a verificação contínua da técnica de ventilação, com ênfase no ajuste adequado da máscara à face, na permeabilidade das vias aéreas e no uso de pressão adequada (não insuficiente nem excessiva) no balão é fundamental para o sucesso da reanimação. O indicador mais importante de que a VPP está sendo efetiva é o aumento da FC; depois, o estabelecimento da respiração espontânea.

Elaboração: Abril/2016

**APed 14 - Reanimação neonatal (recém-nascido que necessita de reanimação)**

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis. Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

**5/7**


**APed  
14**
**Protocolo Samu 192  
Protocolos de Emergências Pediátricas  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**
**APed 14 - Reanimação neonatal (recém-nascido que necessita de reanimação)**

- Intubação orotraqueal do RN: requer habilidade; pré-oxigenar antes de cada tentativa; cada tentativa não deve ultrapassar 30 segundos; utilizar cânula sem *cuff* de tamanho adequado (ver quadro a seguir); a confirmação da posição da cânula é obrigatória, sendo prioritária nos RN com bradicardia;
- Se intubação traqueal não for possível, a máscara laríngea número 1 é alternativa para o RN  $\geq$  34 semanas com peso  $>$  2000g, se disponível.

**Diâmetro do tubo endotraqueal e profundidade de inserção por peso e idade gestacional**

IDADE GESTACIONAL (SEMANAS)	PESO (G)	DIÂMETRO DO TUBO (MM)	MARCA EM CM NO LABIO SUPERIOR
< 28	< 1.000	2,5	6
28 – 34	1.000 – 2.000	3,0	7 – 8
34 – 38	2.000 – 3.000	3,5	8 – 9
> 38	> 3.000	3,5 - 4,0	9

- Cateterização Umbilical: com cateter ou sonda traqueal, inserindo apenas de 1 a 2 cm após o ponto de inserção do cordão umbilical na parede abdominal. ATENÇÃO: o cordão umbilical possui 2 artérias e uma veia (que é o vaso de maior calibre). Cuidado na manipulação do cateter umbilical para que não ocorra embolia gasosa.
- Atenção especial à extrema fragilidade do recém-nascido prematuro, o que indica a necessidade de delicadeza adicional na execução das manobras.
- Bicarbonato de sódio, naloxone, atropina e vasopressores não são recomendados na reanimação do recém-nascido.
- Na reanimação neonatal, a única situação em que se pode considerar a relação de 15 compressões torácicas para 2 ventilações é quando a origem da parada cardiorrespiratória é provavelmente cardíaca, como nos portadores de cardiopatias congênitas.
- Em casos de transportes de longa duração, ver Protocolo de Transporte Neonatal.
- Diluição da Epinefrina para obter solução 1:10.000: 1 ampola (1 mL) de Epinefrina 1:1000 diluída em 9 mL de Solução Salina 0,9%.

Elaboração: Abril/2016

**APed 14 - Reanimação neonatal (recém-nascido que necessita de reanimação)**

 Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

6/7



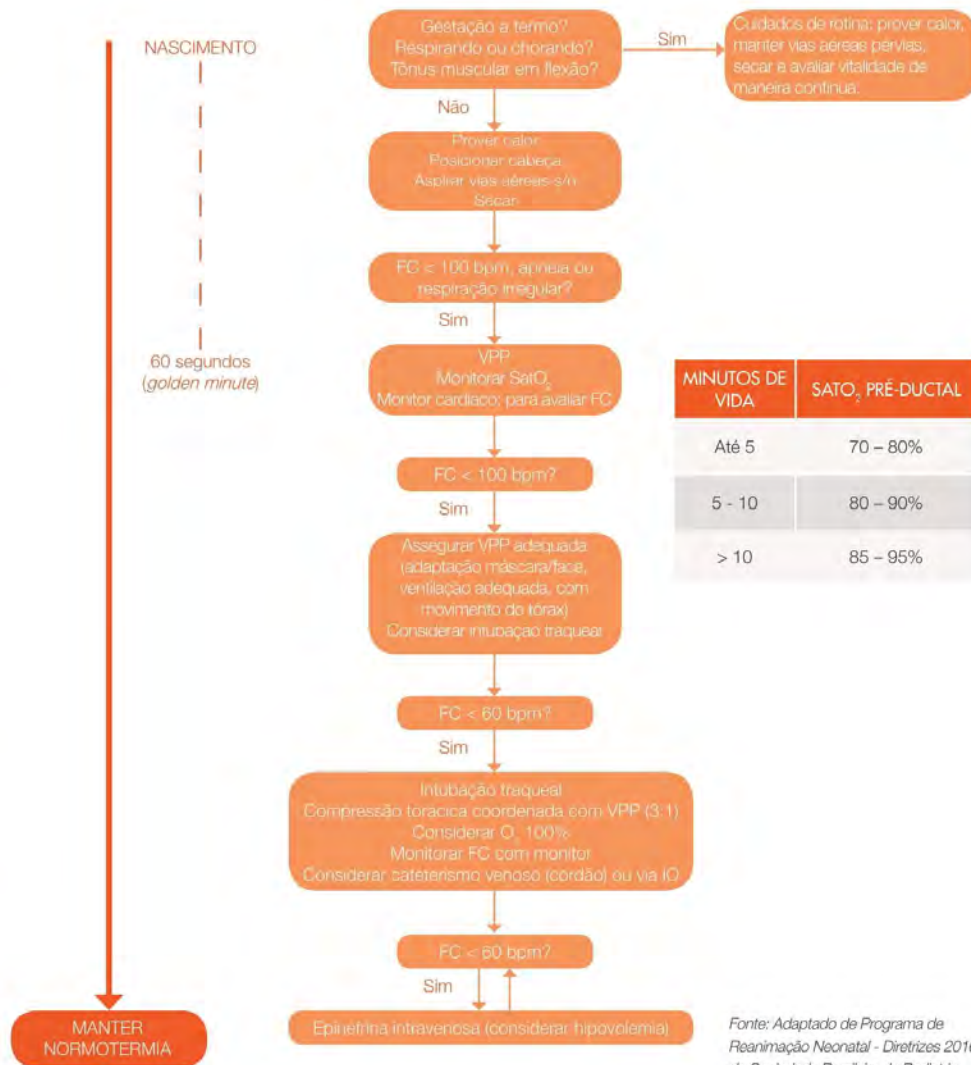
**APed  
14**

**Protocolo Samu 192**  
**Protocolos de Emergências Pediátricas**  
**SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**



**APed 14 - Reanimação neonatal (recém-nascido que necessita de reanimação)**

**FLUXOGRAMA DA REANIMAÇÃO NEONATAL**



**Elaboração:** Abril/2016 | **APed 14 - Reanimação neonatal (recém-nascido que necessita de reanimação)** | Este protocolo foi paulado nas mais recentes evidências científicas disponíveis. Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços. | **7/7**



**APed  
15**

**Protocolo Samu 192**  
**Protocolos de Emergências Pediátricas**  
**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**



## APed 15 – Bradicardia

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão

Paciente pediátrico apresentando frequência cardíaca (FC) lenta em comparação com a faixa normal de FC para a idade e o grau de atividade do bebê ou criança (Protocolo 1 – Parâmetros Pediátricos).

### Conduta

1. Realizar **impressão inicial e avaliação primária (APed 2)**, com ênfase para:
  - Manter permeabilidade das vias aéreas: permitir que o paciente assuma posição confortável ou realizar manobras para abertura de vias aéreas;
  - Avaliar oximetria de pulso;
  - Oferecer oxigênio em alta concentração, com máscara não reinalante, se saturação de oxigênio (O<sub>2</sub>) < 94%, dispnéia ou aumento do trabalho respiratório;
  - Ventilação assistida, se necessário; avaliar perfusão tecidual;
  - Avaliar pressão arterial (PA) (com manguitos adequados);
  - Avaliar estado neurológico (nível de consciência);
  - Se identificada bradicardia sintomática (com sinais de comprometimento cardiopulmonar), as prioridades são oxigenação e ventilação **imediatas**.
  - Os sinais de comprometimento cardiopulmonar são:
    - Sinais de choque como: alteração aguda do estado mental (redução aguda do nível de consciência), perfusão periférica e sistêmica deficientes, hipotensão;
    - Combinadas com desconforto ou insuficiência respiratória;
  - Se, **apesar da oxigenação e ventilação adequadas**, a FC for **≤ 60 batimentos por minuto (bpm)** (em bebês e crianças) **com sinais de perfusão tecidual inadequada** (ou seja, o comprometimento cardiopulmonar persiste), iniciar imediatamente as manobras de **ressuscitação cardiorrespiratória (RCP)** (Protocolo APed 7).
2. Realizar **avaliação secundária** com ênfase para:
  - Monitorizar eletrocardiograma (ECG) (identificar o ritmo);
  - Entrevista SAMPLE;
  - Não retardar a terapia.
3. Realizar ECG 12 derivações.
4. Instalar acesso vascular intravenoso (IV) ou intraósseo (IO).
5. Identificar e tratar causas reversíveis (6H e 5T).
6. Tratar de acordo com o quadro.

### BRADICARDIA SEM COMPROMETIMENTO CARDIOPULMONAR:

- Fornecer suporte de vida com sequência ABC (vias aérea-bom ventilação-compressão torácica);
- Administrar O<sub>2</sub> suplementar;
- Observar e monitorizar constantemente o paciente;
- Transportar, se possível, para unidade com especialista (cardiologista pediátrico).

Elaboração: Janeiro/2016

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

APed 15 – Bradicardia

1/3



**APed  
15**

**Protocolo Samu 192  
Protocolos de Emergências Pediátricas  
SUPPORTO AVANÇADO DE VIDA**

## APed 15 – Bradicardia

### BRADICARDIA COM SINAIS DE COMPROMETIMENTO CARDIOPULMONAR:

- Se, apesar da oxigenação e ventilação eficazes, a FC for  $\leq 60$  bpm (em bebês e crianças) com sinais contínuos de perfusão tecidual inadequada (ou seja, comprometimento cardiopulmonar persistente), iniciar imediatamente manobras de RCP de boa qualidade (Protocolo APed 7);
- Instalar via aérea avançada;
- Verificar, durante os procedimentos, se o suporte está adequado (cheçar via aérea, oxigenação, efetividade da ventilação);
- Se após 2 minutos de oxigenação e ventilação adequadas e RCP de boa qualidade, a bradicardia e os sinais de comprometimento hemodinâmico persistirem, iniciar tratamento medicamentoso;
- Administrar **epinefrina** intravenosa/intraóssea (IV/IO), dose de 0,01 mg/kg (0,1 mL/kg da solução 1:10.000), máximo de 1 mg; repetir a cada 3 a 5 minutos, se necessário;
- Se bomba de infusão disponível e bradicardia persistente, considerar infusão contínua de epinefrina, na dose de 0,1 a 0,3 mcg/kg/minuto, titulando a dose até a resposta clínica;
- Se a bradicardia for causada por tônus vagal aumentado, toxicidade por drogas colinérgicas (como carbamatos e organofosforados) ou por bloqueio atrioventricular (AV) primário, administrar **atropina** em vez de epinefrina, na dose de 0,02 mg/kg, IV/IO, máximo de 0,5 mg/dose, que pode ser repetida uma vez, em 5 minutos; lembrar que a dose mínima de atropina deve ser de 0,1 mg (doses menores podem produzir bradicardia paradoxal).

ATENÇÃO: em caso de intoxicação por drogas colinérgicas podem ser necessárias doses mais altas (ver protocolo TOX correspondente);

- Se não responder à atropina nessas situações descritas, usar epinefrina;
  - Lembrar que a atropina não é indicada em casos de bloqueio AV decorrente de bradicardia secundária a causas tratáveis, como hipóxia ou acidose;
  - Pode ser tentado o uso de atropina no bloqueio AV de 2º grau (tipos Mobitz I e II) e de terceiro grau;
  - Se não houver resposta satisfatória, considerar instalação de marcapasso transcutâneo (MPTC), especialmente nos casos de bloqueio AV total ou função anormal do nódulo sinusal;
  - Tratar as causas potencialmente reversíveis: as principais são hipóxia e tônus vagal aumentado;
  - Atentar para a ocorrência de parada cardiorrespiratória (PCR) (Protocolo APed 7).
- 7. Realizar contato com a Regulação Médica para definição do encaminhamento e/ou unidade de saúde de destino (preferencialmente com serviço de cardiologia pediátrica).**

### Observações

- Considerar as 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- Atentar para o direito da criança de ter um acompanhante (responsável legal ou outro).
- Principais ritmos que causam bradiarritmia: bradicardia sinusal, bradicardia atrioventricular (BAV) 1º grau, BAV 2º grau (tipo 1 e tipo 2), BAV 3º grau.
- A bradicardia constitui sinal indicativo de PCR iminente em bebês e crianças quando associada a sinais de perfusão tecidual inadequada.
- Bradicardia sintomática: FC mais lenta que o normal para a idade do paciente pediátrico (geralmente  $< 60$  bpm), associada a comprometimento cardiopulmonar.
- Bradicardia no paciente pediátrico pode ser secundária a: hipóxia, acidose, hipotensão, hipotermia, efeitos de drogas.
- Bradicardia pode também ser primária, como resultado de condições cardíacas congênitas ou adquiridas.
- Para a utilização do MPTC, considerar analgesia ou sedação leve.

Elaboração: Janeiro/2016

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis. Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

APed 15 – Bradicardia

2/3





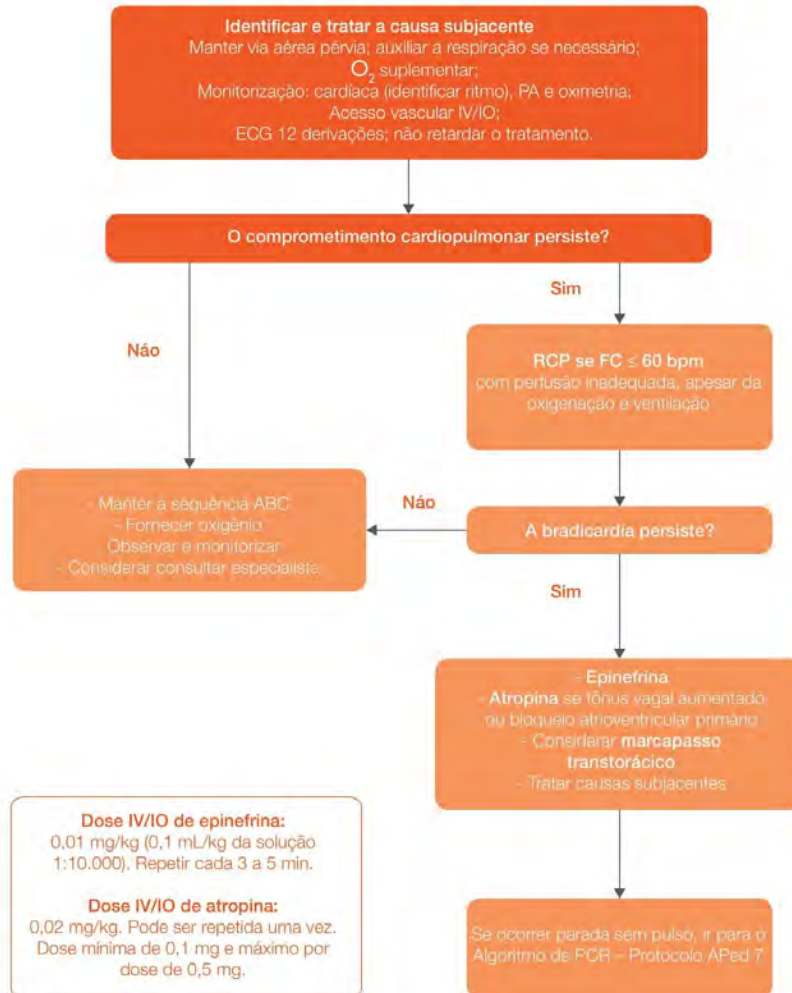
**APed  
15**

**Protocolo Samu 192**  
**Protocolos de Emergências Pediátricas**  
**SUORTE AVANÇADO DE VIDA**



## APed 15 – Bradicardia

Algoritmo geral da bradicardia – suporte avançado de vida em pediatria



Elaboração: Janeiro/2016

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

APed 15 – Bradicardia

3/3



**APed  
16**

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Emergências Pediátricas  
**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**



## APed 16 – Taquiarritmia com pulso

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão

Paciente pediátrico que apresenta frequência cardíaca (FC) elevada para a idade e o grau de atividade do bebê ou da criança (APed 1).

### Conduta:

1. Realizar impressão inicial e avaliação primária (APed 2), com ênfase em:
  - manter a permeabilidade das vias aéreas;
  - oferecer oxigênio se  $\text{SatO}_2 < 94\%$ ;
  - considerar via aérea avançada e ventilação assistida, se necessário;
  - avaliar perfusão periférica e instalar acesso vascular intravenoso/intraósseo (IV/IO);
  - avaliar pressão arterial e oximetria de pulso;
  - avaliar estado neurológico;
  - ATENÇÃO: é fundamental detectar os sinais de instabilidade hemodinâmica (comprometimento cardiopulmonar) associados às taquiarritmias com pulso, que são:
    - desconforto/insuficiência respiratória;
    - sinais de choque: perfusão inadequada em órgãos-alvo, com ou sem hipotensão arterial;
    - alteração aguda do estado mental: rebaixamento da consciência;
    - colapso súbito com pulsos rápidos e fracos.
2. Realizar avaliação secundária, com ênfase em:
  - obter ECG de 12 derivações (identificar ritmo e duração do complexo QRS), mas sem retardar as intervenções de urgência;
  - prever a necessidade de medicações, dependendo do tipo de distúrbio de ritmo detectado na ECG (ou seja, supraventricular ou ventricular);
  - entrevista SAMPLE;
  - monitorizar pressão arterial (com manguitos adequados) e oximetria de pulso;
  - avaliar glicemia capilar e tratar hipoglicemia, se indicado, sem retardar as intervenções de urgência.
3. Identificar e tratar causas reversíveis: fatores 6H e 5T.
4. Realizar intervenções específicas ou tratamentos medicamentosos de emergência:

### PACIENTE HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL

- Paciente que apresenta taquicardia com pulso e perfusão adequadas;
- Padrão em pediatria: QRS normal/estrito:  $\leq 0,09$  s; QRS largo:  $> 0,09$  s;
- Estabelecer conduta para as seguintes padrões de arritmias:

**Taquicardia com QRS normal/estrito:** arritmias atriais (como *flutter*), taquicardia sinusal (TS) e taquicardia supraventricular (TSV).

- **Taquicardia sinusal (TS):**
  - histórico compatível com causa conhecida: geralmente decorre de febre, resposta fisiológica ao estresse e medo, exercício físico, dor, ansiedade, anemia, hipovolemia, desidratação, efeito de toxinas/venenos/drogas (beta-agonistas); ou pode decorrer de causas menos comuns, como tamponamento cardíaco, pneumotórax hipertensivo, tromboembolismo;
  - FC é geralmente  $< 220$  bpm no bebê e  $< 180$  bpm na criança;
  - características do ECG: ondas P presentes e normais, FC varia de acordo com a atividade ou a estimulação do paciente, intervalo R-R variável, mas com P-R constante e normal;

Elaboração: Abril/2018

APed 16 – Taquiarritmia com pulso  
Este protocolo foi atualizado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/4



**APed  
16**

**Protocolo Samu 192  
Protocolos de Emergências Pediátricas  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**

**APed 16 – Taquiarritmia com pulso**

- DEVE SER TRATADA A CAUSA, pois a taquicardia, nesse caso, é um sintoma. NÃO tentar baixar a FC com intervenções farmacológicas ou elétricas.
- Taquicardia supraventricular (TSV):
  - histórico de sintomas vagos ou palpitações com início súbito e sem história compatível com TS;
  - FC em geral  $\geq 220$  bpm no bebê e  $\geq 180$  bpm na criança;
  - características ao ECG: ondas P ausentes/anormais, FC não varia com a atividade ou a estimulação do paciente, intervalo R-R frequentemente constante, QRS estreito em mais de 90% dos casos;
  - no paciente estável, considerar a realização de **manobra vagal**;
  - realizar monitorização cardíaca continuamente, antes e depois das manobras;
  - se o ritmo não reverter e o paciente permanecer estável, **repetir** a tentativa de **manobra vagal**;
  - se a segunda tentativa falhar, realizar tratamento medicamentoso;
  - administrar **adenosina** na dose de 0,1 mg/kg (0,03 mL/kg), máximo de 6 mg (2 mL), em bólus IV/IO rápido, seguido imediatamente de *flush* de 5-10 mL de solução salina 0,9% (**técnica de lavagem rápida com duas seringas em um conector I**).
  - ATENÇÃO: diminuir a dose inicial de adenosina para pacientes em tratamento com carbamazepina ou dipiridamol ou naqueles com coração transplantado.
  - se a adenosina for eficaz, haverá reversão para ritmo sinusal em 15 a 30 segundos após a administração;
  - se a TSV não reverter: administrar a **segunda dose de adenosina**, de 0,2 mg/kg (0,06 mL/kg), máximo de 12 mg (4 mL), em bólus IV/IO rápido, seguido imediatamente de *flush* de 5-10 mL de solução salina 0,9% (**técnica de lavagem rápida com duas seringas**);
  - se a TSV não responder à administração de duas doses de adenosina e o paciente permanecer hemodinamicamente estável, é melhor removê-lo para o hospital e consultar um especialista (cardiologista pediátrica), realizando controles frequentes durante o transporte.

**Taquicardia com QRS largo (> 0,09 s):** taquicardia ventricular (TV) = maior probabilidade – ou TSV com condução intraventricular aberrante.

- Se o paciente estiver hemodinamicamente estável, é recomendável removê-lo para o hospital e consultar logo um especialista (cardiologista pediátrica), realizando controles frequentes durante o transporte;
- Pesquisar e tratar causas reversíveis;
- Considerar a conversão farmacológica com **amiodarona**: 5 mg/kg IV/IO (máximo de 300 mg), com infusão lenta em 20 a 60 minutos. Se o paciente estiver hemodinamicamente estável, é recomendável consultar um especialista antes de usar a amiodarona.  
ATENÇÃO: interromper ou reduzir a velocidade de infusão da amiodarona se ocorrer queda da pressão arterial ou se o QRS alargar ainda mais.
- Considerar a **lidocaína** como alternativa para a amiodarona se houver bomba de infusão disponível: bólus de ataque: 1 mg/kg IV/IO. Manutenção: sucessiva ao bólus, 20 a 50 mcg/kg/min. Repetir bólus se a infusão contínua iniciar mais de 15 minutos após o bólus inicial;
- Se o **ritmo for regular** (intervalo R-R regular) e o **QRS for monomórfico**, a **adenosina** pode ser usada para diferenciar TSV e TV:
  - considerar administrar uma dose de adenosina (0,1 mg/kg, máxima 6 mg) IV/IO rápida, seguido imediatamente de *flush* de 5-10 mL de solução salina 0,9%, pois, se a arritmia for TV, a adenosina não será eficaz, mas também não será nociva, e será eficaz se for TSV com condução aberrante;  
ATENÇÃO: não usar adenosina se o paciente for sabidamente portador de síndrome de Wolff-Parkinson-White.
- Nas **torsades de pointes**: administrar sulfato de magnésio 25 a 50 mg/kg IV/IO (máximo 2 g), em 10 a 20 minutos.

Elaboração: Abril/2016

Este protocolo foi paulado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

APed 16 – Taquiarritmia com pulso

2/4



**APed  
16**

**Protocolo Samu 192**  
**Protocolos de Emergências Pediátricas**  
**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**



## APed 16 – Taquiarritmia com pulso

### PACIENTE HEMODINAMICAMENTE INSTÁVEL:

- Realizar ECG e avaliar rapidamente a duração do QRS, mas sem retardar outros cuidados;
  - Se o QRS estiver normal/estreito:
    - Tratar a causa se for TS;
    - se houver TSV: considerar realizar manobra vagal somente enquanto prepara a cardioversão farmacológica ou elétrica (não retardar o tratamento definitivo para realizar manobra vagal). Se o acesso vascular estiver instalado e a medicação estiver imediatamente disponível, administrar **adenosina** (até duas vezes, se necessário, nas doses acima citadas). Se o acesso IV/IO não estiver prontamente disponível ou se a adenosina for ineficaz, realizar **cardioversão elétrica sincronizada**, sob sedação, se esta não retardar a cardioversão.
  - Se houver taquicardia de QRS largo com pulso e hemodinamicamente instável, realizar **cardioversão elétrica sincronizada IMEDIATAMENTE**;
  - Sempre que possível, administrar sedação (selecionar cuidadosamente a medicação com menos efeitos hemodinâmicos – APed 31), mas sem atrasar a cardioversão elétrica para obtenção de acesso vascular;
  - Cargas recomendadas:
    - iniciar com dose de 0,5 a 1,0 J/kg de peso;
    - caso o ritmo não seja revertido, aumentar a carga para 2 J/kg.
  - Usar as maiores pás (adesivas ou manuais) que couberem no tórax do paciente sem se tocarem;
  - ATENÇÃO:** Redefinir o modo sincronizado (botão "SYNC") do aparelho antes de cada cardioversão sincronizada;
  - Manter atenção para a ocorrência de parada cardiorrespiratória (Protocolo APed 07).
- 5.** Realizar contato com a Regulação Médica para definição do encaminhamento e/ou da unidade de saúde de destino (preferencialmente com serviço de cardiologia pediátrica).

### Observações

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3);
- Atentar para o direito da criança de ter um acompanhante (responsável legal ou outro);
- Manobras vagais utilizadas em pediatria:**
  - colocar bolsa com água e gelo sobre a metade superior da face do bebê ou da criança (sem cobrir nariz e boca, para não obstruir a ventilação) por 15 a 20 segundos;
  - a criança maior pode soprar um canudo estreito ou obstruído;
  - na criança maior também pode ser realizada manobra de Valsalva ou massagem de seio carotídeo;
  - NÃO** realizar pressão ocular, pelo risco de lesão na retina.
- Nos casos de pacientes estáveis (sem sinais de instabilidade hemodinâmica) e sem sintomas importantes, com taquicardias com QRS estreito regular (TSV) sem reversão com adenosina, QRS estreito irregular ou QRS largo, pode-se considerar aguardar a avaliação do cardiologista, sem medicar no atendimento pré-hospitalar (APH);
- TV é incomum em pediatria e, quando ocorre, em geral o paciente apresenta cardiopatia de base;
- ATENÇÃO** ao realizar a cardioversão elétrica: em grande parte dos monitores/ desfibriladores, o modo sincronizado (botão "SYNC") deve ser ativado a cada tentativa de cardioversão sincronizada;
- Lembrar que a infusão rápida de amiodarona pode causar vasodilatação, hipotensão, bloqueio cardíaco ou TV polimórfica;
- Considerar o algoritmo das taquiarritmias com pulso – SAV Pediátrico, a seguir.

Elaboração: Abril/2016

APed 16 – Taquiarritmia com pulso  
Este protocolo foi atualizado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços

3/4

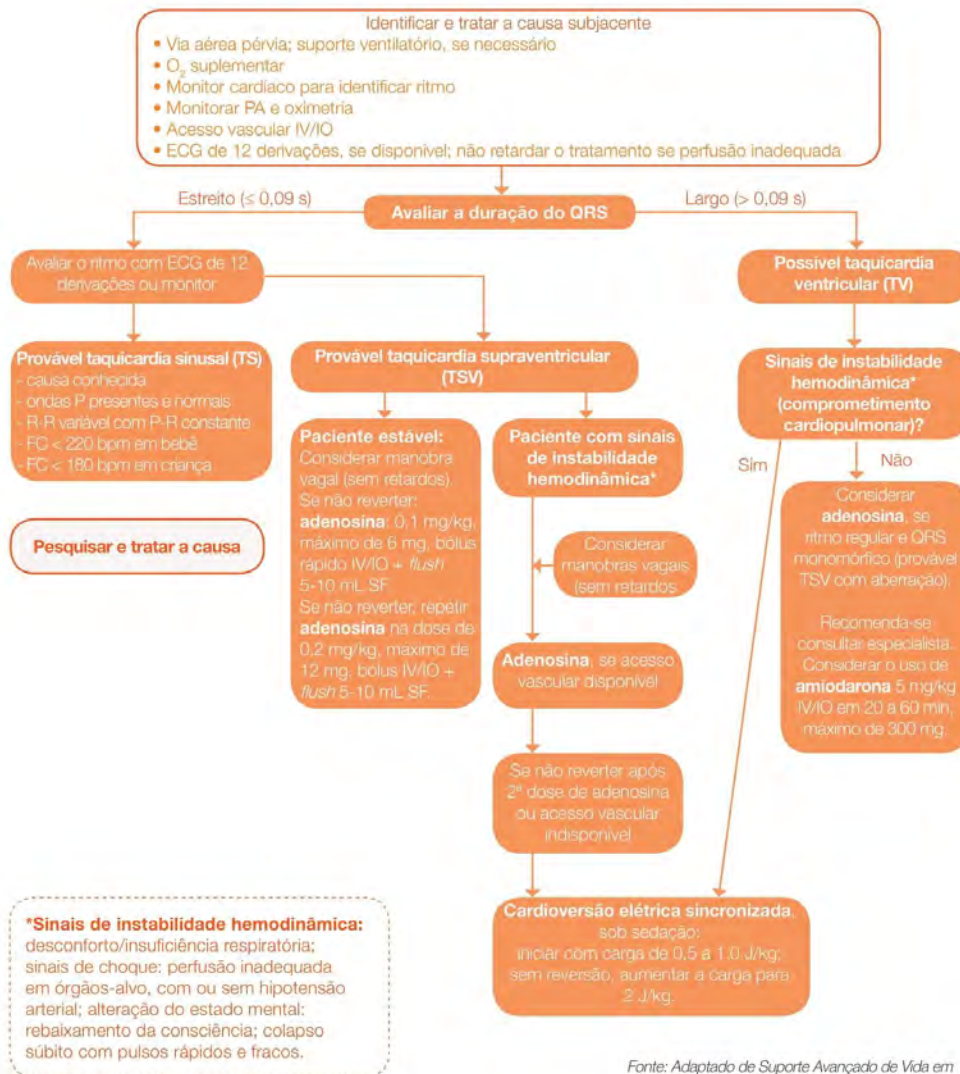


**APed  
16**

**Protocolo Samu 192  
Protocolos de Emergências Pediátricas  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**

**APed 16 – Taquiarritmia com pulso**

Algoritmo de Taquiarritmias com Pulso - Suporte Avançado de Vida em Pediatria



Fonte: Adaptado de Suporte Avançado de Vida em Pediatria (PALS). Manual do Profissional. Edição em português, 2012, pág. 134 e 137.

Elaboração: Abril/2016

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis. Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

APed 16 – Taquiarritmia com pulso

4/4



**APed  
17**
**Protocolo Samu 192  
Protocolos de Emergências Pediátricas  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**

**APed17 – Choque**
**Quando suspeitar ou critérios de inclusão**

- Suspeitar em todas as situações de evidente má perfusão tecidual (periférica ou de órgãos-alvo), mesmo nos casos em que forem observados níveis pressóricos normais.
- Presença de sinais resultantes de mecanismos compensatórios cardiovasculares:
  - Coração: taquicardia (sinal precoce);
  - Aumento da resistência vascular sistêmica:
    - a) Pele: fria, pálida, moteada, sudoreica;
    - b) Circulação periférica: preenchimento capilar retardado (> 2 segundos);
    - c) Pulsos: pulsos periféricos fracos; pressão de pulso estreita (pressão arterial diastólica aumentada).
- Sinais de falência dos mecanismos compensatórios e de disfunção de órgãos-alvo: diminuição do nível de consciência, diminuição do débito urinário, disfunção miocárdica, hipotensão arterial; pode evoluir para colapso cardiovascular e parada cardiorrespiratória.
- Critérios para identificação do tipo de choque:

	SINAIS CLÍNICOS	CHOQUE HIPOVOLÊMICO	CHOQUE DISTRIBUTIVO (SÉPTICO, ANAFILÁTICO OU NEUROGÊNICO)	CHOQUE CARDIOGÊNICO	CHOQUE OBSTRUTIVO
A	Patência	Via aérea aberta e sustentável/não sustentável			
	Frequência respiratória	Aumentada			
B	Esforço respiratório	Normal ou aumentado		Forçado	
	Sons respiratórios	Normal	Normal (+/- crepitações)	Crepitações, gemidos	
	Pressão arterial (PA) sistólica	Choque compensado (PA normal) → Choque hipotensivo			
	Pressão de pulso	Estreita	Variável	Estreita	
	Frequência cardíaca	Aumentada			
C	Qualidade do pulso periférico	Fraco	Oscilante ou fraco	Fraco	
	Pele	Pálida, fria	Quente ou fria	Pálida, fria	
	Preenchimento capilar	Retardado	Variável	Retardado	
	Débito urinário	Reduzido			
D	Nível de consciência	Irritável precoce Letárgico tardio			
E	Temperatura	Variável			

Fonte: Suporte Avançado de Vida em Pediatria. Manual do profissional, 2012, p. 83

Elaboração: Janeiro/2016

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis. Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

APed17 – Choque

1/4



**APed  
17**

**Protocolo Samu 192  
Protocolos de Emergências Pediátricas  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**

**APed17 – Choque**

**Conduta**

- 1. Realizar impressão inicial e avaliação primária (Protocolo APed 2), com ênfase para:**
  - Impressão inicial: nível de consciência, padrão respiratório e coloração da pele;
  - Assegurar permeabilidade de vias aéreas;
  - Avaliar necessidade de instalação de via aérea avançada e de ventilação com pressão positiva;
  - Avaliar oximetria de pulso e administrar alta concentração de oxigênio (O<sub>2</sub>) (máscara não reinhalante) se saturação de O<sub>2</sub> < 94%;
  - Avaliar pulsos (amplitude e simetria), tempo de enchimento capilar, pele (coloração e temperatura), PA;
  - Se presentes sinais de perfusão inadequada: instalar precocemente acesso venoso periférico ou considerar punção intraóssea (IO) após duas tentativas sem sucesso em 90 segundos;
  - Avaliar nível de consciência;
  - Realizar a prevenção da hipotermia: manter temperatura adequada da ambulância, remover roupas molhadas e usar manta térmica aluminizada ou cobertor.
- 2. Realizar avaliação secundária (Protocolo APed 3), com ênfase para:**
  - Entrevista SAMPLE e identificação de possíveis causas;
  - Avaliar glicemia capilar e corrigir hipoglicemia, se presente (Protocolo APed 2.5);
  - Monitorar PA, frequência cardíaca, oximetria de pulso, tempo de enchimento capilar, glicemia capilar e diurese (se possível);
  - Posicionar o paciente:
    - Quadro clínico estável (consciente e hemodinamicamente estável): permitir que permaneça em posição confortável;
    - Quadro clínico instável: se paciente hipotenso, colocar na posição de Trendelenburg (cabeça 30° abaixo dos pés), exceto se a respiração estiver comprometida;
  - Realizar exame físico detalhado;
  - Tentar identificar a causa do choque e iniciar tratamento específico.
- 3. Iniciar precocemente a ressuscitação com fluidos:**
  - Administrar cristalóide isotônico [soro fisiológico (SF) ou ringer lactato (RL)] em *bolus* de 20 mL/kg, intravenoso (IV)/IO, em 5 a 20 minutos. Reavaliar e repetir, se necessário, *bolus* de 20 mL/kg, para restaurar a PA e perfusão tecidual;
  - Nos casos de choque cardiogênico, usar *bolus* de fluidos menores: 5 a 10 mL/kg, IV/IO, administrados em 10 a 20 minutos;
  - No choque séptico: administrar 1 *bolus* de 20 mL/kg e reavaliar cuidadosamente o paciente antes de infundir outro *bolus* de cristalóide, devido à miocardiodepressão.
- 4. Monitorizar: saturação de O<sub>2</sub>, frequência cardíaca, PA, nível de consciência, temperatura, tempo de enchimento capilar, débito urinário (se possível).**
- 5. Executar reavaliações frequentes:**
  - Determinar a resposta ao tratamento;
  - No choque cardiogênico, avaliar repetidamente se há sinais de piora do quadro respiratório durante a infusão de fluidos (possível edema pulmonar).
- 6. Realizar contato com a Regulação Médica para definição de encaminhamento e/ou unidade de saúde de destino.**

Elaboração: Janeiro/2016

APed17 – Choque  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

2/4



APed  
17

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Emergências Pediátricas  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA



## APed17 – Choque

### Observações

- Considerar as 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- Atentar para o direito da criança de ter um acompanhante (responsável legal ou outro).
- No paciente que apresenta choque compensado associado a cetoacidose diabética, a administração rápida de cristalóide pode contribuir para o risco de edema cerebral. Esses pacientes devem receber volume de 20 mL/kg em 60 minutos – ver Protocolo APed 24 (Hiperglicemia).
- Pacientes com intoxicação por bloqueadores de canal de cálcio ou bloqueadores  $\beta$ -adrenérgicos podem apresentar disfunção miocárdica e devem receber volume de forma criteriosa, como no choque cardiogênico.
- Em caso de transporte prolongado e com evidência de choque séptico refratário a fluidos, considerar a administração de uma dose de hidrocortisona: 1 a 2 mg/kg, IV em *bolus* (dose máxima de 100 mg).
- No choque hipovolêmico, considerar, para fins de terapêutica, o tipo de volume perdido, ou seja, se água e eletrólitos ou sangue. No caso de perda sanguínea, **não perder tempo na cena** e remover para o hospital o mais rápido possível, para que o paciente possa receber concentrado de hemácias.
- Em todas as situações de choque, atentar para a necessidade de monitorização e eventual correção de hipoglicemia.

Elaboração: Janeiro/2016

APed17 – Choque  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

3/4





**APed  
17**
**Protocolo Samu 192**  
**Protocolos de Emergências Pediátricas**  
**SUORTE AVANÇADO DE VIDA**
**APed17 – Choque**
**FLUXOGRAMA DE TRATAMENTO DO CHOQUE NO PACIENTE PEDIÁTRICO**

- Administrar oxigênio
- Monitorizar oximetria de pulso
- Monitorizar eletrocardiograma
- Instalar acesso IV/IO
- Realizar suporte básico de vida conforme indicação
- Avaliar glicemia capilar

**CHOQUE HIPOVOLÊMICO**

Tratamento específico de determinadas condições

**Não hemorrágico**

- Infundir *bolus* de 20 mL/kg de SF/RL, repetir conforme a necessidade

**Hemorrágico**

- Controlar hemorragia externa
- Infundir *bolus* de 20 mL/kg de SF/RL, repetir 2 a 3 vezes, conforme necessidade
- Considerar necessidade de transfusão de concentrado de hemácias, o mais rápido possível\* **NÃO PERDER TEMPO NA CENA**

**CHOQUE DISTRIBUTIVO**

Tratamento específico de determinadas condições

**Séptico**

- Infundir 1 *bolus* de 20 mL/kg SF/RL
- Reavaliar cuidadosamente o paciente antes de repetir *bolus*
- Administrar drogas vasoativas, se indicado\*

**Anafilático (Protocolo APed 26)**

- Administrar:
- Epinefrina intramuscular
- *Bolus* de fluidos (20 mL/kg de SF/RL)
- Salbutamol
- Corticosteroide
- Infusão de epinefrina (se bomba de infusão disponível)

**Neurogênico**

- Infundir *bolus* de 20 mL/kg de SF/RL, repetir conforme a necessidade
- Administrar vasopressor, se disponível

**CHOQUE CARDIOGÊNICO**

Tratamento específico de determinadas condições

**Bradiarritmia/taquiarritmia**

- Algoritmo de tratamento:
- Bradicardia (APed 15)
- Taquiarritmias com perfusão inadequada (APed 15)

**Outro (insuficiência cardíaca congestiva, miocardite, cardiomiopatia, intoxicação)**

- Infundir *bolus* de 5 a 10 mL/kg de SF/RL, repetir conforme a necessidade e controlar padrão respiratório
- Considerar consulta a um especialista\*
- Administrar droga vasoativa, se indicado\*

**CHOQUE OBSTRUTIVO**

Tratamento específico de determinadas condições

**Tensão do tórax por pneumotórax**

- Descompressão com agulha (Protocolo APed 45)
- Drenagem torácica

**Outros (tamponamento cardíaco, embolia pulmonar)**

- Infundir *bolus* de 5 a 10 mL/kg de SF/RL, repetir conforme a necessidade e controlar padrão respiratório
- Considerar consultar um especialista\*

(\*) Condutas a serem adotadas no ambiente intra-hospitalar

Elaboração: Janeiro/2016

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis. Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

APed17 – Choque

4/4

**APed  
18**

**Protocolo Samu 192**  
**Protocolos de Emergências Pediátricas**  
**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**



## APed18 – Insuficiência respiratória aguda

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão

Paciente com dificuldade respiratória ou alteração de ritmo e/ou frequência ventilatória, de início súbito ou como evolução de um desconforto respiratório, e de gravidade variável.

Sinais e sintomas de gravidade:

- Alteração do nível de consciência (agitação, confusão, sonolência, inconsciência);
- Cianose;
- Uso de musculatura acessória: batimento de asa de nariz, retrações subcostais e/ou de fúrcula esternal;
- Dificuldade na fala (frases curtas e monossilábicas);
- Alteração na frequência cardíaca (bradicardia ou taquicardia  $> 140$  bpm); e
- Hipoxemia ( $\text{SatO}_2 < 90\%$ ).

### Conduta

#### 1. Realizar impressão inicial e avaliação primária (Protocolo APed2) com ênfase para:

- Manter a permeabilidade da via aérea; aspirar secreções se necessário;
- Considerar a possibilidade de obstrução de vias aéreas por corpo estranho;
- Manter o paciente em decúbito elevado, em graus variáveis, de acordo com a intensidade do desconforto respiratório, permitindo que assuma uma posição de conforto;
- Avaliar parâmetros da ventilação:
  - frequência respiratória: lembrar que frequência menor do que 10 ou maior do que 60 ipm, em qualquer idade pediátrica, sugere problema potencialmente grave;
  - sinais de esforço respiratório: batimento de asa nariz; retração subcostal, subesternal, intercostal, supraclavicular e supraesternal; inspiração e expiração prolongadas; respiração em balançim; meneios da cabeça; gemência;
  - expansão e simetria torácica;
  - ausculta pulmonar;
  - avaliar oximetria de pulso e administrar  $\text{O}_2$  suplementar por máscara não-reinalante 10 a 15 L/min. se  $\text{SatO}_2 < 94\%$ ;
  - considerar suporte ventilatório (máscara com reservatório, bolsa-valva-máscara, dispositivos supraglóticos ou intubação orotraqueal);
- Critérios para indicação de intubação orotraqueal e ventilação assistida: presença de hipoxemia refratária ( $\text{SatO}_2 < 90\%$  persistente), instabilidade hemodinâmica, rebaixamento do nível de consciência, evolução para exaustão e fadiga da musculatura respiratória;
- Instalar acesso vascular, se indicado;
- Avaliar o nível de consciência: se escala de Glasgow  $\leq 8$ , instalar via aérea avançada.

#### 2. Realizar avaliação secundária (Protocolo APed3) com ênfase para:

- Monitorar o padrão respiratório (frequência, amplitude e assimetria) e ruídos respiratórios;
- Monitorizar oximetria, frequência e ritmo cardíaco, pressão arterial;
- Realizar entrevista SAMPLE.

#### 3. Realizar tratamento medicamentoso específico, quando indicado:

- laringotraqueíte aguda: Protocolo APed19;
- anafilaxia: Protocolo APed26;
- OVACE: Protocolo APed4 e Aped5;
- exacerbação da asma: Protocolo APed20.

Elaboração: Janeiro/2016

APed18 – Insuficiência respiratória aguda  
Este protocolo foi atualizado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/2



**APed  
18**

**Protocolo Samu 192**  
**Protocolos de Emergências Pediátricas**  
**SUORTE AVANÇADO DE VIDA**

### APed18 – Insuficiência respiratória aguda

4. Estar atento à possibilidade de parada respiratória (Protocolo APed6) ou PCR (Protocolo APed7).
5. Realizar contato com a regulação Médica para definição do encaminhamento e/ou unidade de saúde de destino.
6. Registrar achados e procedimentos na ficha/boletim de ocorrência.

#### Observações

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- Atentar para o direito da criança de ter um acompanhante (responsável legal ou outro).
- Para determinar a frequência respiratória no paciente pediátrico, deve-se contar por 30 segundos e multiplicar por dois, para evitar imprecisões.
- Lembrar que bebês que apresentam cardiopatia congênita cianótica podem ter  $\text{SatO}_2$  basal muito baixa, em decorrência da patologia de base, não por insuficiência respiratória.
- Tentar, por meio de intervenções apropriadas, evitar que um desconforto respiratório evolua para insuficiência respiratória aguda.
- Definições:
  - Desconforto respiratório: caracterizado por frequência respiratória anormal e esforço, que podem variar em intensidade. Os sinais clínicos são: taquipneia, esforço respiratório elevado (batimento de asa de nariz, retrações), esforço respiratório inadequado (hipoventilação, bradipneia), sons anormais nas vias aéreas (estridor, sibilos, gemidos), taquicardia, pele pálida e fria, alterações do nível de consciência.
  - Insuficiência respiratória: estado de oxigenação e/ou ventilação inadequada, podendo ser o estágio final do desconforto respiratório. Sinais clínicos: taquipneia nítida (precoce); bradipneia/apneia (tardias); esforço respiratório elevado, reduzido ou ausente; movimento de ar distal débil ou ausente; taquicardia (precoce), bradicardia (tardia); cianose; estupor/coma (tardio).
- Se o paciente for considerado crítico, o tempo de permanência na cena deve ser o mínimo possível.

Elaboração: Janeiro/2016

APed18 – Insuficiência respiratória aguda  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

2/2



**APed  
19**

**Protocolo Samu 192  
Protocolos de Emergências Pediátricas  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**



## APed19 – Laringotraqueíte aguda

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão

Na presença de rouquidão, tosse ladrante (“tosse de cachorro”), estridor inspiratório independentemente da posição, graus variados de desconforto respiratório, taquipneia, tiragem; cianose nos casos mais graves; sem aparência toxemiada.

CRITÉRIOS CLÍNICOS DE GRAVIDADE	
<b>Leve</b>	Tosse ladrante esporádica, sem estridor audível em repouso (audível somente com agitação), sem tiragens
<b>Moderado</b>	Tosse ladrante frequente, estridor facilmente audível em repouso, retrações supraesternal e esternal presentes em repouso, sem agitação ou angústia, boa entrada de ar à ausculta dos campos pulmonares periféricos
<b>Grave</b>	Tosse ladrante frequente, estridor inspiratório proeminente e expiratório ocasional, tiragens importantes, agitação significativa e angústia, entrada de ar reduzida à ausculta pulmonar
<b>Iminente falência respiratória</b>	Tosse ladrante (pode não ser proeminente), estridor audível em repouso (pode ser difícil de ouvir), retrações esternais (podem não ser tão acentuadas se houver insuficiência do esforço respiratório), letargia, diminuição do nível de consciência, cianose ou palidez, movimento de ar deficiente à ausculta

Fontes: 1. Alberta Clinical Practice Guideline Working Group, 2008; 2. Suporte Avançado de Vida em Pediatria (PALS). Professional Manual. Edição em português, 2012, pg 51.

### Conduta

- 1. Realizar Impressão inicial e avaliação primária (Protocolo APed2), com ênfase para:**
  - Avaliar o nível de consciência;
  - Avaliar parâmetros da ventilação;
  - Manter o paciente em decúbito elevado, em graus variáveis, de acordo com a intensidade do desconforto respiratório; e
  - Considerar a possibilidade de obstrução de vias aéreas por corpo estranho (OVACE) (Protocolo APed4 e APed5).
- 2. Realizar avaliação secundária (Protocolo APed3), com ênfase para:**
  - Avaliar o padrão respiratório (frequência, amplitude e simetria) e ruídos respiratórios;
  - Avaliar oximetria; e
  - Realizar entrevista SAMPLE.
- 3. Oferecer oxigênio (O<sub>2</sub>) suplementar por máscara não-reinalante 10 a 15 L/min se saturação de O<sub>2</sub> < 94%.**

Elaboração: Janeiro/2016

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis. Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

APed19 – Laringotraqueíte aguda

1/2



**APed  
19**

**Protocolo Samu 192  
Protocolos de Emergências Pediátricas  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**

**APed19 – Laringotraqueíte aguda**

4. Manter a criança no colo da mãe ou responsável, em posição de conforto.
5. Minimizar intervenções e não realizar manipulações desnecessárias, para evitar agitação e choro.
6. Administrar dexametasona via intramuscular:
  - Casos com sintomas leves: 0,3 mg/kg (0,075 mL/kg) dose única, máximo de 10 mg;
  - Casos com sintomas moderados ou graves e nas crianças com história de prévia manipulação da via aérea superior: 0,6 mg/kg (0,15 mL/kg), dose única, máximo de 10 mg.
7. Nos casos com sintomas moderados ou graves: realizar inalação com 5 mL de epinefrina 1:1000 (cinco ampolas), sem diluição.
8. Estar atento à possibilidade de parada respiratória (Protocolo APed6) ou parada cardiorrespiratória (Protocolo APed7).
9. Realizar contato com a Regulação Médica para definição do encaminhamento e/ou unidade de saúde de destino.
10. Registrar achados e procedimentos na ficha/boletim de ocorrência.

**Observações**

- Considerar as 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- Atentar para o direito da criança de ter um acompanhante (responsável legal ou outro).
- Se o paciente for considerado crítico, o tempo de permanência na cena deve ser o mínimo possível.
- Lembrar-se da limitada duração da ação da epinefrina e da possibilidade de recorrência dos sintomas ("efeito rebote"), o que pode ocorrer no período de 2 a 4 horas após a inalação; por esse motivo, é obrigatório o transporte desse paciente para a Unidade de Saúde, onde deverá permanecer em observação por pelo menos 4 horas.
- A inalação com epinefrina poderá ser repetida em caso de efeito rebote, principalmente nos transportes prolongados.
- Contraindicação relativa ao uso da epinefrina: obstrução do fluxo de saída ventricular (p. ex.: Tetralogia de Fallot).
- A intubação orotraqueal raramente será necessária, devendo, se for o caso, ser realizada em ambiente hospitalar, com cânula traqueal de tamanho menor que o previsto para a idade do paciente.

Elaboração: Janeiro/2016

APed19 – Laringotraqueíte aguda  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

2/2



**APed  
20**
**Protocolo Samu 192  
Protocolos de Emergências Pediátricas  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**

**APed20 – Exacerbação da asma na criança**
**Quando suspeitar ou critérios de inclusão**

Paciente pediátrico que apresente episódios repetidos de sibilância e que melhore com uso de drogas broncodilatadoras.

**Classificação da gravidade da crise asmática**

ACHADO	LEVE A MODERADA	GRAVE	MUITO GRAVE
<b>Impressão clínica Geral</b>	Sem alterações	Sem alterações	Cianose, sudorese, exaustão
<b>Estado mental</b>	Normal	Normal ou agitação	Agitação, confusão, sonolência
<b>Dispneia</b>	Ausente/leve	Moderada	Intensa
<b>Fala</b>	Frases completas	Frases incompletas/parciais No bebê: choro curto, dificuldade alimentar	Frases curtas ou monossilábicas No bebê: dificuldade alimentar
<b>Musculatura acessória</b>	Retração leve ou ausente	Retrações acentuadas	Retrações acentuadas ou em declínio (exaustão)
<b>Sibilos</b>	Ausentes com MV normal/ localizados ou difusos	Localizados ou difusos	Ausentes com MV/ localizados ou difusos
<b>Frequência respiratória (ipm)</b>	Normal ou aumentada	Aumentada	Aumentada
<b>Frequência cardíaca (bpm)</b>	< 110	> 110	> 140 ou bradicardia
<b>SatO<sub>2</sub> (ar ambiente)</b>	>95%	91-95%	≤ 90%

MV = murmúrio ventricular; ipm = incursões por minuto; bpm = batimentos por minuto; SatO<sub>2</sub> = saturação de oxigênio.  
Fonte: Adaptado de Diretrizes da SBPT para o Manejo da Asma. J Bras Pneumol 2012;38(Supl 1):S23.

**Conduta**

1. Observar impressão inicial e realizar avaliação primária (Protocolo APed2), com ênfase para:
  - Manter o paciente em posição confortável;
  - Padrão respiratório: sinais de esforço respiratório;
  - Oximetria de pulso;
  - Sinais vitais.
2. Oferecer oxigênio (O<sub>2</sub>) suplementar por máscara com reservatório se saturação de oxigênio (SatO<sub>2</sub>) < 94%.

Elaboração: Janeiro/2016

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis. Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

APed20 – Exacerbação da asma na criança

1/2



**APed  
20**

**Protocolo Samu 192  
Protocolos de Emergências Pediátricas  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**

**APed20 – Exacerbação da asma na criança**

3. Realizar avaliação secundária (Protocolo Aped3) com ênfase para:
  - Coletar história SAMPLE;
  - Realizar monitorização cardíaca e de oximetria de pulso, nos casos graves ou muito graves;
  - Caracterizar crises prévias e a atual: fatores desencadeantes, intensidade, duração, progressão dos sintomas e internações anteriores com o mesmo quadro.
4. Instalar acesso vascular somente nos casos graves ou muito graves.
5. Realizar abordagem medicamentosa:
  - Beta-2 agonista de curta duração: **Salbutamol aerossol dosimetrado acoplado a espaçador e máscara.**  
Dose: quatro a oito jatos (400 a 800 mcg), a cada 20 minutos se necessário, até três vezes;
  - Alternativa ao salbutamol: **nebulização com fenoterol.**  
Dose: uma gota para cada 3 kg de peso, máximo de 10 gotas, diluídas em 3-5 mL de soro fisiológico, sob inalação por máscara com O<sub>2</sub> 5 a 6 L/min. Pode ser repetida a cada 20 minutos, até três nebulizações;
  - Na crise grave, associar ao beta-2 agonista:
    - **Brometo de ipratrópio:** nas seguintes doses:
      - até 10 kg de peso: 10 gotas
      - 11 a 30 kg: 20 gotas
      - > 30 kg: 40 gotas
      - na nebulização com fenoterol ou em nebulização com 5 mL de soro fisiológico após o uso do salbutamol aerossol;
  - Nos casos graves ou muito graves, instalar acesso vascular no APH e administrar **corticosteroide** (deve ser usado na primeira hora):
    - Hidrocortisona: 4 mg/kg, intravenosa, máximo 250 mg;
  - Nos casos graves ou muito graves, refratários à terapêutica inalatória, considerar a administração de **sulfato de magnésio**; Dose de 25 a 75 mg/kg (máximo de 2 g), em infusão lenta de 20-30 minutos (uma ampola = 10 mL = 5 g), intravenoso; diluir a uma concentração de 50 mg/mL.
6. Realizar contato com a Regulação Médica para definição de encaminhamento e/ou unidade de saúde de destino.
7. Registrar achados e procedimentos na ficha/boletim de ocorrência.

**Observações**

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- A água destilada NÃO deve servir como veículo nas nebulizações, devido ao risco de agravamento do quadro.
- Indicações para intubação traqueal e ventilação assistida: presença de hipoxemia refratária (SatO<sub>2</sub> < 90% persistente), instabilidade hemodinâmica, rebaixamento do nível de consciência, evolução para exaustão e fadiga da musculatura respiratória.
- Manter a criança próxima dos pais ou cuidadores durante as nebulizações para evitar agitação, exceto se houver indicação de ventilação assistida ou procedimento invasivo.
- Aminofilina NÃO tem indicação como tratamento inicial no APH.

Elaboração: Janeiro/2016

APed20 – Exacerbação da asma na criança  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

2/2



**APed  
21**

**Protocolo Samu 192**  
**Protocolos de Emergências Pediátricas**  
**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**



## APed21 – Rebaixamento do nível de consciência

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão

Paciente pediátrico não reativo/irresponsivo aos estímulos externos (verbais, táteis e/ou dolorosos).

### Conduta

1. Realizar a impressão inicial, com ênfase para responsividade e padrão respiratório.
2. Se o paciente não responde, avaliar a expansibilidade torácica.
3. Se o paciente não responde e não respira ou apresenta *gasping*, checar pulso central.
  - Se pulso presente, considerar a possibilidade de obstrução de via aérea ou reportar-se ao Protocolo de Parada Respiratória (APed6);
  - Se pulso ausente ou < 60bpm, reportar-se ao Protocolo de PCR e RCP (APed7).
4. Se o paciente não responde e respira, proceder a Avaliação Primária (A, B, C, D, E).
5. Realizar a avaliação primária (Protocolo APed2), com ênfase para :
  - manter a permeabilidade das vias aéreas, realizando aspiração se necessário;
  - avaliar o padrão respiratório;
  - avaliar oximetria e instalar oxigênio sob máscara não reinalante, se  $\text{SatO}_2 < 94\%$ ;
  - manter ventilação adequada; considerar suporte ventilatório se necessário;
  - avaliar glicemia capilar precocemente e tratar hipoglicemia, se presente;
  - avaliar tempo de enchimento capilar e coloração da pele;
  - avaliar sinais vitais (Protocolo APed1 Parâmetros Pediátricos);
  - instalar acesso vascular IV ou IO e repor volume, se indicado;
  - avaliar pela Escala de Coma de Glasgow (Protocolo APed1 Parâmetros Pediátricos): se resultado  $\leq 8$ , instalar via aérea avançada, preferencialmente intubação orotraqueal;
  - avaliar pupilas.
6. Realizar a avaliação secundária (Protocolo APed3), com ênfase para :
  - SAMPLE: complementando com dados de história que possam indicar intoxicação, trauma, crise convulsiva e maus tratos;
  - realizar exame físico detalhado, com atenção para a presença de abaulamento de fontanela e/ou de sinais meníngeos, além de lesões pelequiais ou púrpuras em pele;
  - sempre buscar por possíveis lesões sugestivas de maus tratos;
  - monitorar oximetria, frequência e ritmo cardíacos, sinais vitais, glicemia capilar.
7. Reconhecer e tratar causas reversíveis, conforme protocolos específicos.
8. Realizar contato com a Regulação Médica para definição do encaminhamento e/ou unidade de saúde de destino.
9. Registrar achados e procedimentos na ficha/boletim de ocorrência.

Elaboração: Janeiro/2016

APed21 – Rebaixamento do nível de consciência

Este protocolo foi atualizado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/2





**APed  
21**

**Protocolo Samu 192**  
**Protocolos de Emergências Pediátricas**  
**SUORTE AVANÇADO DE VIDA**

## **APed21 – Rebaixamento do nível de consciência**

### **Observações**

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3)
- Atentar para o direito da criança de ter um acompanhante (responsável legal ou outro).
- Conceitualmente a inconsciência é o estado de desconhecimento de si próprio e do ambiente, caracterizado pela ausência de alerta/responsividade após estímulos externos.
- Principais causas de alteração do estado mental no paciente pediátrico: lesão cerebral difusa decorrente de trauma, alterações metabólicas (hipóxia, hipoglicemia, distúrbio hidroeletrólítico e/ou do equilíbrio ácido-base), infecções (meningite, meningoencefalite, infecção sistêmica), crise convulsiva, intoxicações, perfusão cerebral deficiente.
- A presença de ferimentos em lábios e/ou língua ou de liberação de esfíncteres podem sugerir estado pós-convulsivo.
- Considerar a possibilidade de intoxicação na presença de alterações pupilares simétricas.
- Obter informações com acompanhantes ou outras testemunhas.
- Assegurar via aérea definitiva aos pacientes com Escala de Coma Glasgow  $\leq 8$ .
- Lembrar que no estado pós-comicial inicial pode ocorrer rebaixamento temporário do nível de consciência, inclusive com Glasgow  $< 8$ , e que, nesse caso, não há indicação formal para intubação orotraqueal; exceto em caso de estado de mal epiléptico.

Elaboração: Janeiro/2016

APed21 – Rebaixamento do nível de consciência  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

2/2



**APed  
22**

**Protocolo Samu 192**  
**Protocolos de Emergências Pediátricas**  
**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**



## APed22 – Crise convulsiva

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão

- Súbita perda da consciência, acompanhada de contrações musculares involuntárias, cianose, sialorreia, lábios e dentes cerrados;
- Eventual liberação esfinteriana caracterizada por incontinência fecal e urinária;
- Na fase pós-convulsiva: sonolência, confusão mental, agitação, flacidez muscular e cefaleia, sinais de liberação esfinteriana, informação de pessoa que presenciou o evento.

### Conduta

- 1. Observar impressão inicial e realizar avaliação primária (Protocolo APed 2, com ênfase para:**
  - Avaliar responsividade;
  - Aspirar secreções, se necessário;
  - Manter permeabilidade de vias aéreas.
- 2. Realizar avaliação secundária (Protocolo APed 3), com ênfase para:**
  - Monitorizar ritmo cardíaco, oximetria de pulso e sinais vitais;
  - Avaliar glicemia capilar (corrigir se necessário – Protocolo APed 25)
  - Entrevista SAMPLE;
  - Proteger o paciente para evitar traumas adicionais, principalmente na cabeça;
  - Prevenir hipotermia.
- 3. Instalar acesso venoso periférico.**
- 4. Realizar abordagem medicamentosa:**
  - Oferecer oxigênio (O<sub>2</sub>) suplementar sob máscara não reinalante, se saturação de O<sub>2</sub> < 94%;
  - Deve ser iniciado o uso de medicamentos apenas nas crises com duração superior a 5 minutos;
  - Na crise com duração superior a 5 minutos, administrar **diazepam**:
    - Dose por via intravenosa (IV)/intraóssea (IO): 0,3 a 0,5 mg/kg/dose (0,06 a 0,1 mL/kg/dose), máximo de 10 mg/dose; não exceder velocidade de infusão de 1 mg/kg/min;
    - Dose por via retal (se acesso vascular não obtido): 0,5 a 1 mg/kg/dose (0,1 a 0,2 mL/kg/dose), máximo de 10 mg/dose;
    - Interromper a administração se cessar a crise;
    - Repetir por duas vezes, intervalos de 5 a 15 minutos, se necessário;
    - Início de ação: 1 a 3 minutos (via retal: 2 a 6 minutos);
    - Apresentação: uma ampola = 2 mL = 10 mg (0,1 mL = 0,5 mg).
  - 2ª escolha: **midazolam**. Dependendo da via de administração:
    - IV/IO: 0,15 a 0,3 mg/kg/dose (0,03 a 0,06 mL/kg/dose), máximo de 5 mg/dose;
    - Intramuscular (IM): 0,2 mg/kg/dose (0,04 mL/kg/dose), máximo de 5 mg/dose, se acesso venoso não obtido;
    - Intranasal: 0,3 mg/kg/dose (0,06 mL/kg/dose), máximo de 7,5 mg/dose; usar metade em cada narina (aumenta a superfície de absorção) e usar a apresentação mais concentrada disponível (5 mg/mL);
    - Repetir por duas vezes se necessário;
    - Apresentação: uma ampola = 3 mL = 15 mg (1 mL = 5 mg).

Elaboração: Janeiro/2016

Este protocolo foi paulado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

APed22 – Crise Convulsiva

1/3



**APed  
22**

**Protocolo Samu 192**  
**Protocolos de Emergências Pediátricas**  
**SUORTE AVANÇADO DE VIDA**

### APed22 – Crise convulsiva

5. Conduta no estado de mal epiléptico (EME): se após as medidas descritas acima a crise persistir ou não houver recuperação da consciência entre crises sucessivas, administrar:
  - **Fenitoína:**
    - Dose de ataque: 20 mg/kg/dose (0,4 mL/kg/dose) IV, com velocidade máxima de infusão de 1 mg/kg/minuto, diluída em solução salina 0,9% ou água destilada;
    - Início de ação: 10 a 30 minutos;
    - Manter monitorização cardíaca;
    - **Em criança que já faz uso da droga, não efetuar dose de ataque;** usar outra medicação ou utilizar dose de 5 a 10 mg/kg (0,1 a 0,2 mL/kg).
  - Se a crise persistir após a dose máxima de fenitoína, utilizar **fenobarbital em solução aquosa:**
    - Dose de 20 mg/kg (0,2 mL/kg) IV ou IO lento;
    - Pode ser diluído em igual volume de solução salina 0,9%;
    - Velocidade máxima de infusão de 30 mg/minuto;
    - Se persistir a crise, administrar nova dose de 10 mg/kg (0,1 mL/kg) IV ou IO lento.
  - Se a crise persistir após o fenobarbital e se houver bomba de infusão disponível, administrar **midazolam IV/IO contínuo**, na dose de 0,2 mg/kg de ataque (máximo de 5 mg), seguida de infusão contínua de 0,1 a 0,2 mg/kg/hora.
  - Considerar suporte ventilatório (exige ambiente de terapia intensiva).
  - No período neonatal (até 28 dias de vida): não administrar diazepam. Nessa fase, o tratamento sequencial inclui:
    - Avaliar glicemia capilar e tratar hipoglicemia se indicado (Protocolo APed xx);
    - Droga de primeira linha: **fenobarbital em solução aquosa** 20 mg/kg (0,2 mL/Kg) IV/IO lento; pode ser repetido uma vez, na mesma dose;
    - Se crise persistir: **fenitoína** 20 mg/kg IV/IO;
    - Se crise persistir: **midazolam** 0,2 mg/kg de ataque, IV/IO; seguido de infusão contínua de 0,1 a 0,2 mg/kg/hora no EME refratário, se bomba de infusão disponível.
6. Instalar via aérea avançada a qualquer momento, quando indicado.
7. Realizar contato com a Regulação Médica para definição de encaminhamento e/ou unidade de saúde de destino.

### Observações

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- Atentar para o direito da criança de ter um acompanhante (responsável legal ou outro).
- A crise **convulsiva** ou **epiléptica** pode ser uma manifestação de um processo patológico sistêmico reversível ou de uma disfunção inerente ao sistema nervoso central (SNC).
- O **EME** é a ocorrência de crises epiléticas prolongadas (acima de 5 minutos) ou repetitivas, persistindo por 30 minutos ou mais, que não permitem a recuperação da consciência entre os eventos.
- É recomendado que as condutas para EME sejam adotadas após 5 minutos contínuos de crise ou na ocorrência de duas ou mais crises intermitentes, sem recuperação da consciência entre elas, tendo em vista o risco de danos ao SNC.
- Anotar sempre a frequência, a duração e as características da crise, quando presenciadas, ou obter informações junto aos circundantes e/ou testemunhas quando a crise não for presenciada pela equipe.
- Cuidado com medidas impestivas para evitar a mordedura da língua e lesões dentárias, com consequente hemorragia potencialmente perigosa.

Elaboração: Janeiro/2016

APed22 – Crise Convulsiva  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

2/3



**APed  
22**

**Protocolo Samu 192**  
**Protocolos de Emergências Pediátricas**  
**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**



## APed22 – Crise convulsiva

- Cuidados com a administração de diazepam:
  - Não diluir;
  - Não administrar por via IM;
  - Não administrar se a crise já tiver cessado e o paciente encontrar-se em período pós-convulsivo;
  - Não utilizar no período neonatal (droga de escolha: fenobarbital solução aquosa).
- Cuidados com a administração de fenitoína:
  - Utilizar apenas acesso IV, pois a infusão por via subcutânea ou IM causa necrose;
  - Infusão muito rápida causa bradiarritmias e hipotensão;
  - Não deve ser utilizada em conjunto com solução glicosada;
  - Não administrar dose de ataque em quem já faz uso da droga; nesses casos, utilizar 5 a 10 mg/kg.
- Cuidados na administração de fenobarbital: pode causar parada respiratória, hipotensão arterial e bradicardia.

Elaboração: Janeiro/2016

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

APed22 – Crise Convulsiva

3/3



**APed  
24**

**Protocolo Samu 192**  
**Protocolos de Emergências Pediátricas**  
**SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**



## APed24 – Hiperglicemia

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão

- Cetoacidose diabética: glicemia capilar > 200 mg/dL associada a um ou mais dos seguintes sinais clínicos: fadiga, náuseas, vômitos, hálito cetônico, polidipsia, poliúria, sinais clínicos de desidratação, taquicardia, taquipneia ou respiração de Kussmaul, dor abdominal (frequente), alteração do nível de consciência.
- Estado hiperosmolar hiperglicêmico: paciente sabidamente diabético com glicemia > 600 mg/dL, com história de uso irregular de medicação e/ou transgressão de dieta com sintomas menos exuberantes, com predomínio de poliúria e polidipsia, podendo apresentar alteração variável do nível de consciência (confusão a coma).

### Conduta

1. Realizar impressão inicial e avaliação primária (Protocolo APed2) com ênfase para:
  - Avaliar responsividade;
  - Avaliar o padrão respiratório (taquipneia, respiração de Kussmaul);
  - Avaliar estado hemodinâmico (sinais clínicos de desidratação ou choque);
  - Avaliar sinais vitais;
  - Avaliar consciência (progressiva redução do nível de consciência).
2. Realizar avaliação secundária (Protocolo APed3), com ênfase para:
  - Realizar entrevista SAMPLE e identificar possíveis causas;
  - Avaliar glicemia capilar;
  - Monitorar ritmo cardíaco, oximetria de pulso e sinais vitais.
3. Instalar acesso vascular; se necessário, intraósseo.
4. Iniciar abordagem terapêutica medicamentosa:
  - Oferecer oxigênio suplementar por máscara não reinalante 10 a 15 L/min, se saturação de oxigênio ( $\text{SatO}_2$ ) < 94%;
  - Administrar soro fisiológico, intravenoso/intraósseo, 20 mL/kg em 60 minutos (máximo de 1000 mL), para pacientes que não apresentem sinais de descompensação hemodinâmica;
  - Nos casos de choque, administrar 20 mL/kg a cada 20 minutos, até o desaparecimento dos sinais de choque;
  - Se necessitar de mais volume, administrar soro fisiológico, 10 mL/kg/h, até a hidratação clínica;
  - Controle rigoroso da glicemia; caso evolua para hipoglicemia, ver Protocolo APed25.
5. Reavaliar constantemente: pulso, pressão arterial, perfusão periférica, grau de hidratação clínica e nível de consciência.
6. Realizar contato com a Regulação Médica para definição de encaminhamento e/ou unidade de saúde de destino.
7. Registrar achados e procedimentos na ficha/boletim de ocorrência.

Elaboração: Janeiro/2016

Este protocolo foi paulado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

APed24 – Hiperglicemia

1/2



**APed  
24**

**Protocolo Samu 192**  
**Protocolos de Emergências Pediátricas**  
**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**

**APed24 – Hiperglicemia**

**Observações**

- Considerar as 3 "S" (Protocolos PE1, PE2 e PE3).
- A hidratação deve ser lenta, devido ao risco de edema cerebral.
- Sinais de desidratação no paciente pediátrico: mucosas secas, olhos encovados, fontanela deprimida, diminuição do turgor da pele (turgor pastoso), extremidades frias e pulsos finos.
- Sinais e sintomas de alerta para edema cerebral:
  - a. Cefaleia;
  - b. Diminuição da frequência cardíaca;
  - c. Recorrência dos vômitos;
  - d. Mudança no estado neurológico (irritabilidade ou sonolência);
  - e. Sinais neurológicos específicos como: paralisia de nervos cranianos, postura de descerebração ou decorticação;
  - f. Decréscimo da  $\text{SatO}_2$ ;
  - g. Aumento da pressão arterial.
- Se Escala de Coma de Glasgow < 8, instalar via aérea avançada, preferencialmente intubação orotraqueal.
- Considerar e investigar fatores desencadeantes:
  - a. Cetoacidose diabética:
    - Primodescompensação
    - Infecções virais e bacterianas
    - Estresse físico e emocional
    - Omissão ou subdose de insulina
    - Em adolescentes, lembrar do uso excessivo de álcool e outras drogas, associado aos fatores acima.
  - b. Estado hiperosmolar hiperglicêmico:
    - Infecções: pneumonia, sepse, gastroenterite
    - Trauma
    - Drogas: diuréticos, corticosteroides, betabloqueadores, feritoina, diazóxido, bloqueadores de canal de cálcio, clorpromazina, cimetidina, imunossuppressores
    - Insuficiência renal: diálise
    - Hiperalimentação/obesidade em adolescente
    - Endocrinopatias: diabetes tipo 2, acromegalia, tireotoxicose, síndrome de Cushing
    - Infarto agudo do miocárdio
    - Pancreatites
    - Tromboembolismo
    - Hemorragia gastrointestinal.

Elaboração: Janeiro/2016

APed24 – Hiperglicemia  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

2/2



**APed  
25**

**Protocolo Samu 192  
Protocolos de Emergências Pediátricas  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**



## APed25 – Hipoglicemia

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão

- Em pacientes pediátricos com idade  $\geq 1$  mês (bebês e crianças) com glicemia capilar  $< 60$  mg/dL. Reconhecer, para essa faixa etária, sinais e sintomas de hipoglicemia como: sudorese, ansiedade, taquicardia, fraqueza, cefaleia, confusão mental, fadiga, alteração de comportamento e sinais de hipoglicemia grave, como crises convulsivas e coma.
- Em pacientes no período neonatal ( $< 1$  mês) e sintomáticos com glicemia capilar  $< 50$  mg/dL. Reconhecer sintomas e sinais de hipoglicemia: letargia, apatia, hipotonia, irritabilidade ou tremores, reflexo de Moro exagerado, choro estridente, convulsões e mioclonia, cianose, apneia e irregularidade respiratória, taquipneia, hipotermia, instabilidade vasomotora, sucção débil, recusa alimentar, coma.

### Conduta

- 1. Realizar impressão inicial e avaliação primária (Protocolo APed 2), com ênfase para:**
  - Responsividade, respiração e pulso;
  - Assegurar permeabilidade das vias aéreas;
  - Avaliar coloração da pele; Avaliar glicemia capilar precocemente no paciente inconsciente.
- 2. Realizar avaliação secundária (Protocolo APed 3), com ênfase para:**
  - Realizar entrevista SAMPLE e identificar possíveis causas;
  - Oximetria de pulso e glicemia capilar.
- 3. Oferecer oxigênio (O<sub>2</sub>) por máscara não reinalante 10 a 15 L/min, se saturação de O<sub>2</sub>  $< 94\%$ .**
- 4. Instalar acesso vascular intravenoso (IV)/intraósseo (IO).**
- 5. Realizar abordagem medicamentosa de acordo com a faixa etária:**
  - a. Pacientes pediátricos  $\geq 1$  mês de idade: administrar glicose na dose de 0,5 a 1,0 g/kg, na forma de:
    - Glicose 25% na dose de 2 a 4 mL/kg, em *bolus*, IV (velocidade de infusão de 1 mL/min);
    - Reavaliar glicemia capilar em 10 minutos:
      - Se persistir  $< 60$  mg/dL: repetir o *bolus* de glicose 25% e reavaliar glicemia 10 minutos após cada administração de *bolus* de glicose;
      - Considerar, especialmente nos casos de necessidade de repetição do *bolus* e/ou de transporte prolongado, quando atingir glicemia  $> 60$  mg/dL: instituir infusão contínua de glicose, na dose de 2 a 5 mg/kg/min (na forma de glicose 10%: 1,2 a 3,0 mL/kg/hora).

**Observação:** alternativa para obtenção da concentração aproximada de glicose 10%: diluir 10 mL de glicose 50% em 100 mL de soro glicosado 5%;

    - Alvo do tratamento: atingir níveis glicêmicos de 100 mg/dL.
  - b. Pacientes com idade inferior a 1 mês (período neonatal) sintomáticos:
    - Administrar glicose 10% na dose de: 200 mg/kg ou 2 mL/kg, IV, em *bolus*;
    - Manutenção: infusão contínua de glicose 10% na velocidade de 8 mg/kg/min (5 mL/kg/hora);
    - Em crises hipoglicêmicas (sintomas e glicemia  $< 50$  mg/dL): repetir glicose 10% na dose de 2 mL/kg, em *bolus*;
    - Alvo do tratamento: atingir níveis glicêmicos entre 65 e 110 mg/dL;
    - Reavaliar glicemia capilar a cada 30 minutos, até sua estabilização, ou antes, se houver presença de sintomas.

Elaboração: Janeiro/2016

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

APed25 – Hipoglicemia

1/2



**APed  
25**

**Protocolo Samu 192**  
**Protocolos de Emergências Pediátricas**  
**SUORTE AVANÇADO DE VIDA**

### APed25 – Hipoglicemia

6. Entrar em contato com a Regulação Médica para definição do encaminhamento e/ou da unidade de saúde de destino.

#### Observações

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- Atentar para o direito da criança de ter um acompanhante (responsável legal ou outro).
- Pacientes portadores de diabetes melito tipo I apresentam alto risco para desenvolver hipoglicemia grave (convulsão e/ou coma) quando a glicemia atinge níveis entre 60 e 70 mg/dL, devido a alterações nos hormônios contrarregulatórios essenciais para a reversão espontânea da hipoglicemia. Nessa condição, esses pacientes, se **conscientes e sem vômitos**, devem receber glicose por **via oral**, na dose de 0,3 g/kg (0,6 mL/kg de glicose 50%).
- Em caso de transporte prolongado e hipoglicemia refratária (sem elevação dos níveis glicêmicos) aos *bolus* repetidos de glicose, considerar a administração de uma dose de corticosteroide (hidrocortisona 10 mg/kg). No período neonatal, uma dose de 5 mg/kg de hidrocortisona pode ser administrada, após garantir-se a manutenção constante da infusão de glicose (acesso venoso e bomba de infusão adequados).

Elaboração: Janeiro/2016

APed25 – Hipoglicemia  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

2/2





**APed  
26**

**Protocolo Samu 192  
Protocolos de Emergências Pediátricas  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**



## APed26 – Anafilaxia

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão

Anafilaxia é altamente provável quando preencher qualquer um dos três critérios a seguir.

#### • 1º critério

Doença de início agudo (minutos a horas), com envolvimento de pele e/ou mucosas (urticária, prurido ou rubor, inchaço de lábios, língua ou úvula) e pelo menos mais uma das condições a seguir:

- Acometimento respiratório (dispneia, broncoespasmo, estridor, hipoxemia); ou
- Redução da pressão arterial (PA) ou sintomas relacionados à disfunção de órgãos-alvo (síncope, hipotonia, incontinência).

- O primeiro critério está presente em 80% dos casos.

#### • 2º critério

Dois ou mais dos seguintes fatores, que ocorrem agudamente (minutos a horas) após exposição a um provável alérgeno:

- Envolvimento de pele e/ou mucosas;
- Comprometimento respiratório;
- Redução da PA ou sintomas associados à disfunção de órgãos-alvo (síncope, hipotonia, incontinência);
- Sintomas gastrointestinais persistentes (dor abdominal, diarreia, vômitos).

#### • 3º critério

Redução da PA com início agudo (minutos a horas) após exposição a alérgeno conhecido para o paciente:

- Bebê e criança: pressão sistólica baixa (idade específica – ver Protocolo de Parâmetros Pediátricos APed1) ou queda maior que 30% na pressão sistólica basal;
- Adolescente: pressão sistólica < 90 mmHg ou queda maior que 30% da pressão basal do paciente.

### Conduta

#### 1. Observar impressão inicial e realizar avaliação primária (Protocolo APed2), com ênfase para:

- Reconhecer precocemente o quadro, identificando um dos três critérios clínicos de inclusão acima descritos;
- Suspendêr, se possível, a exposição ao provável agente desencadeante;
- Avaliar rapidamente o paciente (vias aéreas, respiração, circulação, estado mental, pele/mucosas) e estimar o peso corporal (ver Protocolo de Parâmetros Pediátricos APed1).

#### 2. Se anafilaxia for diagnosticada ou fortemente suspeitada, realizar, SIMULTÂNEA E IMEDIATAMENTE, os dois passos a seguir:

- Administrar epinefrina 1:1000 (1 mg/mL), na dose de 0,01 mg/kg (0,01 mL/kg), máximo de 0,3 mg (0,3 mL), via intramuscular (na região anterolateral do terço médio da coxa); pode ser repetida a cada 5 a 15 minutos, com base na gravidade e na resposta à aplicação anterior; anotar o horário da aplicação;
- Posicionar o paciente: colocá-lo em decúbito dorsal e elevar os membros inferiores;
  - Se o paciente apresentar dispneia ou vômitos, colocar em posição de conforto (com leve inclinação da cabeceira), mantendo os membros inferiores elevados;
  - Não permitir que o paciente sente ou se levante bruscamente, nem colocá-lo em posição vertical, pelo risco de morte súbita (síndrome da veia cava e do ventrículo vazios).

Elaboração: Janeiro/2016

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

APed26 – Epislaxe

1/3



**APed  
26**

**Protocolo Samu 192  
Protocolos de Emergências Pediátricas  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**

**APed26 – Anafilaxia**

- 3. Prosseguir na avaliação primária, com ênfase para:**
  - Preservar a permeabilidade das vias aéreas;
  - Considerar intubação orotraqueal precoce se ocorrer rouquidão, edema lingual, estridor, edema de orofaringe ou angioedema; pré-oxigenar o paciente por 3 a 4 minutos antes da intubação;
  - Oferecer oxigênio (O<sub>2</sub>) suplementar a 100% por máscara não reinhalante se saturação de oxigênio (SatO<sub>2</sub>) < 94%;
  - Considerar ventilação assistida, se necessário;
  - Avaliar sinais vitais;
  - Instalar acesso vascular, se necessário intraósseo (IO), e iniciar a ressuscitação fluidica se indicado.
- 4. Realizar avaliação secundária (Protocolo APed3), com ênfase para:**
  - Entrevista SAMPLE, procurando identificar o agente alergênico e história pregressa de alergias;
  - Exame físico detalhado assim que a condição clínica do paciente permitir;
  - Monitorizar continuamente ou a intervalos regulares: frequência cardíaca, PA, oximetria de pulso, condição respiratória, eletrocardiograma (ECG).
- 5. Prosseguir na abordagem medicamentosa:**
  - Medicamentos de segunda linha:
    - Hidrocortisona, via intravenosa (IV)/IO, na dose de 5 a 10 mg/kg, máximo de 250 mg;
    - Salbutamol aerossol dosimetrado acoplado a espaçador e máscara: quatro a oito jatos (400 a 800 mcg); pode ser repetido a cada 20 minutos, até três vezes, se houver broncoespasmo;
    - Alternativa ao salbutamol: nebulização com fenoterol, na dose de uma gota para cada 3 kg de peso, máximo de 10 gotas, diluídas em 3-5 mL de soro fisiológico sob inalação por máscara com O<sub>2</sub> 6 L/min; pode ser repetida a cada 20 minutos, até três nebulizações.
- 6. Atentar para a ocorrência de parada cardiorrespiratória (PCR); se ocorrer PCR, manter compressões torácicas continuamente.**
- 7. Realizar contato com a Regulação Médica para definição de encaminhamento e/ou da unidade de saúde de destino.**
- 8. Registrar achados e procedimentos na ficha/boletim de ocorrência.**

**APed  
26**

**Protocolo Samu 192  
Protocolos de Emergências Pediátricas  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**



## APed26 – Anafilaxia

### Observações

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- Preparar a epinefrina preferencialmente em seringa de 1 mL e injetar na coxa utilizando agulha 25 x 7 ou menor (dependendo do tamanho do paciente).
- Se necessário, aplicar a epinefrina na coxa sobre a roupa ou após cortar rapidamente a perna da calça, para que não haja perda de tempo tentando retirar uma calça muito justa ou de difícil retirada.
- O choque vasogênico (distributivo) da anafilaxia pode necessitar de ressuscitação fluidica mais agressiva.
- Efeitos farmacológicos transitórios esperados após aplicação da dose recomendada de epinefrina por qualquer via de administração incluem: palidez, tremores, ansiedade, palpitação, tontura e cefaleia, que indicam que a dose terapêutica foi ofertada.
- Epinefrina via IV: reservada apenas para os casos de:
  - Iminência de choque ou no choque já estabelecido: nesses casos, realizar infusão IV/IO lenta de epinefrina 1:10.000 (1 mL em 9 mL de água destilada ou solução salina 0,9% = 0,1 mg/mL) ou titulando a dose, de acordo com a monitorização da frequência e ritmo cardíaco;
  - Iminência ou vigência de PCR: utilizar epinefrina em bolus IV/IO (0,01 mg/kg ou 0,1 mL/kg da solução 1:10.000), conforme Protocolo (de PCR) APed7.
- A hidrocortisona deve ser administrada no atendimento pré-hospitalar, apesar do seu início de ação mais tardio, porque pode ajudar a prevenir a anafilaxia bifásica.
- Pacientes em uso de betabloqueador podem ter quadros mais graves e não apresentar resposta adequada à epinefrina. Nesses casos, se ocorrer bradicardia persistente, utilizar atropina e, nos casos de broncoespasmo resistente, usar brometo de ipratrópio em inalação.

Elaboração: Janeiro/2016

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

APed26 – Anafilaxia

3/3



**APed  
27**

**Protocolo Samu 192  
Protocolos de Emergências Pediátricas  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**



## APed27 – Febre

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão

- Evidência de elevação da temperatura corporal em resposta a uma variedade de estímulos.
- Paciente pediátrico apresentando temperatura axilar > 37,8 °C, temperatura retal ≥ 38,3 °C, ou temperatura oral > 38 °C.
- Sinais clínicos de febre: extremidades frias, tremores e/ou calafrios, alteração do humor e/ou do nível de consciência, ocorrência de desidratação.

### Conduta

- 1. Realizar impressão inicial e avaliação primária (Protocolo APed2), com ênfase para:**
  - Avaliar responsividade, respiração, pulso;
  - Assegurar permeabilidade de vias aéreas;
  - Instituir medidas físicas para redução da temperatura corpórea: remover excesso de roupas, exposição corpórea;
  - Manter o paciente em posição confortável.
- 2. Realizar avaliação secundária (Protocolo APed3) com ênfase para:**
  - Realizar entrevista SAMPLE e identificar possíveis causas;
  - Verificar temperatura corpórea (axilar, oral ou retal);
  - Realizar exame físico detalhado;
  - Monitorar pressão arterial, frequência cardíaca, oximetria de pulso e glicemia capilar.
- 3. Iniciar abordagem terapêutica medicamentosa:**
  - **Antitérmicos:** geralmente estão indicados quando a temperatura ultrapassa 38,5 °C, mas esse limite pode não ser considerado quando:
    - a. Paciente já apresentou convulsão febril (nesse caso é válido medicar com 37,5 a 37,8 °C) ou se há risco de ocorrer esse quadro;
    - b. Paciente está incomodado por dor ou astenia;
    - c. Existe desidratação ou taquipneia (é evidente a importância de corrigir o *deficit* de líquidos e eletrólitos);
  - **Paracetamol:** dose de 10-15 mg/kg/dose via oral (VO) de 6/6 h ou até de 4/4 h; administrar uma gota/kg/dose (da apresentação de 200 mg/mL), máximo de 35 gotas/dose;
  - **Ibuprofeno:** dose de 5-10 mg/kg/dose, VO de 6/6 h; usar uma a duas gotas/kg/dose (da solução 50 mg/mL; uma gota = 5 mg) ou uma gota/kg/dose (da solução 100 mg/mL; uma gota = 10 mg); máximo de 200 mg/dose;
  - **Dipirona:** dose de 10 – 15 mg/kg/dose, de 6/6 h, por via:
    - Oral: 0,5 gota/kg/dose, máximo de 40 gotas/dose (20 gotas = 500 mg; uma gota = 25 mg);
    - Intramuscular (IM) ou intravenosa (IV): 0,02 a 0,03 mL/kg/dose, máximo de 1 g/dose (2 mL).
  - Não repetir o mesmo antitérmico caso o paciente tenha recebido a última dose há menos de 4 a 6 horas (dependendo do intervalo mínimo exigido entre as doses para aquele medicamento).

Elaboração: Janeiro/2016

Este protocolo foi paulado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

APed27 – Febre

1/2



**APed  
27**
**Protocolo Samu 192  
Protocolos de Emergências Pediátricas  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**
**APed27 – Febre**

DROGA	DOSE	DOSE MÁXIMA	APRESENTAÇÃO
Paracetamol	10-15 mg/kg/dose		
	Uma gota/kg/dose	35 gotas/dose	200 mg/mL
	VO De 6/6 h ou 4/4 h		
Ibuprofeno	5-10 mg/kg/dose	200 mg/dose	
	VO, de 6/6 h		
	Uma a duas gotas/kg/dose	40 gotas/dose	Solução 50 mg/mL (uma gota = 5 mg)
	Uma gota/kg/dose	20 gotas/dose	Solução 100 mg/mL (uma gota = 10 mg)
Dipirona	10-15 mg/kg/dose		
	VO: 0,5 gota/kg/dose	40 gotas/dose	20 gotas = 500 mg; uma gota = 25 mg
	IM ou IV: 0,02 a 0,03 mL/kg/dose	1 g/dose	1 mL = 500 mg

- Realizar contato com a Regulação Médica para definição de encaminhamento e/ou unidade de saúde de destino.
- Registrar achados e procedimentos na ficha/boletim de ocorrência.

**Observações**

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2 e PE3).
- Dipirona:
  - não usar em paciente com história conhecida de alergia ao medicamento;
  - não utilizar em pacientes alcoolizados;
  - usar com cuidado em cardiopatas, asmáticos e hipotensos;
  - não usar em menores de 3 meses ou com peso < 5 kg;
  - não usar via IV/IO em menores de 1 ano ou < 9 kg (nesse caso, usar via IM);
  - a administração via IV/intraóssea (IO) deve ser lenta;
  - via parenteral: associada a maior risco de reações anafiláticas;
  - não utilizar em pacientes portadores de deficiência de G6PD.
- Ibuprofeno:
  - contraindicada até os 6 meses de idade.
- Utilização de medidas físicas para redução da temperatura corpórea:
  - exposição corpórea;
  - considerar a utilização de compressas mornas ou frias, nunca geladas;
  - não utilizar compressas com álcool devido ao risco de absorção transcutânea.
- Não utilizar ácido acetilsalicílico (AAS) em pacientes com idade abaixo de 12 anos, devido ao risco de síndrome de Reye.
- Não utilizar paracetamol (acetaminofeno) em pacientes portadores de deficiência de G6PD; apresenta hepatotoxicidade em casos de intoxicação.

Elaboração: Janeiro/2016

 Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

APed27 – Febre

2/2



**APed  
28**

**Protocolo Samu 192**  
**Protocolos de Emergências Pediátricas**  
**SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**



## APed28 – Vômitos

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão

- Evidência de eliminação de conteúdo digestivo pela boca em decorrência de condições patológicas agudas ou crônicas.
- Evidência de comprometimento de outros sistemas (neurológico, gastrointestinal, respiratório, endocrinológico, geniturinário) e/ou outros fatores desencadeantes (intoxicações, rádio e quimioterapia).

### Procedimentos

- 1. Realizar a impressão inicial e a avaliação primária (Protocolo APed2) com ênfase para:**
  - Avaliar responsividade, respiração, pulso;
  - Assegurar permeabilidade de vias aéreas;
  - Instituir medidas posturais para proteção de vias aéreas.
- 2. Realizar avaliação secundária (Protocolo APed3), com ênfase para:**
  - Realizar entrevista SAMPLE e identificar possíveis causas;
  - Monitorar pressão arterial, frequência cardíaca, oximetria de pulso e glicemia capilar;
  - Caracterizar a aparência e odor do vômito (resíduo alimentar, bilioso, borra de café, fecaloide, presença de sangue), incidência e duração do quadro;
  - Avaliar criteriosamente o estado de hidratação do paciente.
- 3. Instalar acesso vascular [intravenoso (IV)/intraósseo (IO)] em caso de vômitos incoercíveis ou sinais de desidratação ou choque.**
- 4. Na presença de desidratação: administrar solução cristalóide 50 mL/kg, via IV; infundir em 1 hora; pode ser repetido caso persistam sinais de desidratação.**
- 5. Na presença de choque: administrar solução cristalóide IV/IO, 20 mL/kg; infundir em 5 a 20 minutos, repetindo enquanto persistirem sinais de choque.**
- 6. Iniciar abordagem terapêutica medicamentosa, no caso de vômitos incoercíveis:**
  - **Ondansetrona:** dose de 0,1 mg/kg (0,05 mL/kg) via IV nas crianças com até 40 kg de peso; em > 40 Kg = 4 mg, via IV. Infundir lentamente (2 a 5 minutos). Apresentação: 2 mg/mL.
  - **Dimenidrinato:** atenção à medicação disponível, se de uso IV ou intramuscular (IM); a dose preconizada para uso IV é de 1,0 mg/kg/dose (0,3 mL/kg/dose), máximo de 30 mg = 10 mL = uma ampola, atentando para apresentação para uso IV. Infundir lentamente (em 2 a 5 minutos).
- 7. Em caso de vômitos sangüinolentos, associação de uma dose de protetores gástricos:**
  - **Omeprazol:** uso IV exclusivo; apresentação após diluição: 4 mg/mL;
    - Não utilizar em < 10 kg ou < 1 ano de idade;
    - De 10 a 20 kg de peso = 10 mg = 2,5 mL;
    - > 20 kg = 20 mg = 5 mL;
    - Infundir lentamente (em 2 a 5 minutos).
  - **Ranitidina:**
    - > 1 mês a 14 anos = 3 mg/kg/dose, via IV, máxima de 50 mg/dose (2 mL). Apresentação: 25 mg/mL (uma ampola = 2 mL);
    - Infundir lentamente (em 2 a 5 minutos).

Elaboração: Janeiro/2016

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

APed28 – Vômitos

1/2



## APed 28

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Emergências Pediátricas  
**SUORTE AVANÇADO DE VIDA**

### APed28 – Vômitos

8. Realizar contato com a Regulação Médica para definição de encaminhamento e/ou unidade de saúde de destino.
9. Registrar achados e procedimentos na ficha/boletim de ocorrência.

### Observações

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2 e PE3).
- Sinais de desidratação no paciente pediátrico: mucosas secas, olhos encovados, fontanela deprimida, diminuição do turgor da pele (turgor pastoso), extremidades frias e pulsos finos.
- Metoclopramida: atualmente tem seu uso contraindicado em pacientes na faixa etária pediátrica devido aos efeitos colaterais (liberação extrapiramidal).
- Dimenidrinato: não deve ser utilizado no primeiro mês de vida. Pode ocasionar excitação em crianças pequenas.
- Cuidado ao utilizar antieméticos nos casos de choque, depressão respiratória ou da consciência, suspeita de hipertensão intracraniana ou obstrução digestiva.

Elaboração: Janeiro/2016

APed28 – Vômitos  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

2/2



**APed  
29**

**Protocolo Samu 192**  
**Protocolos de Emergências Pediátricas**  
**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**



## APed29 – EPISTAXE

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão

Sangramento nasal ativo, espontâneo ou associado às seguintes situações:

- História de trauma de face
- Introdução de corpo estranho em cavidade nasal
- Uso de medicações anticoagulantes ou história de discrasia sanguínea.

### Conduta

1. Realizar impressão inicial e avaliação primária (Protocolo APed2), com ênfase para:
  - Garantir permeabilidade das vias aéreas;
  - Manter cabeceira elevada;
  - Controlar sangramento por meio de compressão digital por 5 a 10 min;
  - Aplicar compressa gelada no dorso nasal, se disponível.
2. Realizar avaliação secundária (Protocolo APed3) com ênfase para:
  - Sinais vitais, alergias, medicamentos em uso, passado médico, líquidos e alimentos, ambiente (SAMPLE); identificar as principais causas.
3. Considerar a instalação de cesso venoso periférico, em caso de perda sanguínea importante.
4. Realizar contato com a Regulação Médica para definição do encaminhamento e/ou unidade de saúde de destino.
5. Registrar achados e procedimentos na ficha/boletim de ocorrência.

### Observações

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- Atentar para o direito da criança de ter um acompanhante (responsável legal ou outro).
- Se o paciente for considerado crítico, o tempo de permanência na cena deve ser o mínimo possível.
- Não retardar o transporte na impossibilidade de obtenção de gelo.
- No caso de sangramento incoercível, com instabilidade hemodinâmica, considerar Protocolo de Choque (Protocolo APed17).

Elaboração: Janeiro/2016

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

APed29 – EPISTAXE

1/1





**APed  
30**
**Protocolo Samu 192  
Protocolos de Emergências Pediátricas  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**


## APed30 – Manejo da dor

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão

- Evidência de dor, ou dor referida decorrente de trauma ou agravo clínico.
- A experiência de dor no paciente pediátrico envolve a interação de fatores físicos, psicológicos, comportamentais; depende do seu grau de desenvolvimento e do ambiente.
- Caracterização da intensidade da dor por meio de aplicação das seguintes Escalas:

**ESCALA NIPS (Neonatal Infant Pain Scale)/1993: em RN (termo ou prematuro):** pontuações superiores a 3 devem alertar para introdução ou ajuste de doses de analgésicos

PARÂMETRO	0 PONTO	1 PONTO	2 PONTOS
Expressão facial	Relaxada	Contraida	-
Choro	Ausente	Resmungos	Vigoroso
Respiração	Regular	Alterada/irregular	-
Braços	Relaxados	Fletidos/estendidos	-
Pernas	Relaxadas	Fletidas/estendidas	-
Estado de Alerta	Dormindo e/ou calmo	Desconfortável e/ou irritado	-

**ESCALA FLACC (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability):** utilizada na faixa etária de 0 a 6 anos

Categorias	PONTUAÇÃO		
	0	1	2
Face	Nenhuma expressão facial ou sorriso	Caretas ou sobrancelhas franzidas de vez em quando, introversão, desinteresse	Tremor frequente do queixo, mandíbulas cerradas
Pernas	Normais ou relaxadas	Inquietas, agitadas, tensas	Chutando ou esticadas
Atividade	Quieto, na posição normal, movendo-se facilmente	Contorcendo-se, movendo-se para frente e para trás, tenso	Curvada, rígida ou com movimentos bruscos
Choro	Sem choro (acordado ou dormindo)	Gemidos ou choramingos; queixa ocasional	Choro continuado, grito ou soluço; queixa com frequência
Consolabilidade	Satisfeito, relaxado	Tranquilizado por toques, abraços ou conversas ocasionais; pode ser distraído	Difícil de consolar ou confortar

ESCORE: dor leve = 1 a 3; moderada = 4 a 6; intensa = 7 a 9; insuportável = 10.

Elaboração: Janeiro/2016

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis. Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

APed30 – Manejo da dor

1/4



**APed  
30**
**Protocolo Samu 192  
Protocolos de Emergências Pediátricas  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**
**APed30 – Manejo da dor**
**ESCALA NUMÉRICA DE DOR:** utilizada a partir dos 7 anos de idade.

- Solicitar ao paciente que caracterize uma nota para qualificar a intensidade da dor referida.
- Escore: dor leve = 1 a 3; moderada = 4 a 6; intensa = 7 a 9; insuportável = 10.

**Conduta**

1. Realizar impressão inicial e avaliação primária (Protocolo APed2);
2. Realizar avaliação secundária (Protocolo APed3), com ênfase para:
  - Realizar entrevista SAMPLE e identificar possíveis causas;
  - Caracterizar a dor;
  - Obter dados sobre fatores associados à dor;
  - Avaliar a intensidade da dor de acordo com escala adequada à faixa etária;
  - Remover o agente causal da dor, se possível.
3. Instalar acesso vascular.
4. Realizar abordagem medicamentosa considerando a intensidade da dor:
5. Controlar vômitos incoercíveis com as opções:

FÁRMACOS PARA CONTROLE DA DOR	DOR LEVE	DOR MODERADA	DOR INTENSA
<b>Analgésicos simples – opções e doses:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Dipirona sódica:</b> 10-15 mg/kg/dose, 6/6 h; via oral (VO), intravenosa (IV), intramuscular (IM)                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• VO: 0,5 gota/kg/dose (uma gota = 25 mg)</li> <li>• IM ou IV: 0,02 a 0,03 mL/kg/dose</li> <li>• Máximo de 1 g/dose (40 gotas ou 2 mL)</li> </ul> </li> <li>• <b>Paracetamol*:</b> 10-15 mg/kg/dose, 4/4 ou 6/6 h; VO; administrar uma gota/kg/dose, máximo de 35 gotas/dose (apresentação 200 mg/mL); não ultrapassar 75 mg/kg/dia</li> </ul>	SIM	SIM	SIM
<b>Anti-inflamatórios não hormonais – opções e doses:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Ibuprofeno*:</b> 5-10 mg/kg/dose, 6/6 ou 8/8 h; VO; máximo de 200 mg/dose; uma a duas gotas/kg/dose (da solução 50 mg/mL; uma gota = 5 mg) ou uma gota/kg/dose (da solução 100 mg/mL; uma gota = 10 mg)</li> <li>• <b>Cetorolaco de trometamina*:</b> 0,2 a 1 mg/kg/dose (0,007 a 0,03 mL/kg), 6/6 h; IM ou IV; máximo de 30 mg/dose. Via IV: infundir em no mínimo 15 segundos.</li> </ul>	SIM	-	-
<b>Opióide fraco – opções e doses:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Tramadol*:</b> 1 mg/kg/dose (0,02 mL/kg/dose), 6/6 h; IM ou IV; máximo 100 mg/dose (ou 2 mL/dose). Via IV: diluir em soro fisiológico e infundir em 20-30 minutos.</li> </ul>	-	SIM	-
<b>Opióide forte – opções e doses:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Sulfato de morfina:</b> 0,1-0,15 mg/kg/dose (0,01 a 0,015 mL/kg/dose), 2/2 ou 4/4 h; IV, IM ou VO; máximo de 10 mg/dose.</li> <li>• <b>Fentanila*:</b> 1 - 2 mcg/Kg/dose (0,02 a 0,04 mL/kg/dose) em infusão lenta (mínimo 1 minuto); 2/2 h; IV; máximo de 100 mcg.</li> </ul>	-	-	SIM

Elaboração: Janeiro/2016

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis. Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

APed30 – Manejo da dor

2/4



**APed  
30**

**Protocolo Samu 192  
Protocolos de Emergências Pediátricas  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**



## APed30 – Manejo da dor

- **Ondasentrona\***: dose de 0,1 mg/kg (0,05 mL/kg), via IV, nos pacientes com até 40 kg (se > 40 Kg: 4,0 mg = 2 mL, via IV); infundir em 2 a 5 minutos.
- **Dimenidrinato\*** para uso IV: dose de 1,0 mg/kg/dose (0,3 mL/kg/dose), via IV; dose máxima de 30 mg (10 mL).
- 6. Realizar contato com a Regulação Médica para definição do encaminhamento e/ou da unidade de saúde de destino.
- 7. Registrar achados e procedimentos na ficha/boletim de ocorrência.

*\*este medicamento não integra a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais RENAME 2013.*

## Observações

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2 e PE3).
- A caracterização da dor inclui (quando possível na paciente pediátrica):
  - a. localização
  - b. intensidade
  - c. tempo de duração (início)
  - d. periodicidade
  - e. tipologia: cólica, peso, choque, queimação, etc.
  - f. presença de irradiação
  - g. características de instalação
  - h. fatores de melhora e piora.
- A avaliação da dor por meio de escalas, na faixa etária pediátrica, torna a observação mais criteriosa e objetiva, mas é limitada em pacientes muito debilitados ou em uso de bloqueadores neuromusculares.
- Os fatores associados com a dor de interesse na avaliação são, dentre outros:
  - a. febre
  - b. vômitos
  - c. alteração do ritmo intestinal
  - d. alterações urinárias e ginecológicas.
- Dipirona:
  - a. não utilizar em vítimas alcoolizadas;
  - b. usar com cuidado em cardiopatas, asmáticos e hipotensos;
  - c. não usar em menores de 3 meses ou com peso < 5 kg;
  - d. não usar via IV ou IO em menores de 1 ano ou < 9 kg (nesse caso, usar via IM);
  - e. a administração via IV/IO deve ser lenta;
  - f. via parenteral: associada com maior risco de reações anafiláticas;
  - g. não utilizar em pacientes portadores de deficiência de G6PD.

Elaboração: Janeiro/2016

APed30 – Manejo da dor  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

3/4



**APed  
30**

**Protocolo Samu 192**  
**Protocolos de Emergências Pediátricas**  
**SUORTE AVANÇADO DE VIDA**

**APed30 – Manejo da dor**

- Ibuprofeno é contraindicado até os 6 meses de idade.
- Cetorolaco de trometamina não é recomendado para menores de 2 anos de idade.
- Cetorolaco de trometamina: administrar a menor dose eficaz.
- Não utilizar ácido acetilsalicílico (AAS) em pacientes com idade abaixo de 12 anos, devido ao risco de síndrome de Reye.
- Não utilizar paracetamol (acetaminofeno) em pacientes portadores de deficiência de G6PD; apresenta hepatotoxicidade em casos de intoxicação.
- Não repetir o mesmo analgésico caso o paciente tenha recebido a última dose há menos de 4 a 6 horas (dependendo do intervalo mínimo exigido entre as doses para aquele medicamento).
- Não utilizar tramadol em pacientes convulsivos, com trauma crânioencefálico ou em uso de drogas que abaxiem o limiar convulsivo; deve ser administrado IV diluído lentamente, devido ao risco de vômitos.
- A infusão de fentanila deve ser realizada lentamente, devido ao risco de induzir rigidez de caixa torácica e laringoespasma.
- **Antídoto para opioides: NALOXONA** – uma ampola = 1 mL = 0,4 mg.
  - Dose para reversão do efeito (depressão respiratória) após uso terapêutico do opioide: 0,005 a 0,01 mg/kg (0,012 a 0,025 mL/kg/dose), via IV/ IO/IM/subcutânea (SC), cada 2 a 3 minutos, conforme necessário para o desejado grau de reversão; pode ser repetida dentro de 1 a 2 horas, dependendo da quantidade e tipo de opioide administrado.
  - Dose para casos de overdose conhecida ou suspeitada: inicial de 0,01 mg/kg (0,025 mL/kg), via IV/IO/IM/SC; seguida por doses de 0,1 mg/kg (0,25 mL/kg) se a resposta clínica desejada não for alcançada.
- Fazer analgesia criteriosa em casos de hipotensão.
- Considerar a abordagem de cada tipo de agravo conforme protocolo específico.

Elaboração: Janeiro/2016

APed30 – Manejo da dor  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

4/4



**APed  
31**

**Protocolo Samu 192**  
**Protocolos de Emergências Pediátricas**  
**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**



## APed31 – Sedação

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão

- Quadro de agitação e/ou agressividade;
- Situações de estresse: dor intensa, necessidade de realização de procedimentos;
- Necessidade de acesso à via aérea definitiva e manutenção do suporte ventilatório.

### Conduta

1. Realizar a impressão inicial e avaliação primária (Protocolo APed2) com ênfase para:
  - Manter a permeabilidade da via aérea, realizando aspiração se necessário;
  - Avaliar oximetria e oferecer oxigênio se saturação de oxigênio (SatO<sub>2</sub>) < 94%;
  - Instalar acesso vascular intravenoso (IV) ou intraósseo (IO);
  - Avaliar sinais vitais.
2. Realizar avaliação secundária (Protocolo APed3), com ênfase para:
  - Realizar entrevista SAMPLE e identificar possíveis causas;
  - Monitorizar continuamente: oximetria de pulso, ritmo cardíaco e sinais vitais;
  - Realizar avaliação neurológica antes e após o procedimento de sedação.
3. Realizar a abordagem medicamentosa:

#### BENZODIAZEPÍNICOS

<b>MIDAZOLAM</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Droga de escolha no atendimento pré-hospitalar devido ao curto tempo de ação.</li> <li>• Dose IV/IO/intramuscular (IM): 0,2 a 0,3 mg/kg/dose (0,04 a 0,06 mL/kg/dose), máximo de 10 mg/dose.</li> <li>• Dose intranasal: 0,4 a 0,5 mg/kg/dose.</li> <li>• Apresentação: 5 mg/mL.</li> <li>• Infundir lentamente.</li> <li>• Contraindicado em pacientes com instabilidade hemodinâmica.</li> </ul>
<b>DIAZEPAM</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não usar como primeira escolha, devido à sedação prolongada.</li> <li>• Dose IV: 0,1 a 0,3 mg/kg/dose, máximo de 10 mg/dose.</li> </ul>

#### HIPNÓTICOS

<b>ETOMIDATO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dose IV: 0,2 a 0,4 mg/kg (0,1 a 0,2 mL/kg), máximo 10 mg.</li> <li>• Apresentação: ampola = 2 mg/mL.</li> <li>• Boa opção no trauma, devido ao menor efeito depressor circulatório, diminui a pressão intracraniana (PIC) e a circulação cerebral.</li> <li>• Droga de escolha para sedação na sequência rápida de intubação.</li> <li>• Não utilizar na suspeita de choque séptico.</li> </ul>
------------------	--

#### OPIOIDES

<b>FENTANILA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dose IV: 1 a 2 mcg/kg/dose (0,02 a 0,04 mL/kg/dose), máximo 100 mcg.</li> <li>• Infusão lenta de 1 mcg/kg/min, pois a infusão rápida pode provocar rigidez da caixa torácica e laringoespasma.</li> <li>• Apresentação: ampola = 50 mcg/mL.</li> </ul>
------------------	---

Elaboração: Janeiro/2016

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

APed31 – Sedação

1/2



**APed  
31**

**Protocolo Samu 192**  
**Protocolos de Emergências Pediátricas**  
**SUORTE AVANÇADO DE VIDA**

**APed31 – Sedação**

4. Realizar contato com a Regulação Médica para definição de encaminhamento e/ou unidade de saúde de destino.
5. Registrar achados e procedimentos na ficha/boletim de ocorrência.

**Observações**

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2 e PE3).
  - Sedação: é definida como um estado de depressão do nível de consciência induzido por drogas, em diferentes níveis de intensidade.
  - Vantagem: proteção cerebral (reduz a taxa de metabolismo cerebral).
  - Desvantagem: a sedação pode dificultar e retardar o diagnóstico de lesões graves.
  - Antídotos:
- A. NALOXONA (OPIOIDES):**
- Dose para reversão do efeito (depressão respiratória) após uso terapêutico do opioide: 0,005 a 0,01 mg/kg (0,012 a 0,025 mL/kg/dose), via IV/IO/IM/subcutânea (SC), cada 2 a 3 minutos, conforme necessário para o desejado grau de reversão; pode ser repetida dentro de 1 a 2 horas, dependendo da quantidade e tipo de opioide administrado.
  - Dose para casos de overdose conhecida ou suspeitada: inicial de 0,01 mg/kg (0,025 mL/kg), via IV/IO/IM/SC; seguida por doses de 0,1 mg/kg (0,25 mL/kg) se a resposta clínica desejada não for alcançada.
- B. FLUMAZENIL (BENZODIAZEPÍNICOS):** 0,01 a 0,02 mg/kg/dose (0,1 a 0,2 mL/kg/dose), máximo 0,2 mg/dose, via IV em 15 segundos; se necessário, repetir a dose de 0,01 mg/kg (até 0,2 mg/dose) a cada 60 segundos, até a dose total máxima de 0,05 mg/kg ou 1 mg, aquela que for atingida primeiro. Cuidado em pacientes epilépticos e com insuficiência hepática. Apresentação: 0,1 mg/mL.
- Quando o flumazenil for usado com bloqueadores neuromusculares, ele não deve ser administrado até que os efeitos desses últimos estejam completamente revertidos.

Elaboração: Janeiro/2016

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

APed31 – Sedação

2/2



**APed  
33**

**Protocolo Samu 192**  
**Protocolos de Emergências Pediátricas**  
**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**



## APed 33 – Avaliação primária do paciente pediátrico com suspeita de trauma ou em situação ignorada

### Critérios de inclusão

Na abordagem de pacientes com suspeita de trauma ou em situação ignorada (em que não é possível excluir a possibilidade de trauma).

### Conduta

1. Garantir a segurança do local (Protocolo PE1).
2. Impressão inicial: observação rápida (avaliação visual e auditiva do paciente nos primeiros segundos de atendimento), considerando:
  - Consciência: alerta, irritable ou não responde;
  - Respiração: esforço respiratório, sons anormais ouvidos sem ausculta (estridor, chiado, gemência) ou ausência de movimentos respiratórios;
  - Coloração anormal da pele: palidez, cianose ou moteamento.
3. Ao avaliar a responsividade, executar simultaneamente a estabilização manual da coluna cervical.
4. Se o paciente não responde e não respira ou apresenta *gasping*, checar pulso simultaneamente e:
  - Se pulso ausente: reportar-se ao Protocolo de PCR (APed 7);
  - Se pulso presente, mas que permanece com frequência  $\leq 60$  batimentos por minuto (bpm) e com sinais de perfusão insuficiente, apesar da oxigenação e ventilação adequadas; reportar-se ao Protocolo de PCR (APed 7);
  - Se pulso presente e  $> 60$  bpm: reportar-se ao Protocolo de Parada Respiratória (APed 6).
5. Se o paciente não responde, mas respira, realizar a avaliação primária.
6. Se o paciente responde, realizar a avaliação primária.

### Avaliação primária (A, B, C, D, E)

1. Avaliar via aérea:
  - Manter a permeabilidade das vias aéreas;
  - Inspeccionar a cavidade oral e, se necessário, aspirar secreções e retirar corpos estranhos (Protocolo APed 40);
  - Considerar as manobras manuais de abertura de vias aéreas para o trauma (Protocolo APed 38);
  - Considerar a utilização de cânula orofaríngea nos pacientes inconscientes, conforme Protocolo APed 41;
  - Considerar as indicações de via aérea avançada, preferencialmente a intubação orotraqueal (Protocolo APed 43);
  - Na impossibilidade da intubação orotraqueal, podem ser utilizadas as seguintes alternativas:
    - Máscara laríngea (Protocolo APed 42) ou outro dispositivo supraglótico;
    - Cricotireoidostomia por punção (Protocolo APed 44).

ATENÇÃO: NÃO SE DEVE REALIZAR CRICOTIREOIDOSTOMIA CIRÚRGICA EM BEBÊS E CRIANÇAS;

- Assim que possível, colocar o colar cervical e um coxim (2 a 3 cm de espessura) na região dorsal, das escápulas até o quadril, para manter a posição neutra da cabeça (Protocolo APed 50).

APed 33 – Avaliação primária do paciente pediátrico com suspeita de trauma ou em situação ignorada

Elaboração: Janeiro/2016

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/3



**APed  
33**

**Protocolo Samu 192  
Protocolos de Emergências Pediátricas  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**

**APed 33 – Avaliação primária do paciente pediátrico com suspeita de trauma ou em situação ignorada**

**2. Ventilação: avaliar a presença de boa respiração e oxigenação:**

- Ofertar oxigênio (O<sub>2</sub>) suplementar por máscara, independentemente da oximetria de pulso;
- Avaliar o posicionamento da traqueia e presença ou não de turgência jugular;
- Frequência respiratória (taquipneia, bradipneia ou apnéia): frequência < 10 ou > 60 ipm, em qualquer idade pediátrica, sugere problema potencialmente grave;
- Expor o tórax e avaliar a ventilação;
- Avaliar a simetria na expansão torácica;
- Observar presença de sinais de esforço respiratório ou uso de musculatura acessória;
- No paciente com ventilação anormal, realizar a palpação cuidadosa de todo o tórax;
- Avaliar a presença de lesões abertas e/ou fechadas no tórax;
- Realizar ausculta de todo o tórax;
- Avaliar constantemente a oximetria de pulso;
- Considerar a necessidade de ventilação assistida por meio de dispositivo bolsa-valva-máscara (BVM) com reservatório ou através de dispositivos de via aérea avançada;
- Se for necessária ventilação assistida, ventilar com volume suficiente apenas para garantir a elevação visível do tórax, monitorizando oximetria de pulso (no trauma, manter saturação de O<sub>2</sub> entre 95 e 99%); cuidado para não hiperventilar;
- Avaliar as indicações de curativo de três pontas e toracocentese (punção com agulha).

**3. Circulação:**

- Controlar sangramentos externos com compressão direta da lesão e/ou torniquete (conforme indicado – Protocolo AP19);
- Avaliar frequência e ritmo cardíaco;
- Avaliar o reenchimento capilar (normal até 2 segundos);
- Avaliar características da pele (temperatura, umidade e coloração);
- Avaliar pulsos periféricos: amplitude e simetria;
- Observar distensão abdominal, que pode indicar a presença de sangramento intra-abdominal importante, além de poder ser causada por distensão gástrica (por deglutição de ar, choro ou ventilação com dispositivo BVM);
- Aferir pressão arterial (Protocolo AP23);
- Considerar a necessidade de acesso vascular, dependendo da distância e tempo de transporte:
  - No paciente instável, a obtenção de acesso venoso periférico deve ser limitada a duas tentativas em 90 segundos e, se não obtido, realizar punção intraóssea (protocolo APed 46);
- Considerar reposição volêmica, idealmente com solução cristalóide aquecida; na suspeita de choque, ver Protocolo APed 17;
- Realizar avaliações seriadas dos sinais vitais;
- Se houver suspeita de hemorragia interna e/ou choque hemorrágico ou hipovolemia, NÃO PERDER TEMPO NA CENA e remover rapidamente o paciente para hospital adequado.

**4. Avaliar o estado neurológico:**

- AVDI (alerta, verbal, dor e irresponsivo);
- Escala de Coma de Glasgow (APed 1);
- Avaliação pupilar: tamanho, fotoreatividade e simetria.

**5. Expor com prevenção da hipotermia:**

- Cortar as vestes do paciente sem movimentação excessiva;
- Proteger o paciente da hipotermia com auxílio de cobertor ou manta aluminizada;
- Utilizar outras medidas para prevenir a hipotermia (p. ex.: desligar o ar condicionado da ambulância);
- Procurar por manchas e lesões em pele, deformidades, etc.;
- Buscar evidências de sinais de maus tratos.

APed 33 – Avaliação primária do paciente pediátrico com suspeita de trauma ou em situação ignorada  
Elaboração: Janeiro/2016 | Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

2/3





**APed  
33**

**Protocolo Samu 192  
Protocolos de Emergências Pediátricas  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**



## **APed 33 – Avaliação primária do paciente pediátrico com suspeita de trauma ou em situação ignorada**

6. Utilizar de forma contínua (após cada intervenção ou sempre que o quadro se alterar) a sequência **avaliar/identificar/intervir** e iniciar as intervenções apropriadas imediatamente.

### **Observações**

- Considerar os 3 “S” (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- Atentar para o direito da criança de ter um acompanhante (responsável legal ou outro).
- Importante:
  - As prioridades no atendimento da criança são as mesmas do adulto.
  - Considerar as características próprias da criança durante o atendimento.
- Considerar a cinemática do trauma e sempre buscar possíveis lesões associadas.
- **ATENÇÃO:** considerar os parâmetros vitais de acordo com a faixa etária (APed 1).
- Considerar as particularidades da via aérea do paciente pediátrico.
- A cânula nasofaríngea **NÃO** deve ser utilizada no bebê e na criança.
- A intubação nasotraqueal é **CONTRAINDICADA** no bebê e na criança.
- Considerar a instalação de sonda orogástrica, se ocorrer distensão gástrica importante que comprometa a ventilação.
- A traqueostomia, como último recurso a ser utilizado no APH, é dependente da habilidade do profissional e das condições (como iluminação e material adequado);
- Para determinar a frequência respiratória no paciente pediátrico, deve-se contar por pelo menos 30 segundos e multiplicar por dois, para evitar imprecisões.
- Sinais de esforço respiratório: batimento de asa nariz, retrações (subcostal, subesternal, intercostal, supraclavicular e supraesternal), inspiração e expiração prolongadas, balancim toracoabdominal (tórax retrai e abdome expande durante a inspiração), meneios da cabeça (ergue o queixo e estende o pescoço durante a inspiração e deixa o queixo cair para frente na expiração), gemência.
- Lembrar que a ventilação do paciente pediátrico deve ser realizada com técnica e equipamento adequados à idade e peso (APed1 – Parâmetros pediátricos)
- Cuidado ao ventilar o paciente pediátrico; a ventilação muito agressiva ou com grandes volumes correntes pode causar hiperinsuflação e barotrauma (com risco de pneumotórax hipertensivo), além de levar à distensão gástrica, resultando em regurgitação, aspiração e impedimento da ventilação adequada pela limitação da movimentação do diafragma.
- Em situações de exceção, especialmente em transportes prolongados, quando não for possível a obtenção de acesso venoso periférico ou intraósseo, pode ser considerada a dissecação venosa (preferencialmente da veia safena), entretanto esse procedimento depende da habilidade do profissional e de condições (como iluminação e material adequado);
- Atentar para a fixação e funcionamento adequados de tubos e acessos vasculares durante o transporte.
- Considerar e registrar na Ficha de Atendimento a suspeita de sinais de maus tratos, quando:
  - Os pais demoram muito para chamar ajuda após o trauma;
  - Existe comportamento esquivo dos pais ou desinteresse dos mesmos quanto ao estado da criança;
  - As histórias da mãe, do pai e da criança e/ou de outras pessoas são incongruentes;
  - Houver discrepância entre a história e a intensidade das lesões;
  - Houver lesões em crânio, face (inclusive orais e periorais), genitais ou perianais;
  - Na presença de cicatrizes antigas múltiplas ou lesões hemorrágicas de pele em diferentes estágios de evolução;
  - Houver suspeita de fraturas de ossos longos em crianças menores de 3 anos de idade;
  - Houver suspeita de lesão de víscera interna sem história de traumatismo maior;
  - Na presença de lesões bizarras, como queimaduras de cigarro, mordidas, marcas de cordas ou cintos, especialmente em áreas habitualmente não expostas;
  - Sempre informar a suspeita de maus tratos ao profissional da unidade de destino.

APed 33 – Avaliação primária do paciente pediátrico com suspeita de trauma ou em situação ignorada

Elaboração: Janeiro/2016

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

3/3



**APed  
34**

**Protocolo Samu 192**  
**Protocolos de Emergências Pediátricas**  
**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**



## APed 34 – Avaliação secundária do paciente pediátrico com suspeita de trauma ou em situação ignorada

### Critérios de inclusão

Na abordagem de pacientes com suspeita de trauma ou em situação ignorada após a realização da avaliação primária e estabilização do paciente (Protocolo APed 33 – Avaliação Primária no Trauma).

### Conduta

**1. Realizar entrevista SAMPLE (com o paciente, familiares ou terceiros):**

- Nome e idade;
- Queixa principal;
- Entrevista SAMPLE:
  - S: sinais e sintomas;
  - A: história de alergias;
  - M: medicamentos em uso e/ou tratamentos em curso; horário da última dose;
  - P: passado médico – problemas de saúde ou doença prévia;
  - L: horário da última ingestão de líquidos ou alimentos;
  - E: eventos que levem à lesão atual; riscos no local.

**Obs.: Em pacientes inconscientes ou impossibilitados de responder, buscar informações com circundantes ou familiares.**

**2. Realizar a avaliação complementar:**

- Glicemia capilar: tratar hipoglicemia se  $< 60$  mg/dL (ou  $< 50$  mg/dL no neonato).

**3. Realizar o exame físico detalhado, da cabeça aos pés, frente e dorso:**

- Objetivo específico: localizar ferimentos, sangramentos, afundamentos, desvios, hematomas, alterações na cor da pele ou mucosas, assimetrias, instabilidades, alterações de motricidade e sensibilidade.
- Propedêuticas a serem utilizadas: inspeção seguida de palpação, ausculta e percussão.

### Cabeça (crânio e face)

- Inspeccionar e palpar o couro cabeludo, orelhas, ossos da face, olhos, pupilas (verificar diâmetro, reação à luz e simetria pupilar), nariz, boca;
- Identificar a presença de secreções, sangue e/ou líquidos em cavidades naturais;
- Identificar a presença de corpos estranhos;
- Identificar contusões, ferimentos abertos, deformidades ósseas, crepitações;
- Observar alterações na coloração e temperatura da pele.

### Pescoço

- Avaliar região anterior e posterior: procurar por contusões, ferimentos, enfisema subcutâneo, deformidades;
- Avaliar em especial se há distensão das veias e/ou desvio de traqueia;
- Palpar com muito cuidado a coluna cervical.

### Tórax

- Inspeção: identificar esforço respiratório (batimento de asa de nariz; retração subcostal, intercostal, supraclavicular, subesternal e supraesternal; balançim toracoabdominal e gemência), movimentos assimétricos, contusões, abrasões, ferimentos abertos e fechados; afundamentos, "sinal do cinto de segurança", cicatrizes;
- Ausculta: presença de ruídos adventícios e alteração de murmúrio vesicular, ausculta cardíaca (abatimento de bulhas, arritmias);
- Realizar a palpação na busca de enfisema subcutâneo e crepitações ósseas;
- Realizar, se possível, a percussão.

APed 34 – Avaliação secundária do paciente pediátrico com suspeita de trauma ou em situação ignorada

Elaboração: Janeiro/2016

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/3



**APed  
34**

**Protocolo Samu 192  
Protocolos de Emergências Pediátricas  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**

## APed 34 – Avaliação secundária do paciente pediátrico com suspeita de trauma ou em situação ignorada

### Abdome

- Inspeção: observar contusões, lesões abertas e evisceração, abrasões, equimoses, "sinal do cinto de segurança", distensão abdominal;
- Palpação: pesquisar dor à palpação e sinais de irritação peritoneal, rigidez, abdome em tábua e posição de defesa, massas, presença de visceromegalias;
- Pesquisar ruídos hidroaéreos.

### Pelve

- Inspeção: observar formato da região, sangramentos, contusões, abrasões, equimoses, lacerações, fraturas expostas;
- Realizar palpação das cristas ilíacas na busca de dor e/ou instabilidade, realizando compressão laterolateral e anteroposterior – palpar uma única vez;
- Inspeccionar a região genital na presença de história de trauma local e/ou de sangramentos evidentes na região;
- Inspeccionar, nos bebês e crianças, a região sob as fraldas/roupas, incluindo a região glútea, em busca de lesões sugestivas de maus tratos.

### Membros

- Inspeção: observar deformidades, desvios, ferimentos, equimoses, hematomas, hemorragias, lesões cicatriciais, coloração, fraturas expostas;
- Palpar pulsos distais, avaliando simetria e amplitude;
- Perfusão dos membros (reenchimento capilar);
- Avaliar a força motora (exceto no membro com suspeita de fratura), solicitando que o paciente (se possível para a idade):
  - Movimente os pés e/ou eleve uma perna de cada vez;
  - Aperte a mão do profissional e/ou eleve um braço de cada vez;
- Avaliar a sensibilidade;
- Sempre realizar a avaliação comparando um membro com o outro.

### Dorso

- Inspeccionar a presença de deformidades, contusões, hematomas, ferimentos;
- Palpar caixa torácica posterior e processos espinhosos, durante o posicionamento na prancha longa, em busca de dor.

4. Monitorizar: oximetria de pulso, frequência e ritmo cardíaco, glicemia capilar (se indicado); realizar avaliações seriadas dos sinais vitais, reenchimento capilar e nível de consciência.

### Observações

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- Atentar para o direito da criança de ter um acompanhante (responsável legal ou outro).
- Considerar a cinemática do trauma na busca das lesões.
- A avaliação secundária é importante, porém não obrigatória, principalmente nos pacientes críticos ou se sua realização implicar em atraso de transporte.
- Nos pacientes em situação crítica, algumas etapas podem ser suprimidas.
- Retomar a avaliação primária a qualquer momento se houver deterioração do quadro clínico do paciente.
- Lembrar que crianças perdem proporcionalmente mais volume em lesões e fraturas de membros quando

APed 34 – Avaliação secundária do paciente pediátrico com suspeita de trauma ou em situação ignorada  
Elaboração: Janeiro/2016 | Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

2/3



**APed  
34**

**Protocolo Samu 192  
Protocolos de Emergências Pediátricas  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**



## **APed 34 – Avaliação secundária do paciente pediátrico com suspeita de trauma ou em situação ignorada**

- comparadas aos adultos.
- Considerar traumatismo multissistêmico na presença de fraturas.
- No paciente pediátrico, estar sempre atento à presença de lesões e sinais de maus tratos, mesmo quando a história não sugerir essa hipótese. Procurar por lesões em áreas não expostas.
- Considerar e registrar na Ficha de Atendimento a suspeita de sinais de maus tratos, quando:
  - Os pais demoram muito para chamar ajuda após o trauma;
  - Existe comportamento esquivo dos pais ou desinteresse quanto ao estado da criança;
  - As histórias da mãe, do pai e da criança e/ou de outras pessoas são incongruentes;
  - Houver discrepância entre a história e a intensidade das lesões;
  - Houver lesões em crânio, face (inclusive orais e periorais), genitais ou perianais;
  - Na presença de cicatrizes antigas múltiplas ou lesões hemorrágicas de pele em diferentes estágios de evolução;
  - Houver suspeita de fraturas de ossos longos em crianças menores de 3 anos de idade;
  - Houver suspeita de lesão de viscera interna sem história de traumatismo maior;
  - Na presença de lesões bizarras, como queimaduras de cigarro, mordidas, marcas de cordas ou cintos, especialmente em áreas habitualmente não expostas;
  - Sempre informar a suspeita de maus tratos ao profissional da unidade de destino.

APed 34 – Avaliação secundária do paciente pediátrico com suspeita de trauma ou em situação ignorada  
Elaboração: Janeiro/2016 | Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

3/3



**APed  
35**

**Protocolo Samu 192  
Protocolos de Emergências Pediátricas  
SUPPORTO AVANÇADO DE VIDA**



## APed 35 - Considerações especiais em relação à criança traumatizada

**Características anatômicas e fisiológicas da criança a serem consideradas no atendimento inicial do paciente pediátrico:**

### Via aérea

- Cavidade oral pequena e língua e amígdalas relativamente grandes em relação à orofaringe predis põem à obstrução de vias aéreas, especialmente nos pacientes com rebaixamento do nível de consciência. Na intubação traqueal, há menos espaço para comprimir a língua anteriormente, o que dificulta o posicionamento com a lâmina do laringoscópio.
- A laringe em bebês e crianças tem posição mais cefálica e anteriorizada, o que dificulta a visualização durante a intubação, além de a epiglote ser longa e flexível. O uso de lâminas retas no laringoscópio pode criar um plano visual direto da boca até a glote, especialmente nos bebês, auxiliando a intubação.
- Nas crianças menores de 10 anos, a parte mais estreita das vias aéreas encontra-se abaixo das cordas vocais, na altura da cartilagem cricoide, e a laringe tem forma de funil.
- No bebê e na criança pequena, as vias aéreas subglóticas são menores e mais complacentes, e a cartilagem de suporte é pouco desenvolvida, tendendo a colapsar ou estreitar se ocorrer obstrução das vias aéreas superiores (por crúpe, presença de corpo estranho ou epigloteite).
- Como a traqueia é curta (5 cm no bebê e 7 cm em criança de 18 meses), há maior risco de intubação seletiva ou de deslocamento acidental do tubo traqueal com qualquer movimentação da cabeça; por esse motivo, é importante a fixação adequada do tubo e a vigilância constante durante o transporte.
- Pequenas obstruções ou edemas das vias aéreas causam reduções relativamente grandes do seu diâmetro, levando a uma acentuada resistência ao fluxo de ar e, conseqüentemente, ao aumento do trabalho respiratório. Quando o fluxo aéreo é turbulento (por exemplo, durante o choro), a resistência a ele é ainda maior; por isso, deve-se tentar manter a criança o mais calma possível.
- O bebê e a criança necessitam de alta demanda de oxigênio por quilo de peso, pois sua taxa metabólica é elevada. Quando ocorre ventilação inadequada, a hipóxia se desenvolve muito rapidamente.
- O melhor posicionamento da cabeça para obtenção da permeabilidade da via aérea para ventilação com bolsa-valva-máscara ou para intubação traqueal é a chamada "posição de cheirar", obtida pela flexão do pescoço para frente e pela extensão da cabeça sobre o pescoço, mas evitando a hiperextensão, que pode levar à obstrução das vias aéreas, especialmente em bebês. No bebê, essa posição pode ser obtida com a colocação de um coxim sob o tronco e, na criança maior de 2 anos, um coxim sob o occipício. Em ambas as situações, o orifício do conduto auditivo externo deve estar posicionado anteriormente ao ombro do paciente. Com isso, consegue-se o alinhamento dos eixos oral, faríngeo e traqueal, e, conseqüentemente, a permeabilidade das vias aéreas.

### POSICÃO DE CHEIRAR



Fonte: Suporte Avançado de Vida em Pediatria (PALS), Manual do Profissional. Edição em português, 2012, página 64

APed 35 - Considerações especiais em relação à criança traumatizada

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis. Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

Elaboração: Abril/2016

1/3



**APed  
35**

**Protocolo Samu 192  
Protocolos de Emergências Pediátricas  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**

### APed 35 - Considerações especiais em relação à criança traumatizada

- Na "posição de cheirar" (extensão da articulação atlantoccipital), a coluna cervical fica em hiperextensão ao nível de C1-C2 e em hiperflexão ao nível de C5-C6. Por isso, **ela não deve ser usada** nos pacientes com possível trauma na coluna; nesses, a colocação do coxim deve manter a cabeça e o pescoço em **posição neutra**.
- No diafragma da criança, há predomínio de fibras musculares do tipo II, que são fibras de contração rápida, porém menos resistentes à fadiga. Assim, o aumento do trabalho respiratório provoca mais precocemente a fadiga da musculatura respiratória.
- O occipício relativamente grande no bebê e na criança < 8 anos naturalmente flete o pescoço quando em posição supina e superfície plana, causando obstrução da via aérea.
- Todos esses fatores somados tornam o paciente pediátrico mais predisposto ao desenvolvimento de insuficiência respiratória aguda do que o adulto.

#### Cabeça e pescoço

- Na criança < 8 anos, a cabeça é proporcionalmente maior em relação ao corpo; como resultado, o trauma de crânio está frequentemente associado a outros traumas e é importante causa de mortalidade.
- A cabeça proporcionalmente grande e mais pesada torna o impacto do movimento da cabeça sobre o pescoço maior na criança; assim, as lesões na altura de C1 e C2 (até C4) são mais comuns em crianças menores de 8 anos do que as lesões de cervical inferior.
- A vértebra da criança é menos rígida, mais cartilaginosa do que óssea e, portanto, menos sujeita a fraturas. Os músculos paravertebrais, ligamentos e tecidos moles circundantes são elásticos e menos resistentes.
- Como os ligamentos não são fortes e as vértebras são menos rígidas, podem ocorrer lesões ligamentares e na medula nervosa, sem que haja lesões ósseas das vértebras visíveis radiograficamente – *spinal cord injury without radiographic abnormalities (SCIWORA)* –, especialmente nos traumas com mecanismo de aceleração-desaceleração e nas quedas.
- A proeminência da região occipital na criança menor de 8 anos pode exacerbar uma instabilidade de lesão na coluna cervical, daí a importância da colocação de um coxim sob o tronco durante a imobilização em prancha longa.

#### Tórax

- Crianças têm parede torácica mais complacente, de forma que as fraturas de costela são menos comuns e a lesão do parênquima pulmonar (contusão) está frequentemente presente sem lesões ósseas; além disso, devido à mobilidade das estruturas mediastinais, a criança tem maior probabilidade de desenvolver pneumotórax hipertensivo do que o adulto.
- A presença de fratura de uma única costela deve ser entendida como trauma grave, com risco de morte; se houver duas ou mais costelas fraturadas, especialmente as posteriores, deve-se considerar como situação altamente sugestiva de maus-tratos.

#### Abdome:

- Nos bebês e nas crianças pequenas, o fígado e baço estão menos protegidos pelas costelas, estando mais suscetíveis à lesão direta.

**APed  
35**

**Protocolo Samu 192**  
**Protocolos de Emergências Pediátricas**  
**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**



## APed 35 - Considerações especiais em relação à criança traumatizada

### Sistema musculoesquelético:

- O esqueleto da criança não é completamente calcificado e contém vários centros cartilagosos de crescimento, sendo mais elástico e menos capaz de absorver as forças cinéticas aplicadas sobre ele do que o esqueleto do adulto, o que leva à ocorrência de lesões internas significativas, com presença de lesões externas mínimas.
- As crianças são mais suscetíveis às fraturas das fises (placas de crescimento) do que das diáfises.
- As perdas sanguíneas associadas à fratura isolada (mesmo de fêmur) são menores do que no adulto e, em geral, não causam, por si só, instabilidade hemodinâmica.

### Constituição corporal

- A criança apresenta menor quantidade de gordura corporal, maior elasticidade do tecido conjuntivo e maior proximidade dos órgãos internos, o que faz com que as forças exercidas sobre o corpo infantil não se dissipem tão bem quanto no adulto e espalhem energia para vários órgãos, causando lesões múltiplas em diferentes órgãos e tecidos. **O padrão do trauma infantil é o traumatismo multissistêmico.**
- A criança apresenta, proporcionalmente, maior superfície corporal do que o adulto, além de ter menor quantidade de tecido adiposo, sendo, portanto, mais suscetível à hipotermia.

### Equipamentos

- O atendimento pediátrico exige equipamentos e insumos adequados para os diferentes tamanhos de criança, e esse material deve estar sempre disponível.

### Ambiência

- A equipe do atendimento pré-hospitalar (APH) deve dedicar atenção especial aos responsáveis pelo paciente pediátrico, que poderão estar aflitos e ansiosos. Isso exige paciência, compreensão e boa comunicação por parte dos profissionais. A presença de membros da família durante o atendimento da criança, com o devido esclarecimento dos mesmos quanto à avaliação e aos procedimentos realizados, reduz tanto a ansiedade do paciente quanto dos familiares.
- No caso de paciente pediátrico desacompanhado, é importante seguir as orientações do Protocolo PE 11.
- É importante que os profissionais do APH redobrem sua atenção e seu grau de suspeição quando tratar-se de vítima pediátrica de trauma. Estar sempre atento à presença de lesões e sinais sugestivos de maus-tratos, **mesmo quando a história não sugerir essa hipótese.** Procurar por lesões em áreas não expostas.

Elaboração: Abril/2016

APed 35 - Considerações especiais em relação à criança traumatizada  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços

3/3



**APed  
36**
**Protocolo Samu 192  
Protocolos de Emergências Pediátricas  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**

**APed 36 – Afogamento**
**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**

Quando houver tosse, dificuldade respiratória ou parada cardiorrespiratória (PCR) decorrente de imersão/submersão em líquido.

**Conduta:**

1. Realizar impressão inicial e avaliação primária (APed 33) com ênfase no estabelecimento do grau de afogamento, conforme o quadro abaixo:

GRAU	NÍVEL DE CONSCIÊNCIA	AUSCULTA PULMONAR	RESPIRAÇÃO	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO
1	Consciente	Normal + tosse	Espontânea	Normal	Presente
2	Consciente	Estertores em alguns campos pulmonares + hipóxia	Espontânea	Normal	Presente
3	Consciente	Estertores em todos os campos pulmonares (edema pulmonar) + hipóxia	Espontânea	Normal	Presente
4	Consciente	Edema agudo + hipóxia	tosse reflexa, espirros, choro	Normal	Presente
5	Inconsciente	Edema agudo + hipóxia	Espontânea ou apneia	Normal	Presente
6	Inconsciente	Edema agudo	Apneia	Normal	Ausente

Elaboração: Abril/2016

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis. Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

APed 36 – Afogamento

1/2





**APed  
36**

**Protocolo Samu 192  
Protocolos de Emergências Pediátricas  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**

**APed 36 – Afogamento**

**2. Estabelecer a conduta para o grau encontrado, conforme indicado abaixo:**

- Grau 1: transportar para hospital, mesmo que totalmente assintomático, para que permaneça em observação nas primeiras horas;
  - Grau 2: oxigenioterapia em baixo fluxo e transportar ao hospital para internação;
  - Grau 3: oxigenioterapia em alto fluxo (por máscara facial ou via aérea avançada) e transportar ao hospital para internação;
  - Grau 4: oxigenioterapia em alto fluxo (por máscara facial ou via aérea avançada), reposição volêmica com cristalóide, considerar infusão de diurético e droga vasoativa (se disponível) e, se possível, transportar a um hospital com UTI;
  - Grau 5: atender conforme protocolo de parada respiratória em suporte avançado de vida (SAV); em caso de respiração espontânea, seguir conforme orientações do grau 4;
  - Grau 6: atender conforme protocolo de PCR em SAV, lembrando que, na vítima de submersão, as manobras devem seguir o padrão A-B-C, sendo priorizada a abordagem da via aérea (permeabilidade e ventilação).
- 3. Realizar a mobilização cuidadosa e considerar necessidade de imobilização adequada da coluna cervical, do tronco e dos membros, em prancha longa com alinhamento anatômico, sem atraso para o transporte.**
- 4. Na ausência de trauma associado ou diante de demora para o transporte, providenciar repouso em posição de recuperação, pelo risco de vômitos, se indicado.**
- 5. Controlar hipotermia: retirada das roupas molhadas, uso de mantas térmicas e/ou outros dispositivos para aquecimento passivo.**
- 6. Realizar contato com a Regulação Médica para definição do encaminhamento e/ou da unidade de saúde de destino.**

**Observações:**

- Considerar os 3 “S” (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- Atentar para o direito da criança de ter um acompanhante (responsável legal ou outro).
- Considerar a cinemática do trauma e sempre buscar possíveis lesões associadas.
- Atenção para a possibilidade de lesão de coluna cervical.
- ATENÇÃO: todas as pacientes pediátricos vítimas de submersão, mesmo que assintomáticos, devem ser transportados para o hospital, devido à possibilidade de aparecimento tardio de sintomas respiratórios.
- Todos os pacientes com PCR devem ser transportados para o hospital, pois deverão receber esforços de ressuscitação por período mais prolongado.

**APed  
37**

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Emergências Pediátricas  
**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**



## APed 37 – Queimaduras térmicas (calor)

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

Na presença de lesões dos tecidos orgânicos em decorrência de trauma de origem térmica resultante da exposição ou do contato com chamas, líquidos ou superfícies quentes.

### Conduta:

1. Afastar o paciente do agente causador ou o agente do paciente.
2. Realizar impressão inicial e avaliação primária (APed 33), tratando as condições que ameacem a vida.
3. No politraumatizado grave, tratar primeiro o trauma e os efeitos sistêmicos da queimadura, e depois a queimadura.
4. Manter a permeabilidade da via aérea (intubação traqueal, se necessário). Dar especial atenção ao aspecto geral da face do paciente: observar presença de sinais que sugiram possível queimadura de vias aéreas (queimaduras em cílios, sobrancelhas, pelos do nariz) e condições respiratórias. Nesses casos, considerar a **intubação traqueal precoce**.
5. Monitorizar a oximetria de pulso.
6. Administrar oxigênio em alto fluxo.
7. Estimar a porcentagem de superfície corpórea queimada (SCQ) utilizando a regra dos nove:

Regra dos nove para estimativa da SCQ

ÁREA CORPORAL	% NO ADULTO	% NA CRIANÇA
CABEÇA E PESCOÇO	9	18
MEMBROS SUPERIORES	9 (CADA)	9 (CADA)
MEMBROS INFERIORES	18 (CADA)	13,5 (CADA)
TRONCO ANTERIOR	18	18
TRONCO POSTERIOR	18	18
GENITAIS	1	1
TOTAL	100	100

Elaboração: Abril/2016

APed 37 – Queimaduras térmicas (calor)  
Este protocolo foi atualizado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/3



**APed  
37**

**Protocolo Samu 192  
Protocolos de Emergências Pediátricas  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**

**APed 37 – Queimaduras térmicas (calor)**

- 8.** Nas queimaduras em mais de 20% da superfície corpórea:
  - Instalar acesso venoso periférico em área não queimada; se não for possível, punccionar em área queimada e considerar punção intraóssea (IO);
  - repor volemia com Ringer lactato (RL) e informar o volume infundido ao médico do hospital de destino;
  - há diversas fórmulas para o cálculo do volume a ser administrado em 24h que levam em consideração a % de SCQ de segundo e terceiro graus e o peso do paciente. Sugere-se a fórmula de Parkland para esse cálculo para as primeiras 24h e o início da reposição na fase pré-hospitalar: **4 mL de RL x peso em kg x % SCQ de segundo e terceiro graus, a ser infundido nas primeiras 8 horas.**
- 9.** Realizar **analgesia sempre** (morfina) e sedação se necessário (APed 31), via intravenosa (IV) ou IO.
- 10.** Expor a área queimada, retirando as roupas que não estejam aderidas.
- 11.** Realizar avaliação secundária (Protocolo APed 34), procurando identificar outras lesões ou condições clínicas que não coloquem em risco imediato a vida do paciente.
- 12.** Avaliar glicemia capilar e tratar hipoglicemia, se indicado (Protocolo APed 25).
- 13.** Retirar objetos como anéis, brincos, pulseiras, desde que não estejam aderidos à pele.
- 14.** Irrigar com soro fisiológico (SF) em abundância (em temperatura ambiente), objetivando o resfriamento da área queimada; em seguida, cobrir com compressas secas, estéreis e não aderentes.
- 15.** Prevenir a hipotermia, preferencialmente com manta metálica.
- 16.** Realizar a mobilização cuidadosa e considerar a necessidade de imobilização adequada da coluna cervical, do tronco e dos membros, em prancha longa com alinhamento anatômico, sem atraso para o transporte.
- 17.** Realizar contato com a Regulação Médica para definição do encaminhamento e/ou da unidade de saúde de destino, sempre informando a SCQ estimada.

APed  
37

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Emergências Pediátricas  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA



## APed 37 – Queimaduras térmicas (calor)

### Observações:

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- Atentar para o direito da criança de ter um acompanhante (responsável legal ou outro).
- Considerar a cinemática do trauma e sempre buscar possíveis lesões associadas, como outras lesões traumáticas, queimaduras de vias aéreas, inalação de fumaça e resíduos tóxicos.
- Não romper ou perfurar bolhas no atendimento pré-hospitalar (APH).
- O uso de água gelada ou gelo é **contraindicado** para o resfriamento da queimadura.
- CUIDADO: o resfriamento de queimaduras extensas pode provocar hipotermia, especialmente no paciente pediátrico.
- Em relação à reposição de volume em queimaduras com mais de 20% de SCQ:
  - a reposição de volume precoce e ao longo das 24h iniciais é importante, porém o excesso de líquido pode promover danos graves;
  - acesso venoso e a reposição volêmica devem ser considerados especialmente se o transporte for demorado e se as condições do paciente exigirem;
  - metade do volume calculado deverá ser administrado nas primeiras 8h, e a segunda metade, nas 16h seguintes. Para calcular o volume por hora nas primeiras 8h, dividir o valor por 8.
  - **o minuto zero corresponde ao momento da queimadura e não ao da chegada da equipe de APH (que pode ser tardia).**
- As queimaduras circunferenciais devem ser tratadas como emergência, especialmente nos transportes prolongados, considerando a localização delas:
  - em pescoço e tórax: cricoidostomia (se não for possível a intubação traqueal) e escarotomia, se necessário;
  - em membros superiores e inferiores: avaliar perfusão periférica, pulso e temperatura, e realizar escarotomia, se necessário;
  - realizar analgesia sempre e, se necessário, sedação.
- **ATENÇÃO** para a possibilidade de MAUS-TRATOS. Sempre remover o paciente para um hospital quando houver essa possibilidade, mesmo que a queimadura seja de primeiro grau e em pequena superfície corpórea. Anotar detalhadamente na ficha de atendimento (registrar inclusive que há suspeita de maus-tratos) e informar essa suspeita ao médico que receber o caso no hospital. Deixar cópia da ficha de atendimento (com o registro dessa situação) no hospital, que deverá desencadear o processo de notificação compulsória do caso.
- **Lesões que indicam maus-tratos:** queimaduras com pontas de cigarro, marcas de ferro de passar roupa ou contato com outras superfícies quentes, queimaduras com líquido escaldante por imersão (limites bem definidos nas extremidades e nádegas), lesões envolvendo perineo, ou quando as informações da história são conflitantes com os achados clínicos.
- Lembrar que maus-tratos serão informados pelos familiares ou cuidadores como "acidentes". O grau de suspeição de quem presta atendimento pode salvar a vida de uma criança. A notificação é compulsória.

Elaboração: Abril/2016

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis. Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

APed 37 – Queimaduras térmicas (calor)

3/3



**APed  
38**

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Emergências Pediátricas  
**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**



## APed 38 - Técnicas básicas de manejo das vias aéreas – Manobras manuais de abertura

### Indicação

Paciente inconsciente em decorrência de agravo clínico ou traumático, com possível obstrução da via aérea pela flacidez da língua.

### Material

- Equipamento de proteção individual (EPI) obrigatório.

### Procedimentos

#### 1. Utilizar EPI.

#### 2. Realizar a manobra conforme indicado:

- Agravos clínicos: manobra de inclinação da cabeça com elevação do mento;
- Agravos traumáticos: manobra de tração da mandíbula no trauma e suas variações.

#### MANOBRA DE INCLINAÇÃO DA CABEÇA COM ELEVAÇÃO DO MENTO

Indicada para pacientes com agravos clínicos em que não há suspeita de lesão raquimedular ou história de trauma.

#### Técnica:

- Posicionar uma das mãos sobre a testa e os dedos indicador e médio da outra mão na região submentoniana do paciente.
- Realizar movimento de elevação do mento do paciente.
- Simultaneamente, efetuar uma leve extensão do pescoço.



#### MANOBRA DE TRAÇÃO DA MANDÍBULA NO TRAUMA (JAW THRUST)

Indicada para pacientes com agravos traumáticos em que há suspeita de lesão raquimedular.

#### Técnica:

- Manter a boca do paciente aberta.
- Posicionar-se à cabeceira do paciente.
- Realizar o controle manual da coluna cervical para alinhamento e estabilização em posição neutra, colocando as mãos espalmadas uma de cada lado da face do paciente. Os dedos indicadores do profissional devem inicialmente apontar em direção aos pés.
- Posicionar os dedos polegares próximos ao mento e os demais ao redor do ângulo da mandíbula do paciente.
- Simultaneamente, enquanto mantém o alinhamento com as mãos, aplicar força simétrica para elevar a mandíbula anteriormente (para frente), enquanto promove a abertura da boca.



APed 38 - Técnicas básicas de manejo das vias aéreas – Manobras manuais de abertura

Elaboração: Abril/2016

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis. Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/2



**APed  
38**

**Protocolo Samu 192  
Protocolos de Emergências Pediátricas  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**

**APed 38 - Técnicas básicas de manejo das vias aéreas – Manobras manuais de abertura**

**MANOBRA DE TRACÇÃO DA MANDÍBULA NO TRAUMA (JAW THRUST) – ALTERNATIVA**

Indicada para pacientes com agravos traumáticos em que há suspeita de lesão raquimedular.

**Técnica:**

- Posicionar-se ao lado do paciente, olhando de frente na direção da sua cabeça.
- Manter a imobilização da cabeça e do pescoço em posição neutra a partir da colocação das mãos uma de cada lado da face do paciente.
- Os dedos devem inicialmente apontar para a parte de cima da cabeça.
- Posicionar os dedos polegares na face e os demais ao redor do ângulo da mandíbula do paciente.
- Com os dedos posicionados, aplicar pressão simétrica na mandíbula para movê-la anteriormente (para frente) e levemente para baixo (em direção aos pés do paciente).



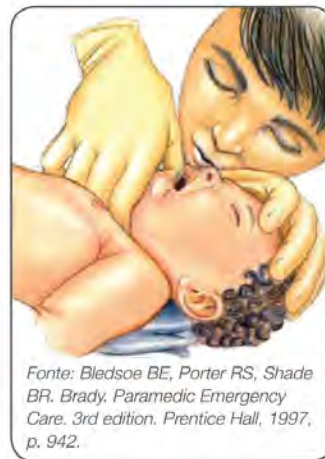
Fonte: PHTLS. Tradução da 7ª edição, 2012, p.158

**MANOBRA DE ELEVAÇÃO DO MENTO NO TRAUMA (CHIN LIFT)**

Indicada para pacientes com agravos traumáticos em que há suspeita de lesão raquimedular.

**Técnica:**

- São necessários dois profissionais (ideal).
- O primeiro profissional se posiciona à cabeceira do paciente e executa o alinhamento manual da cabeça em posição neutra, estabilizando a coluna.
- O segundo profissional se posiciona ao lado do paciente, olhando para sua cabeça e, com a mão mais próxima dos pés do paciente, pinça a arcada dentária inferior entre o polegar e os dois primeiros dedos, colocados abaixo do queixo do paciente.
- Com os dedos posicionados, o profissional traciona o queixo anteriormente e levemente para baixo, elevando a mandíbula enquanto abre a boca do paciente.



Fonte: Bledsoe BE, Porter RS, Shade BR, Brady. Paramedic Emergency Care. 3rd edition. Prentice Hall, 1997, p. 942.

**Observações**

- Retirar manualmente, com espátulas ou pinças de Magill, quaisquer corpos estranhos que possam ser observados na cavidade bucal.
- Aspirar secreções preferencialmente com sonda de aspiração de ponta rígida.

APed 38 - Técnicas básicas de manejo das vias aéreas – Manobras manuais de abertura

Elaboração: Abril/2016

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis. Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

2/2



**APed  
39**

**Protocolo Samu 192  
Protocolos de Emergências Pediátricas  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**



## APed 39 – Técnica de ventilação com dispositivo bolsa-valva-máscara (BVM)

### Indicação

Paciente pediátrico que não respira ou que respira de forma inadequada apesar de ter via aérea patente – apresenta frequência respiratória anormal, sons respiratórios inadequados e/ou hipoxemia apesar de receber oxigênio (O<sub>2</sub>) suplementar – e que, portanto, tem indicação de ventilação assistida.

### Material e equipamentos

- Equipamento de proteção individual (EPI) obrigatório
- Fonte de oxigênio
- Fonte de vácuo ou aspirador portátil
- Monitor cardíaco e oxímetro de pulso
- Os seguintes equipamentos em diferentes tamanhos, adequados para a idade e peso do paciente pediátrico (ver Protocolo APed 1 – Parâmetros Pediátricos);
  - Dispositivo bolsa-valva-máscara (BVM) com reservatório: máscara adequada acoplada à bolsa autoinsuflável;
  - Cateter de aspiração;
- Coxim para alinhar a via aérea.

### Procedimento

1. Usar EPI: luvas, máscara, óculos de proteção.
2. Escolher a máscara facial adequada e acoplá-la à bolsa autoinsuflável. A máscara facial deve:
  - Cobrir da ponte nasal até a fenda do queixo, recobrimdo o nariz e a boca, sem comprimir os olhos (Figura 1);
  - Ter a borda macia, que se molde facilmente e crie uma vedação firme contra a face, para impedir o escape de ar;
  - Idealmente ser transparente, para permitir a visualização da coloração dos lábios do paciente, da condensação da máscara (que indica exalação do ar) e de eventual regurgitação.
3. Escolher a bolsa autoinsuflável (que apresenta uma válvula de entrada e uma válvula de saída sem reinalação):
  - Para neonatos, bebês e crianças pequenas: bolsa com volume de pelo menos 450 a 500 mL, máximo de 750 mL;
  - Crianças maiores e adolescentes: talvez seja necessário usar bolsa de adulto (1.000 mL) para obter a elevação do tórax.
4. Testar o dispositivo antes do uso:
  - Verificar a presença de vazamentos: ocluir a válvula de saída do paciente com a mão e comprimir a bolsa;
  - Verificar se as válvulas de controle do fluxo de gás estão funcionando adequadamente;
  - Verificar se a tubulação de O<sub>2</sub> está firmemente conectada ao dispositivo e à fonte de O<sub>2</sub>;
  - Escutar se há som do O<sub>2</sub> fluindo para a bolsa.
5. Conectar um reservatório de oxigênio à válvula de entrada para poder transferir alta concentração de O<sub>2</sub> (60 a 95%). Manter fluxo de O<sub>2</sub> de 10 a 15 L/min para o reservatório conectado à bolsa pediátrica e de pelo menos 15 L/min para reservatório conectado à bolsa de adulto.

Figura 1: Tamanho correto da máscara facial: área da face para aplicação da máscara.



Fonte: Suporte Avançado de Vida em Pediatria (PALS). Manual do Profissional. Edição em português, 2012, p. 61.

Elaboração: Janeiro/2016

APed 39 – Técnica de ventilação com dispositivo bolsa-valva-máscara (BVM)  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/3



**APed  
39**

**Protocolo Samu 192  
Protocolos de Emergências Pediátricas  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**

**APed 39 – Técnica de ventilação com dispositivo bolsa-valva-máscara (BVM)**

6. Certificar-se de que o aspirador está funcionando, caso seja necessário utilizá-lo.
7. Posicionar o paciente, para manter a via aérea aberta e otimizar a ventilação:
  - Colocar na posição "olfativa", sem hiperextensão do pescoço, que é a melhor para bebês e crianças de 1 a 3 anos. Para obter essa posição, pode ser necessário:
    - Colocar coxim (de 2 a 3 cm de espessura) sob os ombros nos bebês e crianças até 2 anos (Figura 2);
    - Colocar coxim (de 2 a 3 cm de espessura) sob a cabeça/occipício da criança > 2 anos (Figura 2);
    - Observar que o posicionamento correto coloca a abertura do canal auditivo externo em posição anterior ao ombro;
    - Ter cuidado ao manipular se houver suspeita de trauma na coluna cervical; nesse caso, manter posição neutra, sem extensão do pescoço.

**Posicionamento da criança > 2 anos:**

A: em superfície plana, os eixos oral (O), faríngeo (P) e traqueal (T) passam por 3 planos divergentes;

B: o coxim sob o occipício alinha os eixos faríngeo e traqueal;

C: a extensão da articulação atlanto-occipital (posição olfativa) alinha os 3 eixos. Essa posição não deve ser realizada na suspeita de trauma de coluna cervical.

**No bebê:**

D: posição incorreta, com flexão do pescoço;

E: posição correta, com coxim sob os ombros.

Observação: o posicionamento correto coloca o canal auditivo externo em posição anterior ao ombro.

Figura 2: Posicionamento correto do paciente para a ventilação.



Fonte: Suporte Avançado de Vida em Pediatria (PALS). Manual do Profissional. Edição em português, 2012, p. 64.

8. Executar a ventilação:
  - Adaptar a máscara à face do paciente, utilizando a técnica do "E-C":
    - O polegar e o dedo indicador formam um "C" sobre a máscara, para vedá-la firmemente sobre a face;
    - Enquanto isso, os outros dedos da mesma mão formam um "E" e são posicionados ao longo da mandíbula, para elevá-la para frente, puxando a face em direção à máscara (Figura 3), tendo o cuidado de não pressionar tecidos moles do pescoço.

Figura 3: Técnica do "E-C" para aplicação da máscara facial com uma mão.



Fonte: Suporte Avançado de Vida em Pediatria (PALS). Manual para Provedores. Edição em português, 2003, p. 93.

Elaboração: Janeiro/2016

APed 39 – Técnica de ventilação com dispositivo bolsa-valva-máscara (BVM)

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis. Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

2/3





**APed  
39**

**Protocolo Samu 192**  
**Protocolos de Emergências Pediátricas**  
**SUORTE AVANÇADO DE VIDA**



**APed 39 – Técnica de ventilação com dispositivo bolsa-valva-máscara (BVM)**

- Técnica de ventilação realizada por um profissional (Figura 4):
  - Abrir a via aérea;
  - Manter a máscara vedada contra a face do paciente com uma das mãos, utilizando a técnica do "E-C";
  - Se possível, manter a boca aberta sob a máscara;
  - Comprimir a bolsa/insuflador com a outra mão.

**Figura 4: Técnica de ventilação com dispositivo BVM com um profissional.**



Fonte: Suporte Avançado de Vida em Pediatria (PALS). Manual para Provedores. Edição em português, 2003, p. 53.

- Técnica de ventilação realizada por dois profissionais (Figura 5):
  - Um dos profissionais deve utilizar as duas mãos para abrir a via aérea e vedar a máscara contra a face do paciente;
  - O outro profissional deve comprimir a bolsa/insuflador;
  - Ambos devem observar a elevação do tórax.

**Figura 5: Técnica de ventilação com dispositivo BVM com dois profissionais.**



Fonte: Suporte Avançado de Vida em Pediatria (PALS). Manual para Provedores. Edição em português, 2003, p. 94.

- 9. Atentar para o fornecimento de ventilação eficaz:**
- Evitar ventilação excessiva: usar apenas a força e o volume corrente necessários para simplesmente promover a elevação do tórax;
  - Administrar cada ventilação por cerca de 1 segundo;
  - Avaliar a eficácia da oxigenação e ventilação monitorando frequentemente os seguintes parâmetros:
    - Elevação visível do tórax a cada ventilação;
    - Saturação de O<sub>2</sub>;
    - Frequência cardíaca;
    - Pressão arterial;
    - Sinais de melhora ou deterioração (aparência, cor, agitação);
  - Titular a administração de O<sub>2</sub> para manter saturação de O<sub>2</sub> entre 94 e 99%.

**Observação**

- A ventilação excessiva é nociva porque:
  - Aumenta a pressão intratorácica e impede o retorno venoso, diminuindo o débito cardíaco, a perfusão coronária e o fluxo sanguíneo cerebral;
  - Causa retenção de gás e barotrauma em pacientes com obstrução em vias aéreas pequenas;
  - Aumenta o risco de regurgitação e aspiração em pacientes sem via aérea avançada instalada;
  - Promove distensão gástrica que pode comprometer a ventilação.

Elaboração: Janeiro/2016

APed 39 – Técnica de ventilação com dispositivo bolsa-valva-máscara (BVM)  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

3/3



## APed 40

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Emergências Pediátricas  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA



### APed 40 – Técnicas básicas de manejo das vias aéreas - aspiração

#### Indicação

Paciente incapaz de eliminar de maneira eficiente o acúmulo de secreções em vias aéreas superiores.

#### Material e equipamentos

- Equipamento de proteção individual (EPI) obrigatório
- Dois pacotes de gazes estéreis
- Luvas de procedimentos ou estéreis
- Solução salina 0,9% – ampola de 10 mL
- Fonte de vácuo ou aspirador portátil
- Sonda de aspiração de tamanho apropriado à idade/peso do paciente (APed 1) ou cânula de ponta rígida para uso no caso de suspeita de trauma, se disponível
- Mangueira intermediária do aspirador, para conectar a sonda ao aspirador
- Oxímetro de pulso

#### Procedimento

1. Utilizar EPI.
2. Comunicar o paciente e/ou responsável sobre o procedimento necessário.
3. Abrir o pacote da sonda de aspiração e conectá-la ao intermediário do aspirador (látex), mantendo-a dentro do invólucro.
4. Calçar as luvas de procedimentos ou estéreis, de acordo com o tipo de procedimento.
5. Retirar a sonda do pacote.
6. Segurar a extremidade da sonda com uma gaze.
7. Ligar o aspirador.
8. Pinçar manualmente a mangueira que conecta a sonda ao aspirador (látex), se for usada sonda sem válvula de sucção, ou acionar a válvula de sucção.
9. Considerar a técnica de introdução da sonda de acordo com o tipo de agravo do paciente (ver abaixo).

#### Aspiração oral e nasotraqueal

##### Agravos clínicos:

- Introduzir a sonda flexível na cavidade nasotraqueal com o látex pinçado manualmente e, quando posicionada, liberar o fluxo para aspiração, retirando lentamente em movimentos circulares;
- Introduzir a sonda flexível na cavidade oral com o látex pinçado manualmente e, quando posicionada, liberar o fluxo para aspiração, retirando-a lentamente em movimentos circulares.

##### Agravos traumáticos:

- Introduzir a sonda de ponta rígida (se disponível), posicionando-a lateralmente na cavidade oral e, com o látex pinçado manualmente, liberar o fluxo para aspiração, retirando-a lentamente em movimento único;
- Não realizar movimentos circulares na retirada.

**ATENÇÃO:** quando indicado, aspirar primeiro a cavidade oral e depois a nasofaringe, com o objetivo de diminuir contaminações.

Elaboração: Janeiro/2016

APed 40 – Técnicas básicas de manejo das vias aéreas - aspiração  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/2



**APed  
40**

**Protocolo Samu 192**  
**Protocolos de Emergências Pediátricas**  
**SUORTE AVANÇADO DE VIDA**

## APed 40 – Técnicas básicas de manejo das vias aéreas - aspiração

### Aspiração do tubo traqueal

- Pré-oxigenar o paciente com oxigênio (O<sub>2</sub>) a 100%;
  - Calçar luva estéril;
  - Desacoplar o ventilador mecânico ou bolsa-valva-máscara (BVM) com reservatório do tubo traqueal;
  - Inserir gentilmente a sonda flexível estéril no tubo traqueal (até o final ou 1 cm além do final do tubo) com o látex pinçado e, quando posicionada, liberar o fluxo para aspiração, retirando-a lentamente em movimentos circulares;
  - Cada tentativa de sucção não deve exceder 10 segundos e deve ser precedida e sucedida de ventilação com O<sub>2</sub> a 100%, para evitar hipoxemia;
  - Ventilar o paciente com BVM, com reservatório acoplado à fonte de oxigênio.
10. Monitorizar frequência cardíaca, oximetria de pulso e aparência clínica do paciente durante o procedimento de aspiração.
  11. Interromper a aspiração e oxigenar imediatamente caso ocorra bradicardia, deterioração da aparência clínica ou queda brusca da saturação de O<sub>2</sub>.
  12. Desprezar a sonda de aspiração descartável (ou encaminhar para o reprocessamento, se tiver ponta rígida metálica).
  13. Retirar as luvas.
  14. Registrar o procedimento na ficha de atendimento, incluindo aspecto e quantidade de secreções e resposta do paciente.

### Observações

- Para determinar a profundidade de inserção da sonda por via nasotraqueal, mensurar o cateter do lóbulo da orelha até a comissura labial do paciente.
- Analisar, durante todo o procedimento, o risco de comprometimento da função cardiopulmonar, náusea e vômito.
- Realizar o procedimento quantas vezes for necessário.
- Observar possível resposta vagal, como: espasmo laríngeo, apneia e bradicardia.
- Considerar a posição semi-fowler ou fowler para a aspiração (contraindicada nos casos de trauma).
- Especialmente os pacientes com rebaixamento do nível de consciência e com grande quantidade de sangue ou vômitos na cavidade oral podem ser colocados em decúbito lateral, **mantendo-se a estabilização da coluna cervical em caso de trauma**, para que a força da gravidade auxilie na limpeza da via aérea, enquanto o material é preparado e nos primeiros momentos da aspiração.
- **ATENÇÃO:** nos casos de trauma com sinais de possível fratura de base de crânio (com sangramento por nariz, boca e/ou orelha), está **CONTRAINDICADA** a aspiração nasofaríngea.

Elaboração: Janeiro/2016

APed 40 – Técnicas básicas de manejo das vias aéreas - aspiração  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

2/2



**APed  
41**

**Protocolo Samu 192  
Protocolos de Emergências Pediátricas  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**



## APed 41 – Técnicas básicas de manejo das vias aéreas - cânula orofaríngea - Guedel

### Indicações

- Paciente inconsciente sem reflexo de vômito ou tosse, incapaz de manter a via aérea permeável.
- Para prevenir a mordedura do tubo traqueal em pacientes intubados.

### Material e equipamentos

- Equipamento de proteção individual (EPI) obrigatório
- Cânula orofaríngea (COF) de tamanhos variados

### Técnica para avaliar o tamanho adequado da COF

- Posicionar a COF próxima à face do paciente;
- Nos bebês e crianças: realizar a medida da distância entre a comissura labial e o ângulo da mandíbula do mesmo lado (ver figura abaixo);
- Aproximar a saliência circular da COF da comissura labial (canto da boca) e direcionar a ponta da COF para o ângulo da mandíbula do mesmo lado;
- É ideal o tamanho que alcançar tais extremidades.

Seleção do tamanho adequado da COF:

- A: com saliência circular na comissura labial, a ponta da COF deve terminar exatamente no ângulo da mandíbula;
- B: se a COF for muito comprida, a ponta se localizará posteriormente ao ângulo da mandíbula
- C: e obstruirá a abertura glótica, empurrando a epiglote para baixo;
- D: se a COF for muito pequena, a ponta se localizará bem acima do ângulo da mandíbula e aumentará a obstrução da via aérea, empurrando a língua em direção à hipofaringe.

Seleção do tamanho adequado da COF:



Fonte: Suporte Avançado de Vida em Pediatria (PALS). Manual para Proveedores. Edição em português, 2003, p. 90.

### Procedimento

1. Utilizar EPI.
2. Selecionar o tamanho adequado da COF, conforme técnica apresentada acima.
3. Remover secreções ou sangue da boca e faringe por meio da aspiração.
4. Inserir a COF conforme técnica: no paciente pediátrico, INSERIR A COF COM A CONCAVIDADE VOLTADA PARA BAIXO, até atingir a parede posterior da faringe e ficar acomodada. Idealmente, a cânula deve ser inserida enquanto uma espátula (abaixador de língua) mantém a língua no assoalho da boca.

### IMPORTANTE:

- Cuidado para não deslocar a língua para trás durante o procedimento, causando obstrução de vias aéreas;
  - **NÃO DEVE SER REALIZADA ROTAÇÃO DE 180 GRAUS**, para evitar lesões de tecidos moles da orofaringe e sangramento (o que dificultará o acesso à via aérea).
5. Registrar o procedimento na ficha de atendimento.

Elaboração: Janeiro/2016 | APed 41 – Técnicas básicas de manejo das vias aéreas - cânula orofaríngea - Guedel | Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis. Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/2



**APed  
41**

**Protocolo Samu 192  
Protocolos de Emergências Pediátricas  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**

**APed 41 – Técnicas básicas de manejo das vias aéreas - cânula orofaríngea - Guedel**

**Observações**

- Equívocos na indicação, medição e posicionamento podem ativar o reflexo de tosse, causar obstrução das vias aéreas ou gerar laringoespasmos e vômitos.
- Se ocorrer reflexo de tosse ou vômito, suspender o procedimento.
- Observar possível resposta vagal, como: espasmo laríngeo, apnéia e bradicardia.
- Avaliar a resposta do paciente ao procedimento, dentre outras formas, por meio da oximetria.
- **ATENÇÃO:** a cânula orofaríngea deve ser colocada com a curvatura voltada para baixo, ao contrário do adulto, em que se faz a introdução com a curvatura para cima, seguida de rotação de 180°. A rotação é desaconselhada na criança, pois pode provocar lesões e sangramento importante na orofaringe, dificultando a abordagem da via aérea.

APed 41 – Técnicas básicas de manejo das vias aéreas - cânula orofaríngea - Guedel  
Elaboração: Janeiro/2016 | Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

2/2



**APed  
42**

**Protocolo Samu 192  
Protocolos de Emergências Pediátricas  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**



## APed 42 – Técnicas avançadas de manejo das vias aéreas - máscara laríngea

### Indicação

Pacientes inconscientes ou com acentuada depressão do nível de consciência e com reflexo de vômito ausente, quando a ventilação por bolsa-valva-máscara (BVM) com reservatório e/ou a intubação orotraqueal não forem possíveis ou a ventilação não reverter os sinais de hipoxemia.

### Materiais

- Equipamento de proteção individual (EPI)
- Máscara laríngea (ML) (tamanhos pediátricos)
- Seringa de 20 ml
- Gel lubrificante

### Procedimento

1. Utilizar EPI.
2. Escolher o tamanho da ML considerando o peso do paciente.
3. Técnica:
  - Desinflar totalmente o manguito pneumático (*cuff*) da ML utilizando uma seringa;
  - Lubrificar levemente a face posterior da máscara para facilitar o deslizamento pelo palato e pela curvatura da faringe; evitar excesso de gel;
  - Segurar a ML usando a barra de fixação como apoio ou posicionando o dedo indicador na junção do manguito pneumático com o tubo;
  - Realizar uma leve extensão na cabeça do paciente (para os pacientes de trauma, realizar a manobra de projeção da mandíbula);
  - Iniciar a passagem da ML com sua abertura voltada para a língua e seu dorso para o palato, de forma alinhada e com movimento curvilíneo contínuo, breve e firme;
  - A inserção deve ser realizada o mais profundamente possível na hipofaringe até que exista resistência na passagem (figura abaixo);
  - Certificar-se do correto posicionamento (o tubo da ML deverá estar alinhado com o nariz do paciente e o protetor de mordedura deverá estar alinhado com os dentes);
  - Insuflar o manguito com a quantidade de ar recomendada pelo fabricante, acompanhando pelo *cuff* a quantidade de ar insuflada;
  - Conectar o dispositivo BVM e insuflar, observando a expansão torácica e realizando a ausculta pulmonar padrão para confirmar a ventilação;
  - Fixar a ML adequadamente com "cadarço" ou fixador adequado.

### Máscara laríngea

Inserção correta: a ponta da ML fica posicionada no esôfago e a sua abertura posicionada na glote



Fonte: Suporte Avançado de Vida em Pediatria.  
Manual para Provedores, 2003, p. 98.

Elaboração: Janeiro/2016

APed 42 – Técnicas avançadas de manejo das vias aéreas - máscara laríngea  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/2



**APed  
42**

**Protocolo Samu 192**  
**Protocolos de Emergências Pediátricas**  
**SUORTE AVANÇADO DE VIDA**

**APed 42 – Técnicas avançadas de manejo das vias aéreas - máscara laríngea**

4. Nas crianças maiores, pode-se utilizar protetor antimordedura adicional (confeccionar um pequeno rolo de gaze de diâmetro maior que o tubo da ML e colocá-lo lateralmente entre as arcadas dentárias superior e inferior para evitar que o paciente morda a ML).

**Observações**

- Outros dispositivos supraglóticos que disponham de tamanhos pediátricos também poderão ser utilizados, devendo-se realizar treinamento da técnica específica para cada um deles.
- A ML, assim como os demais dispositivos supraglóticos, não protege totalmente as vias aéreas da regurgitação, havendo possibilidade de aspiração.
- A extensão da cabeça e do pescoço favorece a inserção da ML, mas, no trauma, a manobra de elevação da mandíbula é suficiente para facilitar o procedimento.
- Nunca exceder o volume indicado para enchimento do *cuff*.
- Durante o procedimento do enchimento do *cuff* é normal ocorrer um pequeno retrocesso da ML, devido ao acomodamento do coxim da ML sobre as estruturas supraglóticas.
- Esse procedimento é atribuição do profissional enfermeiro ou médico.
- A realização desse procedimento deve estar condicionada ao treinamento e experiência do profissional.
- Considerar as restrições no uso da ML:

Risco de regurgitação do conteúdo gástrico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pacientes que não estejam em jejum</li> <li>• Obesidade extrema ou mórbida</li> <li>• Politraumatizados com estômago cheio</li> <li>• Pacientes com dor e/ou tratamento com opioides</li> <li>• Pressão intracraniana aumentada</li> </ul>
Baixa complacência pulmonar ou resistência à ventilação	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fibroses, obesidade mórbida, broncoespasmo, edema pulmonar, trauma torácico</li> <li>• Grandes tumores cervicais.</li> </ul>
Alterações anatômicas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Impossibilidade de extensão cervical (como na instabilidade da coluna cervical)</li> <li>• Patologias faríngeas e orais (hematomas e tumores)</li> <li>• Obstrução na laringe ou abaixo dela</li> </ul>
Outras	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pouca familiaridade do profissional com a técnica e os cuidados no manuseio da ML</li> <li>• Excesso de lubrificante pode causar obstrução da faringe e laringoespasmo</li> </ul>

Elaboração: Janeiro/2016

APed 42 – Técnicas avançadas de manejo das vias aéreas - máscara laríngea  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

2/2



**APed  
43**

**Protocolo Samu 192  
Protocolos de Emergências Pediátricas  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**



## APed 43 – Técnicas avançadas de manejo das vias aéreas - intubação orotraqueal

### Indicação

- Paciente pediátrico com indicação de via aérea definitiva.
- Indicações para intubação traqueal no paciente pediátrico: presença de hipoxemia refratária à administração de oxigênio; insuficiência respiratória; impossibilidade de ser adequadamente ventilado com dispositivo bolsa-valva-máscara (BVM); perda dos reflexos de proteção da via aérea; instabilidade hemodinâmica; rebaixamento do nível de consciência (Escala de Glasgow  $\leq 8$ ); queimaduras com possibilidade de envolvimento da via aérea; trauma grave da parede torácica ou das vias aéreas; politraumatismo; parada cardiorrespiratória; transporte de pacientes de risco.

### Material e equipamentos

- Equipamento de proteção individual (EPI) obrigatório;
- Fonte de oxigênio e máscara não reinalante;
- Fonte de vácuo ou aspirador portátil;
- Os seguintes equipamentos em diferentes tamanhos, adequados para a idade e peso do paciente pediátrico (APed 1) ou utilizar a fita de Broselow, se disponível:
  - Dispositivo BVM com reservatório;
  - Laringoscópio com lâminas adequadas, retas e curvas (não esquecer de testar o laringoscópio e as pilhas previamente);
  - Tubo endotraqueal\*;
  - Fio guia ou bougie;
  - Sonda de aspiração;
  - Máscara laríngea ou outro dispositivo supraglótico em tamanhos pediátricos (escolher o tamanho de acordo com indicação do fabricante);
  - Jelco de grosso calibre e seringa ou dispositivo específico para cricotireoidostomia por punção (deixar facilmente disponível, caso necessário);
  - Material para fixação do tubo traqueal ou outro dispositivo de via aérea;
  - Coxim para alinhar a via aérea;
  - Monitor cardíaco, oxímetro de pulso, esfigmomanômetro com manguitos adequados ao tamanho do paciente, capnógrafo (se disponível);
  - Equipamento para acesso vascular intravenoso/intraósseo (IV/IO) (de tamanho adequada) e para infusão de fluidos e medicação.

(\*) ATENÇÃO - Regra prática para seleção do tamanho do tubo endotraqueal:  
idade (em anos)

- sem cuff:  $\frac{\text{idade (em anos)}}{4} + 4$
- com cuff:  $\frac{\text{idade (em anos)}}{4} + 3$

### Procedimento

1. Usar EPI: luvas, máscara, óculos de proteção.
2. Se for realizar sequência rápida de intubação (SRI), preparar todo o material, equipamentos e toda a medicação que será utilizada, antes de iniciar o procedimento, conforme Protocolo APed 52.
3. Instalar acesso vascular IV/IO.

Elaboração: Janeiro/2016 | APed 43 – Técnicas avançadas de manejo das vias aéreas - intubação orotraqueal | Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis. Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/4





**APed  
43**

**Protocolo Samu 192  
Protocolos de Emergências Pediátricas  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**

**APed 43 – Técnicas avançadas de manejo das vias aéreas - intubação orotraqueal**

4. Pré-oxigenar o paciente com fração inspirada de oxigênio (FiO<sub>2</sub>) de 100% com máscara não reinalante bem adaptada à face ou insuflar cuidadosamente com BVM com reservatório, se indicado, acompanhando o ritmo respiratório do paciente.
5. Instalar monitorização: cardíaca, oximetria de pulso, pressão arterial e capnografia (se disponível).
6. Posicionar o paciente e colocar coxim (de 2 a 3 cm de espessura) para alinhar a via aérea: colocar o coxim sob os ombros nos bebês e crianças até 2 anos e sob a cabeça/occipício na criança > 2 anos. Cuidado ao manipular se houver suspeita de trauma na coluna cervical (não retirar ou afrouxar o colar cervical sem realizar manobras de proteção da coluna cervical).

Posicionamento da criança > 2 anos:

A: em superfície plana, os eixos oral (O), faríngeo (P) e traqueal (T) passam por três planos divergentes;

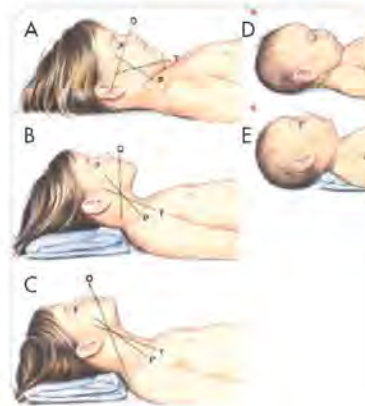
B: o coxim sob o occipício alinha os eixos faríngeo e traqueal;

C: a extensão da articulação atlanto-occipital (posição de cheirar) alinha os três eixos. Essa posição não deve ser realizada na suspeita de trauma de coluna cervical.

No bebê:

D: posição incorreta com flexão do pescoço;

E: posição correta, com coxim sob os ombros.



Fonte: Suporte Avançado de Vida em Pediatria (PALS).  
Manual do Profissional. Edição em português, 2012, p. 64

**Observação:** o posicionamento correto coloca o canal auditivo externo em posição anterior ao ombro.

7. Certificar-se de que o aspirador está funcionando.
8. Conectar a lâmina do laringoscópio ao cabo e verificar a intensidade da luz.
  - lâmina reta: preferida para bebês e crianças de 1 a 6 anos, porque promove melhor visualização da glote (APed 1);
  - A partir dos 7 anos de idade, podem ser utilizadas lâminas retas ou curvas (APed 1).
9. Realizar sedação, se indicado.
10. Se for realizar SRI, seguir os passos do procedimento: administrar pré-medicação, sedação, pressão na cartilagem cricoide e bloqueador neuromuscular (APed 52).

Elaboração: Janeiro/2016 | APed 43 – Técnicas avançadas de manejo das vias aéreas - intubação orotraqueal  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

2/4



**APed  
43**

**Protocolo Samu 192  
Protocolos de Emergências Pediátricas  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**



## APed 43 – Técnicas avançadas de manejo das vias aéreas - intubação orotraqueal

- 11.** Em caso de trauma, solicitar que outro profissional imobilize manualmente a cabeça e o pescoço do paciente, objetivando manter a posição neutra; não deve ocorrer hiperextensão nem flexão da cabeça durante o procedimento.



Fonte: Suporte Avançado de Vida em Pediatria (PALS), Manual para Provedores. Edição em português, 2003, p. 93.

- 12.** Realizar a intubação orotraqueal da seguinte forma:

- Segurar o laringoscópio com a mão esquerda;
- Inserir a lâmina do laringoscópio no lado direito da boca, deslocando a língua para a esquerda;
- Exercer tração para cima, em direção ao eixo longo do cabo, para deslocar a base da língua e a epiglote anteriormente, expondo a glote;
- Visualizar a epiglote e, a seguir, as cordas vocais;
- Não realizar pressão cricoide (não é indicada de rotina), exceto se for realizar SRI (APed 52);
- Inserir a cânula traqueal entre as cordas vocais, procurando atingir a profundidade indicada para a faixa etária (APed 1); também pode ser usada a fórmula abaixo para estimar a profundidade adequada de inserção do tubo, ou, alternativamente, essa profundidade pode ser estimada pela multiplicação do tamanho do diâmetro interno (DI) da cânula selecionada por três (profundidade de inserção (cm) = DI x 3):

$$\text{Profundidade de inserção (cm)}: \frac{\text{idade (em anos)}}{2} + 12$$

- Segurar a cânula com os dedos indicador e polegar próximo à rima labial para evitar deslocamento, até checar a posição e realizar a fixação.

- 13.** Confirmar a intubação traqueal por meio de:

- Ao ventilar com dispositivo BVM, observar a expansibilidade pulmonar bilateral;
- Ausculta de região epigástrica, bases e ápices durante a ventilação;
- Melhora da saturação de oxigênio;
- Presença de vapor úmido na cânula;
- Laringoscopia direta;
- Detecção de dióxido de carbono (CO<sub>2</sub>) traqueal, após conectar o capnógrafo (se disponível).

- 14.** Se não conseguir a intubação em até 30 segundos, interromper a tentativa e ventilar o paciente com dispositivo BVM antes de tentar novamente.

- 15.** Se confirmada a intubação traqueal, realizar a fixação da cânula próximo à rima labial.

- 16.** Checar novamente a posição da cânula com ausculta, pois pode ter ocorrido seu deslocamento durante a fixação.

- 17.** Conectar a cânula ao ventilador mecânico e estabelecer os padrões de ventilação de acordo com o quadro clínico do paciente.

Elaboração: Janeiro/2016 | APed 43 – Técnicas avançadas de manejo das vias aéreas - intubação orotraqueal | Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis. Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

3/4



**APed  
43**

**Protocolo Samu 192  
Protocolos de Emergências Pediátricas  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**

**APed 43 – Técnicas avançadas de manejo das vias aéreas - intubação orotraqueal**

18. Monitorizar constantemente os dados do oxímetro de pulso.
19. Ter um plano alternativo, caso haja impossibilidade de intubar o paciente: usar dispositivos supraglóticos ou realizar cricotireoidostomia por punção.

**Observações**

- Na ausência de trauma, a via aérea do paciente pediátrico é mais bem protegida pelo discreto posicionamento anterossuperior da face ("posição de cheirar"). Entretanto, na presença de trauma de coluna cervical, a posição neutra protege melhor a coluna cervical, enquanto assegura a permeabilidade da via aérea.
- Considerar as algumas particularidades anatômicas da via aérea do paciente pediátrico:
  - Há desproporção do crânio em relação ao restante do corpo, isto é, a cabeça é proporcionalmente maior quanto menor for a criança. Há também proeminência do occipício, principalmente até os 4 anos de idade. Portanto, existe a tendência de adquirir uma posição de flexão quando em superfície plana.
  - A língua é proporcionalmente maior que no adulto; amígdalas são maiores.
  - A laringe tem um ângulo mais anteriorizado e mais cranial, situando-se em relação superior e anterior à coluna cervical (ao nascer, a glote posiciona-se em C3-C4, enquanto no adulto está entre C5-C6); as cordas vocais são côncavas e apresentam angulação anteroinferior (nos adultos são menos côncavas e horizontalizadas), tornando mais difícil sua visualização à laringoscopia.
  - A epiglote nos lactentes é curta, estreita e angulada anteriormente em relação ao eixo da traqueia e é mais flácida. A região subglótica tem menor diâmetro e suporte cartilaginoso menos desenvolvido.
  - Traqueia curta e delicada: possibilidade de intubação seletiva e de edema da mucosa.

Elaboração: Janeiro/2016

APed 43 – Técnicas avançadas de manejo das vias aéreas - intubação orotraqueal

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

4/4



**APed  
44**

**Protocolo Samu 192  
Protocolos de Emergências Pediátricas  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**



## APed 44 - Técnicas avançadas de manejo das vias aéreas - Cricotireoidostomia por punção e ventilação percutânea transtraqueal (VPT)

### Indicação

No paciente pediátrico em hipóxia:

- que apresenta obstrução completa da via aérea superior e não responde aos procedimentos terapêuticos padronizados;
- quando não for possível realizar ventilação adequada com dispositivo bolsa-valva-máscara e houver impossibilidade de obtenção de via aérea avançada por meio de dispositivo supraglótico ou por intubação orotraqueal; portanto, quando não é possível intubar e não é possível ventilar;

ATENÇÃO: a punção com agulha é a técnica de cricotireoidostomia indicada para bebês e crianças de até 10 a 12 anos.

### Técnicas para realização da ventilação percutânea transtraqueal (VPT)

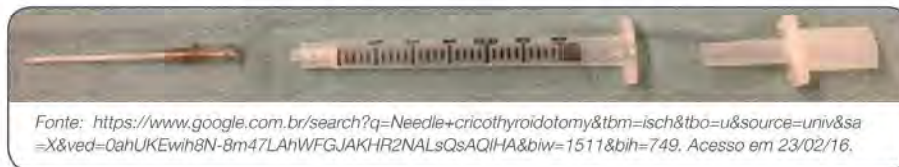
- Opção 1: VPT com dispositivo bolsa-valva-máscara conectado ao cateter por intermédio de um conector de cânula endotraqueal nº 3.
- Opção 2: VPT com dispositivo bolsa-valva-máscara conectado ao cateter por intermédio de um conector de cânula endotraqueal nº 7,5 acoplado a uma seringa de 3 mL.
- Opção 3: VPT com tubo (mangueira) conectada à fonte de oxigênio.

### Material e equipamentos

- Equipamento de proteção individual (EPI) obrigatório;
- luvas estéreis;
- monitor cardíaco e oxímetro de pulso;
- coxim de 2 a 3 cm de altura;
- fonte de oxigênio capaz de fornecer de 25 a 35 psi (*pounds per square inch*);
- cateter sobre agulha de grande calibre (18G - 16G);
- seringas: de 3 e 5 mL;
- antisséptico;
- Opção 1: dispositivo bolsa-valva-máscara e um conector de cânula endotraqueal número 3 (ID = 3 mm);
- Opção 2: dispositivo bolsa-valva-máscara, seringa de 3 mL e um conector de cânula endotraqueal número 7,5 (ID = 7,5 mm);
- Opção 3: tubo (mangueira) para conexão com a fonte de oxigênio, com orifício lateral próximo à extremidade que ficará conectada ao cateter sobre agulha (Jelco®).

### Procedimento

1. Montar e preparar o material: o ideal é manter o material facilmente disponível para que seja rapidamente montado (manter um "kit crico" em local de fácil acesso):
  - Opção 1: desacoplar o conector da cânula endotraqueal número 3 (ID = 3 mm) e mantê-lo dentro do invólucro; manter o dispositivo bolsa-valva-máscara em local de fácil acesso.
  - Opção 2: retirar o êmbolo da seringa de 3 mL e acoplar a ela o conector de uma cânula endotraqueal número 7,5 (ID = 7,5 mm); manter o dispositivo bolsa-valva-máscara em local de fácil acesso.



APed 44 - Técnicas avançadas de manejo das vias aéreas - Cricotireoidostomia por punção e ventilação percutânea transtraqueal (VPT)

Elaboração: Abril/2016

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis. Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/4



**APed  
44**

**Protocolo Samu 192  
Protocolos de Emergências Pediátricas  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**

**APed 44 - Técnicas avançadas de manejo das vias aéreas - Cricotireoidostomia por punção e ventilação percutânea transtraqueal (VPT)**

- Opção 3: conectar o tubo (mangueira) à fonte de oxigênio e realizar um orifício lateral na mangueira, próximo à extremidade que ficará conectada ao cateter sobre agulha (Jelco®).



2. Posicionar o paciente em decúbito dorsal horizontal e estender o pescoço (manter posição neutra em caso de trauma cervical), colocando um coxim sob os ombros.
3. Enquanto um profissional da equipe prepara o material, outro deve pré-oxigenar o paciente (com máscara facial ou dispositivo bolsa-valva-máscara, se necessário).
4. Monitorizar frequência e ritmo cardíaco, frequência respiratória e oximetria de pulso durante todo o procedimento.
5. Conectar o cateter sobre agulha a uma seringa.
6. Realizar antisepsia local.
7. Localizar a membrana cricotireóidea anteriormente, com a ponta do dedo indicador:
  - na criança maior: localizar a cartilagem tireoide e descer até a membrana entre as cartilagens tireoide e cricoide;
  - nos bebês e nas crianças menores: pode ser mais fácil acompanhar os anéis traqueais de baixo para cima até localizar a proeminência da cartilagem cricoide; a membrana está localizada exatamente acima dessa cartilagem (se não for possível localizar a membrana cricotireóidea, a punção pode ser realizada com segurança entre os anéis da traqueia).
8. Estabilizar a traqueia entre o dedo médio e o indicador de uma das mãos para evitar a movimentação lateral do órgão durante o procedimento, enquanto usa a unha do dedo indicador para marcar o local da membrana cricotireóidea.

APed 44 - Técnicas avançadas de manejo das vias aéreas - Cricotireoidostomia por punção e ventilação percutânea transtraqueal (VPT)

Elaboração: Abril/2016

Este protocolo foi paulado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

2/4



**APed  
44**

**Protocolo Samu 192  
Protocolos de Emergências Pediátricas  
SUPPORTO AVANÇADO DE VIDA**



### APed 44 - Técnicas avançadas de manejo das vias aéreas - Cricotireoidostomia por punção e ventilação percutânea transtraqueal (VPT)

9. Punccionar a linha média, na porção inferior da membrana, com cateter sobre agulha conectado à seringa, em um ângulo de 30 a 45 graus em sentido caudal, aplicando pressão negativa à seringa.



10. Inserir o dispositivo aspirando o êmbolo da seringa até que haja aspiração de ar, o que significa penetração da luz da traqueia.
11. Desconectar a seringa da agulha e remover a agulha ao mesmo tempo em que insere o cateter para baixo, com cuidado para não lesar a parede posterior da traqueia.
12. Conectar ao cateter:
  - Opção 1: o conector de uma cânula endotraqueal número 3 (ID = 3 mm) e adaptar o dispositivo bolsa-valva-máscara a esse conector;



APed 44 - Técnicas avançadas de manejo das vias aéreas - Cricotireoidostomia por punção e ventilação percutânea transtraqueal (VPT)

Elaboração: Abril/2016

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis. Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

3/4



**APed  
44**

**Protocolo Samu 192  
Protocolos de Emergências Pediátricas  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**

**APed 44 - Técnicas avançadas de manejo das vias aéreas - Cricotireoidostomia por punção e ventilação percutânea transtraqueal (VPT)**

- Opção 2: a seringa de 3 mL acoplada ao conector de uma cânula endotraqueal número 7,5 (ID = 7,5 mm), ao qual deve ser adaptado o dispositivo bolsa-valva-máscara;



Fonte: <https://www.google.com.br/search?q=Needle+cricothyroidotomy&tbm=isch&tbo=u&source=univ&sa=X&ved=0ahUK Ewih8N-8m47LahVFGJAKHR2NALsQsAQIHA&biw=1511&bih=749>. Acesso em 23/02/16.

- Opção 3: o tubo (mangueira) com orifício lateral, ligado à fonte de oxigênio.
- 13.** Realizar algumas poucas ventilações para confirmar o posicionamento do cateter e, a seguir, fixá-lo no pescoço do paciente.
- 14.** Realizar a VPT:
- Opção 1: com dispositivo bolsa-valva-máscara;
  - Opção 2: de forma intermitente, tampando o orifício lateral do tubo por 1 segundo e destampando-o por 4 a 5 segundos.
- ATENÇÃO:** a relação inspiração/expiração (I:E) deve ser de 1:4 ou 1:5, para ofertar 10 a 12 ventilações/minuto. Entretanto, nos casos de obstrução parcial ou completa da via aérea, usar a relação I:E de 1:8 a 1:10 (5 a 6 ventilações/minuto), para reduzir o risco de barotrauma, pois, nesses casos, não ocorre escape de parte do ar por boca e nariz, o que pode resultar em importante distensão dos pulmões.
- 15.** Observar e monitorar atentamente a insuflação de ambos os hemitórax, assim como a desinsuflação do pulmão, especialmente nos casos de obstrução parcial ou total da via aérea. A redução da desinsuflação durante a expiração pode indicar a presença de barotrauma.

**Observações:**

- A cricotireoidostomia é absolutamente **contraindicada** quando for possível manter a permeabilidade da via aérea com medidas não invasivas ou intubação traqueal.
- A cricotireoidostomia por punção é uma medida temporária e não configura via aérea definitiva, pois ocorre retenção de CO<sub>2</sub> em 30 a 45 minutos após o procedimento, em decorrência da restrição da expiração.

**APed  
45**

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Emergências Pediátricas  
**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**



## APed 45 – Toracocentese por punção (descompressão com agulha)

### Indicação

Paciente pediátrico com pneumotórax hipertensivo.

### Material

- equipamento de proteção individual (EPI);
- cateter sobre agulha de tamanho adequado ao paciente;
- gaze;
- antisséptico.

### Procedimento

1. Avaliar o tórax e as condições do paciente.
2. Administrar altas concentrações de oxigênio.
3. Identificar o segundo espaço intercostal, na linha hemiclavicular, do lado com pneumotórax.
4. Realizar antisepsia, se a emergência permitir.
5. Fixar a pele no local usando os dedos da mão não dominante.
6. Puncionar com cateter sobre agulha na porção superior da costela, até atingir a pleura parietal. Isso será confirmado pela saída repentina de ar, aliviando o pneumotórax hipertensivo.
7. Remover a agulha e fixar o cateter no local. Dependendo do tempo de transporte, considerar colocar um dedo de luva com um pequeno orifício acoplado ao cateter como mecanismo de válvula, até que possa ser realizada a drenagem pleural.

### Observações

- Sinais de pneumotórax hipertensivo:
  - Sinais precoces: desconforto respiratório, queixa de dificuldade para respirar (da criança que verbaliza), aumento progressivo da dispnéia e taquipnéia, ruídos respiratórios ausentes ou diminuídos do lado afetado, percussão timpânica (muitas vezes difícil de avaliar na cena);
  - Sinais tardios: extrema ansiedade, taquipnéia intensa, queixa de dor torácica, ingurgitamento da veia jugular, desvio da traqueia para o lado oposto, pressão de pulso diminuída, hipotensão, sinais de choque descompensado, cianose e apnéia.**ATENÇÃO:** muitos desses sinais podem não estar presentes ou ser de difícil identificação no local do atendimento.

APed 45 – Toracocentese por punção (descompressão com agulha)

Elaboração: Abril/2016

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis. Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/1





**APed  
46**

**Protocolo Samu 192  
Protocolos de Emergências Pediátricas  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**



## APed46 – Acesso intraósseo em pediatria

### Indicação

- Em bebês e crianças de todas as idades.
- Está indicado quando o acesso intravenoso é difícil ou impossível, limitado a duas tentativas em 90 segundos.
- Considerar como tentativa inicial de acesso vascular nos casos de parada cardiorrespiratória (PCR) ou em pacientes críticos com vasoconstrição intensa ou choque.

### Material e equipamento

- Material para assepsia
- Agulhas para punção intraóssea (IO) com mandril ou dispositivo de punção IO disponível no mercado;
- Seringas de 10 mL;
- Solução salina estéril;
- Coxim (para apoiar o membro);
- Equipo de infusão de soluções;
- Esparradrapo para fixação do membro.

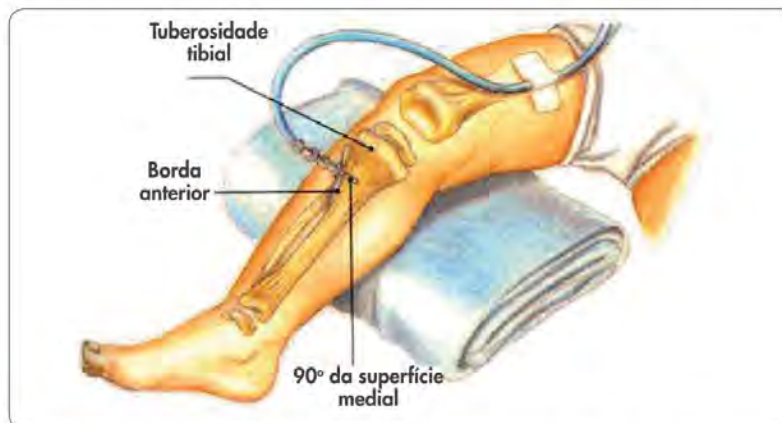
### Procedimentos

#### LOCAIS DE ACESSO

- Tíbia proximal, logo abaixo da placa de crescimento, é o local mais indicado na faixa etária pediátrica durante o APH.
- Outros locais possíveis (mais recomendados para o ambiente hospitalar) são: tíbia distal, logo acima do maléolo medial; fêmur distal; espinha ilíaca anterossuperior; e úmero.

#### TÉCNICA DE ACESSO NA TÍBIA PROXIMAL

- Posicionar a perna com ligeira rotação externa, identificar a tuberosidade tibial, logo abaixo da articulação do joelho. O local da inserção é a parte plana da tíbia, cerca de 1 a 3 cm abaixo e medial a essa proeminência óssea;



Fonte: Bledsoe BE et al. *Brady Paramedic Emergency Care*. 3rd Ed. Upper Saddle River. New Jersey, 1997, pg 949.

Elaboração: Janeiro/2016

APed46 – Acesso intraósseo em pediatria  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/2



**APed  
46**

**Protocolo Samu 192  
Protocolos de Emergências Pediátricas  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**

### APed46 – Acesso intraósseo em pediatria

- Deixar o mandril na agulha durante a inserção para evitar que a agulha entupa com osso ou tecido;
- Estabilizar a perna sobre uma superfície firme, apoiada em um coxim. Não colocar sua mão atrás da perna;
- Inserir a agulha, a 90°, através da pele sobre a superfície anteromedial da tíbia;
- Usar um movimento de torção, com pressão branda, mas firme;
- Continuar inserindo a agulha pelo osso cortical até encontrar uma súbita redução na resistência, o que ocorre quando a agulha penetra o espaço medular. Se estiver inserida de forma correta, a agulha deverá permanecer firme, sem apoio;
- Remover o mandril e conectar a seringa;
- Infundir 2 a 5 mL de solução salina. A infusão deve ocorrer com facilidade. Verificar se ocorre infiltração no local da inserção ou face posterior do membro. Em qualquer momento, a ocorrência de infiltração sugere perda do acesso;
- Prender a tubulação intravenosa à pele, usando fita adesiva, para evitar tensão na tubulação que possa deslocar a agulha;
- O fluido pode ser infundido por seringa conectada a uma válvula reguladora tridirecional ou por infusão por pressão. Ao usar uma bolsa de fluido pressurizada, não permitir que ocorra entrada de ar no sistema.

#### OUTROS LOCAIS DE PUNÇÃO (QUE DEVEM SER EXCEÇÃO NO APH)

- Na tíbia distal, o local de inserção é a superfície anterior, 1 a 2 cm acima da margem superior do maléolo medial.
- No fêmur distal, a agulha deve ser inserida na linha média, 1 a 3 cm acima da patela.

#### CONTRAINDICAÇÕES

- Fraturas e lesões por esmagamento próximas ao local de acesso;
- Casos de osteogênese imperfeita;
- Tentativas anteriores de estabelecer acesso no mesmo osso;
- Infecção nos tecidos subjacentes.

#### Observações

- Usar precauções universais ao tentar acesso vascular, desinfetar a pele sobrejacente e a área circundante.
- Toda medicação passível de administração intravenosa pode ser administrada por via IO, inclusive infusões de fármacos vasoativos, como epinefrina. Após administrar todas as medicações em *bolus*, fazer uma lavagem com solução salina.
- Após a inserção IO, verificar o local com frequência em busca de sinais de edema e deslocamento da agulha.
- Anotar e comunicar a Unidade de Saúde de destino o horário e local da punção IO.
- Considera-se a punção IO para uso de curto prazo, geralmente < 24 horas.

**APed  
47**

**Protocolo Samu 192**  
**Protocolos de Emergências Pediátricas**  
**SUORTE AVANÇADO DE VIDA**



## APed 47 - Colocação do colar cervical

### Indicação

Paciente com suspeita de trauma e indicação de imobilização da coluna cervical.

### Material e equipamentos

- Equipamento de proteção individual (EPI) obrigatório;
- Colar cervical de tamanho apropriado.

### Procedimento

1. Utilizar EPI.
2. Identificar-se e explicar o procedimento ao paciente, na medida do possível.
3. Realizar manobra conforme indicado:
  - O profissional 1 realiza a estabilização manual da cabeça com a duas mãos e, com a ajuda de uma leve tensão no sentido axial, realiza o alinhamento em posição neutra.  
ATENÇÃO: O alinhamento deve ser evitado ou interrompido se houver resistência ou dor ao movimento, piora da condição ventilatória ou ocorrência de espasmos musculares do pescoço e parestesia.
  - O profissional 2 realiza a avaliação do pescoço e da região mentoniana para rápida detecção de lesões que necessitem de abordagem antes da instalação do colar ou que impeçam sua instalação. Devem ser avaliados rapidamente: face, pescoço, região da traqueia, condições de jugulares, clavículas, coluna cervical e pulso carotídeo.
  - Em seguida, o profissional 2 utiliza os dedos para medir o pescoço do paciente (distância entre a mandíbula e o ombro).
  - Usando essa medida aproximada, o profissional 2 seleciona o tamanho adequado do colar pediátrico.
  - Enquanto a estabilização e o alinhamento da cabeça são mantidos, o profissional 2 instala o colar.
  - Pode haver variação da técnica de instalação dependendo da posição do paciente:
    - paciente em decúbito dorsal horizontal (DDH): a colocação se inicia com a passagem do colar por trás, entre o pescoço e a superfície, complementada pelo ajuste do apoio mentoniano à frente, sob o mento;
    - paciente sentado ou em pé: a instalação do colar se inicia pela adequação do apoio mentoniano do colar sob o mento, complementada com a passagem por trás do pescoço.
  - O ajuste do colar é complementado pela checagem do posicionamento correto:
    - do apoio mentoniano do colar sob a mandíbula, de um ângulo ao outro;
    - do apoio esternal do colar sobre a região do esterno no tórax do paciente; e
    - dos apoios laterais do colar sobre as clavículas e o trapézio.
  - Após a colocação do colar cervical, a estabilização manual da cabeça e do pescoço deve ser mantida até que o paciente seja colocado na prancha e seja instalado o imobilizador lateral da cabeça.
  - Deve-se colocar um coxim baixo (2 a 3 cm de espessura), feito com lençol, entre o paciente e a prancha, que vá desde o ombro até o quadril, para manter a posição neutra da coluna cervical na criança < 8 anos.
  - Registrar o procedimento realizado na ficha/boletim de atendimento.

Elaboração: Abril/2016

Este protocolo foi atualizado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

APed 47 - Colocação do colar cervical

1/2



**APed  
47**

**Protocolo Samu 192**  
**Protocolos de Emergências Pediátricas**  
**SUORTE AVANÇADO DE VIDA**

## APed 47 - Colocação do colar cervical

### Observações:

- A instalação do colar não é prioridade máxima no atendimento ao politraumatizado enquanto a estabilização manual da cabeça puder ser realizada de forma eficiente por um profissional. No entanto, esse dispositivo é importante para a imobilização, pois limita os movimentos da coluna cervical e ajuda a sustentar o pescoço, protegendo a coluna de compressão.
- O paciente que apresenta comprometimento das vias aéreas, da respiração ou da circulação deve receber as intervenções de correção desses problemas antes da instalação do colar cervical, enquanto um profissional executa a estabilização manual da cabeça. Assim que for possível, o colar deverá ser instalado.
- No paciente consciente, com boa ventilação e circulação, e no paciente inconsciente, sem comprometimento das vias aéreas, o colar cervical pode ser aplicado concomitantemente ao controle manual da coluna.
- É contraindicada o uso do colar cervical:
  - em situações em que o alinhamento não possa ser obtido. Nesses casos, o posicionamento da cabeça deve ser mantido com controle manual e outras estratégias de imobilização para evitar movimentação.
  - na presença de objeto encaixado no pescoço ou nessa região. Nesses casos, o objeto deve ser fixado e o controle manual mantido em associação a outras estratégias de fixação para evitar a movimentação da cabeça.
- Poderá não haver um tamanho de colar cervical adequado para bebês e crianças pequenas. Nesses casos, poderá ser improvisado um colar com material semirrígido, como tira de papelão, envolto em faixas ou malhas ortopédicas para acolchoamento, ou ainda com rolos de tecidos (como lençóis pequenos ou toalhas).

Elaboração: Abril/2016

APed 47 - Colocação do colar cervical  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

2/2



**APed  
48**

**Protocolo Samu 192**  
**Protocolos de Emergências Pediátricas**  
**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**



## **APed 48 – Imobilizações pediátricas**

### **Indicações**

- Toda situação em que o mecanismo de trauma sugere transferência significativa de energia cinética para o corpo da criança, com ou sem evidência de fraturas.
- Mecanismo de trauma sugestivo de lesão da medula espinhal; trauma multissistêmico; trauma penetrante na cabeça, no pescoço ou no tronco; lesões por submersão ou mergulho; queda de altura; lesão de rápida aceleração-desaceleração.
- Perda de mobilidade ou sensibilidade súbita após acidente.
- Detecção de deformidade do pescoço, da coluna vertebral ou de extremidades.
- Alteração do estado de consciência após acidente.
- No contexto de trauma fechado, presença de qualquer lesão que coloque em risco a vida.

### **Princípios da imobilização pediátrica:**

- Em pediatria, são os mesmos princípios utilizados nos adultos, embora os dispositivos e as técnicas devam ser adequados à faixa etária da criança, com atenção especial às especificidades anatômica, fisiológica e psicológica desses pacientes.
- A imobilização da coluna inclui estabilização manual alinhada, seguida de colocação do colar cervical de tamanho adequado e imobilização do paciente na prancha, mantendo cabeça, pescoço, tronco, pelve e membros inferiores em posição neutra e alinhada.
- Pelo fato de crianças menores de 8 anos apresentarem tamanho desproporcionalmente grande do occipício, o que promove a flexão passiva do pescoço, é necessário colocar um coxim de 2 a 3 cm sob o tronco (dos ombros até a bacia) para conseguir que a cabeça fique em posição neutra, com alinhamento da coluna cervical e manutenção da permeabilidade da via aérea.
- Devem também ser colocados coxins entre as laterais do corpo e as bordas da prancha, para evitar movimentos laterais quando se movimentar a prancha.
- A imobilização não poderá impedir a ventilação, a abertura da boca ou a realização de qualquer manobra necessária para reanimação.
- Em alguns casos, poderá ser melhor transportar a criança imobilizada em sua própria cadeirinha (dispositivo de contenção no veículo) em vez de removê-la para a prancha longa (APed 49).

### **Considerações com relação à não imobilização da coluna do paciente pediátrico:**

- A criança que reage intensamente às tentativas de imobilização pode apresentar maior risco de agravamento de uma eventual lesão vertebromedular.
- Nesse caso, pode ser válida a decisão de não imobilizar e considerar outras opções, como tentar distrair a criança com brinquedo ou convencê-la a ficar deitada e imóvel, sem contenção.
- A decisão de interromper as tentativas de imobilização, visando à segurança do paciente, deve ser documentada detalhadamente, com descrição do motivo, e o paciente deve ter seu estado neurológico reavaliado frequentemente durante o transporte. Idealmente, essa decisão deve ser tomada em conjunto com o médico regulador.

Elaboração: Abril/2016

Este protocolo foi atualizado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

APed 48 – Imobilizações pediátricas

1/2



**APed  
48**

**Protocolo Samu 192  
Protocolos de Emergências Pediátricas  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**

## APed 48 – Imobilizações pediátricas

### Particularidades anômicas do paciente pediátrico e sua relação com os traumas musculoesqueléticos:

- Como os músculos paravertebrais não estão desenvolvidos e os ligamentos vertebrais e tecidos moles circundantes são elásticos, a coluna vertebral da criança é mais móvel do que a do adulto, com maior risco de danos nos ligamentos e na medula espinhal, sem a presença de lesões ósseas; essa situação é conhecida pela sigla SCHIWWORA (*spinal cord injury without radiographic abnormality*) e, em geral, associa-se a uma evolução neurológica insatisfatória. Decorre principalmente de traumas por mecanismo de aceleração-desaceleração ou de quedas.
- Como a criança não possui calcificação óssea completa e os ossos contêm centros cartilagosos de crescimento ativos, seu esqueleto é mais elástico e menos capaz de absorver as forças cinéticas aplicadas sobre ele do que o esqueleto do adulto, o que leva à ocorrência de lesões internas significativas, com presença de lesões externas mínimas, como contusões pulmonares graves sem fratura de arcos costais concomitante;
- Crianças com trauma esquelético suportam grandes forças antes de apresentarem fraturas de ossos longos, luxações ou deformidades, sendo comuns as fraturas incompletas ("em galho verde");
- Com essas características, se houver uma fratura detectada em uma criança, considera-se que a quantidade de energia transferida foi muito grande e deve-se procurar minuciosamente por lesões associadas.

Elaboração: Abril/2016

APed 48 – Imobilizações pediátricas

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

2/2



**APed  
49**

**Protocolo Samu 192**  
**Protocolos de Emergências Pediátricas**  
**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**



## APed 49 – Imobilização na cadeirinha

### Indicação

Para bebês (< 1 ano) encontrados em dispositivo de retenção denominado “bebê-conforto ou conversível” e crianças de 1 a 4 anos que estejam em dispositivo de retenção chamado “cadeirinha”, dentro do veículo que sofreu acidente.

### Procedimento

1. Se o paciente apresenta evidência de trauma grave e/ou necessidade de abordagem de via aérea, ele deve ser imobilizado e retirado do bebê-conforto ou da cadeirinha, por meio da seguinte técnica:
  - o profissional 1 providencia a estabilização manual da cabeça e região cervical;
  - o profissional 2 remove os cintos do dispositivo de retenção;
  - enquanto o profissional 1 mantém a estabilização manual da coluna cervical, o segundo inclina o dispositivo de retenção para trás, sobre uma prancha longa;
  - em movimento sincronizado dos dois profissionais, o paciente deverá ser gentilmente deslizado para fora do dispositivo de retenção, em direção axial, e posicionado sobre a prancha longa (com coxim de 2 a 3 cm sob o tronco, se indicado);
  - enquanto o profissional 1 mantém a estabilização manual da coluna cervical, o profissional 2 coloca o colar cervical e os estabilizadores laterais da cabeça;
  - o profissional 1, agora liberado, auxilia o segundo nos procedimentos e na finalização das imobilizações.
2. O transporte também poderá ser feito com o paciente estável mantido no dispositivo de retenção em que se encontra (bebê-conforto ou cadeirinha), por meio da seguinte técnica:
  - colocar colar cervical, se houver um tamanho apropriado, ou usar uma toalha ou pequeno lençol enrolado para acolchoar o colo do paciente e preencher qualquer espaço entre ele e o dispositivo de retenção;
  - usar fitas largas para segurar a pelve e a parte superior do tórax (cruzando os ombros) no dispositivo; os cintos incorporados na cadeira podem servir para ajudar na imobilização;
  - colocar toalhas ou outros tecidos enrolados em ambos os lados da cabeça para melhor estabilização tanto da cabeça como do pescoço e da coluna cervical;
  - fixar com fitas na altura da região frontal e do colar cervical (se houver um), para melhorar a imobilização.
  - **ATENÇÃO:** essa forma de transporte somente poderá ser utilizada se a integridade do dispositivo de retenção estiver mantida e se o paciente não apresentar comprometimento em qualquer etapa do ABCDE da avaliação primária, além de não apresentar lesões que necessitem de intervenção da equipe.
3. Colocação do dispositivo de retenção (bebê-conforto ou cadeirinha) na maca de transporte: elevar a cabeceira da maca a 45° e fixar com os dois cintos em locais distintos, de maneira a suprimir potenciais movimentos de aceleração e desaceleração (testar após a fixação: não deve mobilizar mais de 2-3 cm).

Elaboração: Abril/2016

APed 49 – Imobilização na cadeirinha  
Este protocolo foi atualizado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/2



**APed  
49**

**Protocolo Samu 192**  
**Protocolos de Emergências Pediátricas**  
**SUORTE AVANÇADO DE VIDA**

**APed 49 – Imobilização na cadeirinha**

**Observações:**

- O paciente pode ficar agitado durante a tentativa de imobilização cefálica, mesmo com a mãe no seu campo de visão.
- O preenchimento dos espaços vazios do dispositivo de retenção é preconizado com toalhas na literatura internacional. Na entanto, pode e deve ser utilizado o material disponível nas ambulâncias, como lençóis, cobertores e compressas.
- A Resolução nº 277 do Conselho Nacional de Trânsito (Contran), de 28 de maio de 2008, que dispõe sobre o transporte de menores de 10 anos e a utilização do dispositivo de retenção para o transporte de crianças em veículos, determinou que, quando transportadas em veículos automotores (sempre no banco traseiro, com algumas exceções, como veículos sem banco traseiro):
  - crianças com até 1 ano de idade deverão utilizar, obrigatoriamente, o dispositivo de retenção denominada "bebê-conforto ou conversível";
  - crianças com idade superior a 1 ano e inferior ou igual a 4 anos deverão utilizar, obrigatoriamente, o dispositivo de retenção denominada "cadeirinha";
  - crianças com idade superior a 4 anos e inferior ou igual a 7 anos e meio deverão utilizar o dispositivo de retenção denominada "assento de elevação";
  - crianças com idade superior a 7 anos e meio e inferior ou igual a 10 anos deverão utilizar o cinto de segurança do veículo no banco traseiro.

Elaboração: Abril/2016

APed 49 – Imobilização na cadeirinha  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

2/2





**APed  
50**

**Protocolo Samu 192**  
**Protocolos de Emergências Pediátricas**  
**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**



## **APed 50 – Imobilização em prancha rígida**

### **Indicação**

Paciente pediátrico com suspeita de trauma e com indicação de imobilização da coluna vertebromedular.

### **Procedimento**

- Os mesmos procedimentos descritos para o adulto devem ser realizados para o paciente pediátrico, e deve-se acolchoar os espaços entre os tirantes e a criança para evitar movimentos laterais.
- Como o occipício da criança < 8 anos é desproporcionalmente grande e, quando em superfície plana, força a flexão passiva da coluna cervical, inclusive com maior risco de obstrução da via aérea, é necessário colocar um coxim (de lençol ou outro material) com 2 a 3 cm de espessura sob o tronco, da altura dos ombros até o quadril, para manutenção da posição neutra da cabeça e do pescoço.

### **Observações**

- Crianças maiores, diferentemente dos bebês, toleram melhor a imobilização cefálica na presença de familiar.
- Quanto menor a criança, maior é a discrepância de tamanho entre o crânio e a face e, portanto, maior o occipício, proporcionalmente.
- O pescoço do paciente pediátrico estará em posição correta quando o canal auditivo externo se alinhar com a parte anterior do ombro. Essa posição neutra alinha a coluna cervical e evita a flexão anterior, mantendo a permeabilidade da via aérea.

APed 50 – Imobilização em prancha rígida

Elaboração: Abril/2016

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis. Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/1



**APed  
51**

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Emergências Pediátricas  
**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**



## APed 51 – Imobilização sentada com dispositivo tipo colete (KED)

### Indicação

Paciente vítima de trauma que se encontra sentado (no carro ou em outra situação) e que não apresenta risco à vida imediato.

### Material

- Equipamento de proteção individual (EPI) obrigatório;
- Colete de imobilização dorsal (*Kendrick Extrication Device* – KED ou similar) pediátrico;
- Colar cervical pediátrico;
- Prancha longa;
- Bandagem triangular ou similar;
- Maca.

### Procedimento

1. Utilizar EPI.
2. Identificar-se e explicar o procedimento ao paciente, na medida do possível.
3. Realizar a manobra conforme indicado:
  - O profissional 1 deve se posicionar por trás do paciente e realizar a estabilização manual da cabeça, posicionando os dedos médios de ambas as mãos na região do zigomático, os polegares na nuca e os dedos mínimos e anulares na mandíbula do paciente.
  - O profissional 2 deve abordar o paciente pela lateral mais adequada e avaliar as vias aéreas, a respiração e a circulação (pulso, hemorragias e perfusão distal), para certificar-se de que o paciente não corre risco à vida imediato.
  - Em seguida, o profissional 2 deve mensurar e aplicar o colar cervical no paciente com o auxílio do profissional 3, que deve se posicionar preferencialmente pela lateral oposta.
  - Para posicionar o colete imobilizador no paciente enquanto a estabilização da cabeça é mantida, o profissional 3 deve apoiar uma das mãos sobre o tronco anterior e a outra na região dorsal (tronco posterior).
  - Sob comando verbal, o paciente é movimentado em bloco para frente pelos profissionais 1 e 3, apenas o suficiente para que o colete imobilizador seja posicionado entre o paciente e o encosto pelo profissional 2.
  - Observação: Os tirantes longos da virilha devem ser abertos e posicionados atrás do colete antes de sua instalação.
  - Após posicionar o colete imobilizador entre o encosto e o paciente, as abas laterais do equipamento são ajustadas à altura do paciente de forma que sua parte superior toque as axilas, para, em seguida, serem ajustadas em torno do tronco.
  - Os profissionais 2 e 3 realizam o afivelamento dos tirantes, iniciando pelo central (amarelo), seguido do tirante inferior (vermelho) e, finalmente, o tirante superior (verde).
  - Os profissionais devem garantir que o tirante superior (verde), posicionado no tórax, não esteja apertado e comprometendo a ventilação. Esse tirante deve ser mantido frouxo até que o paciente esteja pronto para ser retirado, quando então será ajustado como os demais.
  - O profissional 1 deve manter a estabilização manual da cabeça durante todo o procedimento.
  - Os tirantes longos da virilha, que já estavam soltos, devem ser posicionados e ajustados sob cada membro inferior e conectados ao colete do mesmo lado. A passagem do tirante é realizada debaixo da coxa e da nádega no sentido de frente para trás.
  - Atenção especial deve ser dada à genitália, que não deve ficar sob os tirantes.
  - Quando corretamente posicionados, os tirantes da virilha devem ser ajustados (apertados).
  - Nesse momento, é necessário revisar e ajustar os tirantes do tronco, exceto o superior (verde).

Elaboração: Abril/2018

APed 51 – Imobilização sentada com dispositivo tipo colete (KED)  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/2



**APed  
51**

**Protocolo Samu 192  
Protocolos de Emergências Pediátricas  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**

### APed 51 – Imobilização sentada com dispositivo tipo colete (KED)

- Com os tirantes do tronco e dos membros inferiores afivelados e revisados, deve ser finalizada a colocação do colete com a imobilização da cabeça.
  - Para isso, é preciso analisar se é necessário preencher o espaço entre a cabeça e o colete, para manter o alinhamento neutro. Se necessário, pode ser utilizado acolchoamento.
  - Em seguida, posicionam-se as tiras de fixação da cabeça. A primeira passa na testa do paciente e a segunda passa sobre o colar cervical (altura do queixo do paciente).
  - As tiras devem ser presas com o velcro no corpo posterior do KED (a tira superior deve ficar bem justa para evitar qualquer movimento, e a tira inferior, mais solta, para permitir a ventilação). Em crianças pequenas, está contraindicada a utilização da tira de fixação sobre o mento, já que pode provocar obstrução da via aérea por compressão dos tecidos moles da região submentoniana.
  - Nesse momento, o paciente está imobilizado (tronco, pescoço e cabeça) e o profissional 1 está apto a deixar sua posição. Antes de movimentar o paciente, todos os tirantes devem ser reavaliados. O tirante superior do tórax deve ser ajustado adequadamente nesse momento.
  - A prancha longa é posicionada sob as nádegas do paciente, apoiada no assento, enquanto do outro lado é apoiada pelo profissional ou pela maca.
  - Para a sustentação da prancha, poderá ser solicitado o apoio dos demais profissionais (bombeiros, policiais, etc.) presentes na cena.
  - Os profissionais 2 e 3 deverão proceder a remoção, sustentando o paciente pelas alças do colete enquanto o giram, levantando e movendo o paciente para fora, em movimentos curtos e sincronizados.
  - Enquanto o paciente é girado em direção ao lado da saída, seus membros inferiores são elevados em direção ao assento.
  - Os dois antebraços do paciente devem ser posicionados um sobre o outro e imobilizados com a ajuda de bandagens triangulares ou com as sobras dos tirantes longos.
  - O paciente está pronto para ser removido.
  - Se possível, a prancha longa deve ser posicionada sobre a maca ou esta deve estar próxima à saída do paciente, para evitar deslocamentos longos. Os giros devem ser realizados até que o paciente esteja com as costas voltadas para a prancha.
  - Assim que o paciente for girado em direção à prancha longa, ele deve ser deitado sobre a prancha, com os membros inferiores elevados.
  - Nesse momento, o cinto superior (verde) do tórax deve ser afrouxado, para favorecer a ventilação, e os cintos da virilha devem ser soltos, para permitir que os membros inferiores sejam abaixados sobre a prancha.
  - O paciente deve ser adequadamente posicionado na prancha longa com o colete, para receber, em seguida, o afivelamento dos cintos de segurança da prancha e da maca.
4. Registrar o procedimento realizado na ficha/boletim de atendimento.

#### Observações:

- O comando para as ações de mobilização deve partir do profissional 1, aquele que efetua a estabilização manual da cabeça.
- Para pacientes com lesões que coloquem a vida em risco, a técnica a ser utilizada é a de retirada rápida.
- Procurar manter a criança informada todo o tempo, para garantir a tranquilidade e a colaboração da mesma.

Elaboração: Abril/2016

APed 51 – Imobilização sentada com dispositivo tipo colete (KED)

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

2/2



# SAV Intoxicações e Produtos Perigosos

# ATOX



**ATox  
1**

**Protocolo Samu 192  
Protocolos de Intoxicação e PP  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**



## ATox 1 – Intoxicações agudas - medidas gerais

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão

- Todo paciente (bebê, criança ou adulto) que apresente um quadro inexplicado, de início súbito, que curse com alteração do nível de consciência, convulsões, alteração hemodinâmica ou respiratória, sem causa claramente definida.
- Quando existir uma história inicial de certeza ou suspeita de contato, por qualquer via, com um agente potencialmente intoxicante.

### Conduta

1. Assegurar o uso dos equipamentos de proteção individual adequados (Protocolo PE2).
2. Garantir a segurança da cena (Protocolo PE1) e método ACENA.
3. Realizar avaliação primária:

<b>CRIANÇA E BEBÊ (PROCOLO APED2)</b>	<b>Impressão inicial, com ênfase para:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Nível de consciência: alerta, irritável ou não responde;</li><li>• Respiração: esforço respiratório, sons anormais ou ausência de movimentos respiratórios;</li><li>• Coloração anormal da pele;</li><li>• Realização da avaliação primária.</li></ul>
<b>CRIANÇA E BEBÊ (PROCOLO APED2)  ou  ADULTO (PROCOLO AC1)</b>	<b>Avaliação primária, com ênfase para:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Avaliar responsividade;</li><li>• Assegurar permeabilidade das vias aéreas: aspirar secreções se necessário e instalar via aérea avançada, se indicado (intubação orotraqueal com cânula com cuff, se disponível);</li><li>• Avaliar ventilação: especial atenção para a presença de taquí ou bradipneia, respiração irregular, ausculta (sibilância, aumento de secreções brônquicas);</li><li>• Avaliar oximetria de pulso;</li><li>• Administrar oxigênio (O<sub>2</sub>) por máscara não reinhalante se saturação de O<sub>2</sub> &lt; 94%, ou ventilação assistida, se indicado;</li><li>• Avaliar estado circulatório: atenção especial para frequência e ritmo cardíacos; pressão arterial; coloração, temperatura e estado de hidratação da pele; ressecamento de mucosas ou salivação excessiva; presença de sudorese; tempo de enchimento capilar;</li><li>• Instalar acesso venoso de grosso calibre;</li><li>• Avaliar estado neurológico, com ênfase para avaliação pupilar (especialmente tamanho pupilar) e movimentos oculares, tônus muscular, agitação psicomotora e nível de consciência, além de ocorrência de convulsões;</li><li>• Não havendo evidência de trauma, manter o paciente (aquele sem via aérea avançada) em posição de recuperação, devida ao risco de aspiração de secreções.</li></ul>

Elaboração: Janeiro/2016

ATox 1 – Intoxicações agudas - medidas gerais

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/4



**ATox  
1**
**Protocolo Samu 192  
Protocolos de Intoxicação e PP  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**
**ATox 1 – Intoxicações agudas - medidas gerais**

4. Realizar avaliação secundária (se criança ou bebê Protocolo APed 3; se adulto Protocolo AC2), com ênfase para:

CRIANÇA E BEBÊ (PROTOCOLO APED3)  ou  ADULTO (PROTOCOLO AC2)	<b>Realizar entrevista SAMPLA (ou SAMPLE) e identificar possíveis causas.</b> A história é fundamental e deve também investigar: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Disponibilidade de substâncias potencialmente tóxicas no domicílio (produtos de limpeza, inseticidas, raticidas, plantas, etc.) e de medicamentos, usados pelo paciente ou por familiares;</li> <li>• Locais onde o paciente esteve presente e atividades que desenvolveu nas horas que precederam o início dos sintomas, incluindo a profissão ou atividade exercida;</li> <li>• Se o agente tóxico for conhecido, investigar a quantidade ingerida, o tempo decorrido da ingestão, se essa foi acidental ou intencional e se pode haver outra substância envolvida;</li> <li>• Horário de início dos sintomas.</li> </ul>
CRIANÇA E BEBÊ (PROTOCOLO APED3)  ou  ADULTO (PROTOCOLO AC2)	<b>Realizar exame físico detalhado, da cabeça aos pés, com atenção adicional para:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hálito e exame da cavidade oral: lesões corrosivas, odor, hidratação;</li> <li>• Temperatura corpórea (axilar, oral ou retal na criança ou bebê): se hipertermia, utilizar medidas físicas para redução da temperatura (antitérmicos usuais não são eficazes);</li> <li>• Presença de sinais de maus tratos, em especial na criança e bebê;</li> <li>• Avaliar glicemia capilar e corrigir eventual hipoglicemia conforme protocolo AC29 (adulto) ou protocolo APed 25 (criança ou bebê);</li> <li>• Monitorizar pressão arterial, frequência e ritmo cardíacos, oximetria de pulso e glicemia capilar;</li> <li>• Investigar possíveis situações de risco no domicílio para o paciente e para a criança em especial.</li> </ul>

5. Reconhecer a síndrome tóxica (Protocolo ATox 2) e procurar identificar o agente causal.
6. Seguir com o protocolo específico assim que o agente intoxicante for identificado.
7. Realizar a descontaminação, se indicada, segundo a via de contaminação (respiratória, cutânea, digestiva e ocular), conforme protocolo de descontaminação (ATox 14).
8. Administrar antídotos ou drogas específicas, se indicadas e disponíveis, seguindo os protocolos específicos para cada agente intoxicante.

AGENTE INTOXICANTE	ANTÍDOTO/TRATAMENTO ESPECÍFICO	PROTOCOLO SAMU
Cianeto	Hidroxocobalamina	ATox 7
Organofosforado e carbamato	Atropina	ATox 8 e BTox 6
Opioide	Naloxona	ATox 11 e BTox 9
Benzodiazepínico	Flumazenil	(Intoxicação por medicamentos depressores do SNC)
Liberção extrapiramidal por depressores do SNC	Biperideno	
Drogas de abuso	Midazolam, diazepam	ATox 3 e BTox 2
Álcool	Glicose, tiamina	ATox 4 e BTox 3

Elaboração: Janeiro/2016

 ATox 1 – Intoxicações agudas - medidas gerais  
 Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
 Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

2/4



**ATox  
1**

**Protocolo Samu 192**  
**Protocolos de Intoxicação e PP**  
**SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**



## ATox 1 – Intoxicações agudas - medidas gerais

9. Atentar para as situações especiais que podem ocorrer:
  - Crises convulsivas
  - Depressão do centro respiratório
  - Taquicardia com repercussão hemodinâmica
  - Bradicardia com alteração hemodinâmica
  - Hipo e hipertermia
  - Parada cardiorrespiratória.
10. Realizar contato com a Regulação Médica, que deve ser informada prontamente sobre qualquer detalhe disponível sobre o agente causador, bem como sobre os sinais e sintomas encontrados, para subsidiar o contato com o Centro de Informação e Assistência Toxicológica da região ou com o serviço Disque-Intoxicação (número: 0800.722.6001) para a tomada de decisão e para definição do encaminhamento e/ou unidade de saúde de destino (preferencialmente hospital terciário).
11. Especialmente em casos de transporte prolongado, se o contato com a Regulação Médica não for possível, a própria equipe de intervenção poderá contatar o Centro de Assistência Toxicológica da região.

### Observações

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2 e PE3)
- Independente do agente causador da intoxicação, as medidas gerais de estabilização são muito semelhantes àquelas realizadas em qualquer outra emergência clínica.
- Sempre que possível, levar amostras do agente tóxico ao hospital, inclusive proveniente de resíduo gástrico (vômito).
- Carvão ativado é ineficaz para adsorção de ferro, álcool e lítio, além de ter pouca efetividade para organoclorados e digoxina.
- Causas de intoxicação nos adultos:
  - Tentativas de suicídio por via oral constituem na principal causa;
  - Frequente é a intoxicação por abuso de drogas ou medicamentos sem intenção de suicídio;
  - Atenção ao uso de múltiplas medicações por idosos e em pacientes que apresentam metabolização diminuída, como na insuficiência renal;
  - Atenção também para as intoxicações relacionadas ao tipo de trabalho, como por exemplo na exposição a agrotóxicos e pesticidas em geral.
- Causas de intoxicação nas crianças:
  - Em geral são acidentais ou não intencionais;
  - Em crianças até os 4 anos de idade, são mais frequentes as intoxicações por produtos químicos de uso doméstico (como os de higiene pessoal ou de limpeza), por medicamentos ou plantas tóxicas, ou ainda por pesticidas de uso doméstico;
  - Nos adolescentes de 15 a 19 anos, as intoxicações por drogas de abuso são as mais observadas.

Elaboração: Janeiro/2016

ATox 1 – Intoxicações agudas - medidas gerais

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

3/4



**ATox  
1**

**Protocolo Samu 192  
Protocolos de Intoxicação e PP  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**

**ATox 1 – Intoxicações agudas - medidas gerais**

- Síndrome tóxica (Protocolo ATox 2) constitui o conjunto de sinais e sintomas produzidos por doses tóxicas de substâncias químicas que, apesar de diferentes, têm efeitos semelhantes. O reconhecimento da síndrome tóxica permite a identificação mais rápida do agente causal e, conseqüentemente, facilita a realização do tratamento mais adequado. Para esse reconhecimento, são fundamentais a anamnese e o exame físico cuidadoso.
- 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 (CIATox) está disponível no site [www.fiocruz.br/sinitox](http://www.fiocruz.br/sinitox) (clique em "Sinitox").
- Cada SAMU deverá conhecer o número de telefone da CIATox de referência para a sua região.
- Avaliação ACENA

<b>A</b>	Avaliar: Arredores, A casa e a presença de Armas ou Artefatos que indiquem o uso de Álcool e drogas; Altura e a Aparência da vítima.
<b>C</b>	Observar a presença de sinais de Conflito e Crise na rede social da vítima.
<b>E</b>	Avaliar as expectativas e a receptividade da rede social e do próprio paciente sobre a Equipe de atendimento.
<b>N</b>	Avaliar o Nível de consciência, a adequação à realidade e a capacidade de escolha e Nível de sofrimento.
<b>A</b>	AAvaliar a presença de sinais de uso de Álcool e drogas, a presença de Agressividade (atual ou anterior) e a presença de sinais de Autoagressão.



**ATox  
2**

**Protocolo Samu 192**  
**Protocolos de Intoxicação e PP**  
**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**



## ATox 2 – Síndromes tóxicas

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão

Quando houver necessidade de identificar ou confirmar qual é o agente causador de uma possível intoxicação, a partir do conjunto de sinais e sintomas encontrados, para permitir um atendimento específico.

### Conduta

1. Avaliar a segurança da cena (Protocolo PE1) e método ACENA.
2. Assegurar o uso dos equipamentos de proteção individual adequados (Protocolo PE2).
3. Realizar a avaliação primária (Protocolo AC1 ou AT1, conforme o caso) e secundária (Protocolo AC2 ou AT2, conforme o caso).
4. Identificar o agente intoxicante:

Durante a realização das avaliações primária e secundária, bem como das intervenções imediatas que se fizerem necessárias, dar ênfase para a busca precisa dos seguintes sinais e sintomas:

- Frequência cardíaca (FC), pressão arterial (PA), frequência respiratória (FR), temperatura (T), pupilas, pele e mucosas;
  - Sudorese, rubor;
  - SIMDCE (sialorreia, lacrimejamento, micção, diarreia, cólica gástrica, emese);
  - Tremores, fasciculação;
  - Presença ou ausência de ruídos hidroaéreos, distensão abdominal.
5. Utilizar a tabela 1 abaixo, verificando qual síndrome tóxica melhor corresponde aos sinais e sintomas encontrados.
  6. Estabelecida a síndrome tóxica, identificar, se possível, o agente causador (tabelas 2 e 3).
  7. Identificado o agente causador da intoxicação, verificar a existência de protocolo específico para ele constante das tabelas 2 e 3:
    - Se houver: siga-o, podendo também utilizar as tabelas específicas para cada síndrome tóxica (tabela 4 a tabela 10), para melhor entendimento do quadro clínico;
    - Se não houver protocolo específico, ou o agente causador não está identificado, busque mais detalhes utilizando as tabelas de 4 a 10 abaixo.
  8. Se não for possível identificar a síndrome tóxica ou seu agente causador, siga os protocolos de atendimento geral dos pacientes para as situações encontradas, observando também o Protocolo ATox1 (Intoxicações agudas - medidas gerais).

Elaboração: Janeiro/2016

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

ATox 2 – Síndromes tóxicas

1/6



**ATox**  
**2**
**Protocolo Samu 192**  
**Protocolos de Intoxicação e PP**  
**SUORTE AVANÇADO DE VIDA**
**ATox 2 – Síndromes tóxicas**

Tabela 1 – Síndromes tóxicas e seus sinais e sintomas

SÍNDROME TÓXICA	SITUAÇÃO MENTAL	FC	PA	FR	T	TAMANHO PUPILAR	OUTROS
Simpatomimética ou adrenérgica	Agitação	↑	↑		↑	○	Tremores, sudorese
Anticolinérgica	Delírio, alucinações	↑	↑		↑	○	Rubor, retenção urinária, pele seca, convulsão, diminuição do peristaltismo intestinal (até ileo paraltico e distensão abdominal)
Colinérgica ou anticolinesterásica	Sonolência ou coma			↑		○	SLMDCE(*) Fasciculação
Narcótica ou opioide (opiácea)	Sonolência ou coma	↓		↓		○	Depressão respiratória
Depressiva (sedativo-hipnótica)	Sonolência ou coma		↓	↓			
Extrapiramidal							Hipertonia muscular, desvio conjugado do olhar, trisma, opistótono
Metahemoglobinêmica	Confusão mental e depressão neurológica						Cianose de pele e mucosas, de tonalidade e localização peculiar, palidez de pele e mucosas.
Salicilato	Confusão	↑		↑	↑		Sudorese, vômitos
Bloqueador do canal de cálcio		↓	↓				

(\*) SLMDCE: sialorreia, lacrimejamento, micção (incontinência urinária), diarreia, cólica gástrica e emese (vômito).

Elaboração: Janeiro/2016

 ATox 2 – Síndromes tóxicas  
 Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
 Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

2/6



**ATox  
2**
**Protocolo Samu 192  
Protocolos de Intoxicação e PP  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**

**ATox 2 – Síndromes tóxicas**
**Tabela 2 - Síndromes tóxicas e seus principais agentes causais**

SÍNDROME TÓXICA	DROGAS QUE PODEM CAUSAR	OUTROS
Simpatomimética ou adrenérgica	Cocaína, anfetamínicos (derivados e análogos), descongestionantes nasais, cafeína, inibidores da monoaminoxidase (MAO) e teofilina	ATox 3
Anticolinérgica	Atropina, antidepressivos tricíclicos, hioscina (escopolamina), ipratrópio, antipsicóticos, relaxantes musculares, neurolépticos, antiparkinsonianos e plantas da família <i>Solanaceae</i>	
Colinérgica ou anticolinesterásica	Inseticidas organofosforados, carbamatos como o aldicarbe (chumbinho), fisostigmina e algumas espécies de cogumelos	ATox 8
Narcótica ou opioide (opiácea)	Morfina, codeína, meperidina, tramadol, fentanil, propoxifeno, metadona, papaverina, heroína, buprenorfina, oxicodona, hidrocodona, elixir paregórico, difenoxilato e loperamida	ATox 11
Depressiva (sedativo-hipnótica)	Fenobarbital, tiopental, benzodiazepínicos e etanol	ATox 11 e ATox 4
Extrapiramidal	Fenotiazínicos, butirofenonas, metoclopramida, bromoprida, fenciclidina e lítio	ATox 11
Metahemoglobinêmica	Dapsona, fenazopiridina, nitratos, nitritos, nitrofurantoína, acetanilida, azul de metileno, furazolidona, piridina e sulfametoxazol	
Salicilato	Ácido acetilsalicílico	
Bloqueador do canal de cálcio	Verapamil	

**Tabela 3 - Agente intoxicante e seu antídoto**

AGENTE INTOXICANTE	ANTÍDOTO/ TRATAMENTO ESPECÍFICO	PROTOCOLO SAMU
Cianeto	Hidroxocobalamina	ATox 7
Organofosforado e carbamato	Atropina	ATox 8
Opioide	Naloxona	ATox 11 (Intoxicação por medicamentos depressores do SNC)
Benzodiazepínico	Flumazenil	
Liberação extrapiramidal por depressores do SNC	Biperideno	
Drogas de abuso	Midazolam, diazepam	ATox 3
Álcool	Glicose, tiamina	ATox 4

Obs.: a tabela 3 acima também faz parte do Protocolo ATox 1 (Intoxicações agudas - medidas gerais).

Elaboração: Janeiro/2016

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis. Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

ATox 2 – Síndromes tóxicas

3/6



**ATox  
2**

**Protocolo Samu 192  
Protocolos de Intoxicação e PP  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**

**ATox 2 – Síndromes tóxicas**

Tabela 4 - Síndrome anticolinérgica

<b>PRINCÍPIOS ATIVOS</b>	De ação anticolinérgica. Inibem a ação da acetilcolina em efetores autônomos e na musculatura lisa, causando também um quadro alucinógeno.
<b>ASPECTOS GERAIS</b>	Utilizadas em rituais religiosos, efeitos medicinais e alucinógenos com finalidade recreativa.
<b>AGENTES</b>	Atropina, hioscina (escopolamina), ipratrópio, antipsicóticos, relaxantes musculares, neurolépticos, antidepressivos tricíclicos, antiparkinsonianos e plantas da família <i>Solanaceae</i> .
<b>SINAIS E SINTOMAS</b>	Rubor facial, pele seca, quente e avermelhada, mucosas secas, hipertermia, hipertensão, taquicardia, arritmias, midríase, retenção urinária, agitação psicomotora, ataxia, confusão, alucinações, delírios, desordens do movimento e coma.

Tabela 5 - Síndrome simpatomimética

<b>ASPECTOS GERAIS</b>	Hiperatividade adrenérgica e conseqüente excitação do SNC.
<b>AGENTES</b>	Cocaína, anfetamínicos (derivados e análogos), descongestionantes nasais, cafeína, inibidores da MAO e teofilina.
<b>SINAIS E SINTOMAS</b>	Midríase, hiperreflexia, hipertensão, taquicardia e arritmias, retenção urinária, piloereção, hipertermia, pele úmida com sudorese, mucosas secas, diminuição de ruídos intestinais, agitação psicomotora, convulsões, coma.

Tabela 6 - Síndrome anticolinesterásica ou colinérgica

<b>PRINCÍPIOS ATIVOS</b>	Há diminuição da atividade da acetilcolinesterase. Sintomas são causados pela atividade excessiva da acetilcolina e variam de acordo com o receptor estimulado.
<b>ASPECTOS GERAIS</b>	Inseticidas organofosforados, inseticidas, carbamatos como o aldicarbe (chumbinho), fístigmina e algumas espécies de cogumelos.
<b>AGENTES</b>	Risco é maior entre trabalhadores rurais. Militares e antiterroristas devem se preocupar com os gases neurotóxicos (p. ex.: sarin).
<b>SINAIS E SINTOMAS</b>	Miose/midríase, sudorese, bradicardia/taquicardia, salivação, sudorese, lacrimejamento, aumento das secreções brônquicas, edema pulmonar e broncoespasmo, diarreia e vômitos, incontinência urinária, hipertensão, fasciculações musculares, agitação, convulsões, coma.

Tabela 7 - Síndrome narcótica ou opioide

<b>ASPECTOS GERAIS</b>	Se caracteriza pela depressão neurológica.
<b>AGENTES</b>	Risco é maior entre trabalhadores rurais. Opiáceos: morfina, codeína, meperidina, tramadol, fentanil, propoxifeno, metadona, papaverina, heroína, buprenorfina, oxycodona, hidrocodona, elixir paregórico, difenoxilato e loperamida.
<b>SINAIS E SINTOMAS</b>	Miose, depressão neurológica, depressão respiratória, sudorese, bradicardia, hipotermia, hipotensão, hiporreflexia, náuseas, vômitos, edema pulmonar, diminuição dos ruídos intestinais, retenção urinária, convulsões.

**ATox**  
**2**

**Protocolo Samu 192**  
**Protocolos de Intoxicação e PP**  
**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**



**ATox 2 – Síndromes tóxicas**

Tabela 8 - Síndrome depressiva

<b>AGENTES</b>	Fenobarbital, tiopental, benzodiazepínicos e etanol.
<b>SINAIS E SINTOMAS</b>	Miose, depressão neurológica (sonolência, torpor, coma), depressão respiratória, cianose, hipotensão, bradicardia, hiporreflexia, normo/hipotermia.

Tabela 9 - Síndrome extrapiramidal

<b>ASPECTOS GERAIS</b>	Ampla gama de alterações motoras.
<b>AGENTES</b>	Fenotiazínicos, butirofenonas, metoclopramida, bromoprida, fenciclidina e lítio
<b>SINAIS E SINTOMAS</b>	Distúrbios do equilíbrio, distúrbios da movimentação, hipertonia, distonia orofacial, mioclonias, trismo, parkinsonismo e até opistótono.

Tabela 10 - Síndrome metahemoglobinêmica

<b>ASPECTOS GERAIS</b>	Origina-se da conversão excessiva da hemoglobina em metemoglobina, que é incapaz de se ligar e transportar oxigênio.
<b>AGENTES</b>	Dapsona, fenazopiridina, nitratos, nitritos, nitrofurantoina, acetanilida, azul de metileno, furazolidona, piridina e sulfametoxazol
<b>SINAIS E SINTOMAS</b>	Cianose de pele e mucosas, de tonalidade e localização peculiar, palidez de pele e mucosas, confusão mental e depressão neurológica.

**Observações**

- A relação das síndromes tóxicas é variável, não havendo um único padrão.
- O reconhecimento das síndromes tóxicas permite a identificação mais rápida do agente causal e, conseqüentemente, a realização do tratamento adequado.
- **IMPORTANTE:** muitas vezes pode-se ter um quadro clínico misto. Por exemplo, um paciente intoxicado por um antidepressivo tricíclico pode apresentar manifestações anticolinérgicas, depressão neurológica e convulsões.
- Muitas vezes a intoxicação envolve mais de uma droga.
- Em ambientes rurais onde tenha ocorrido escape de produto químico com finalidade pesticida, os profissionais do atendimento pré-hospitalar estarão expostos não apenas ao produto em si, mas também à contaminação por meio de roupas, contaminação da pele e até por pertences da vítima.

Elaboração: Janeiro/2016

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis. Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

ATox 2 – Síndromes tóxicas

5/6



**ATox**  
**2**

**Protocolo Samu 192**  
**Protocolos de Intoxicação e PP**  
**SUORTE AVANÇADO DE VIDA**

**ATox 2 – Síndromes tóxicas**

- Em ambientes industriais, deve-se ter atenção redobrada para a segurança da equipe quando houver envolvimento de produtos químicos.
- No caso de envolvimento de pesticidas ou químicos industriais, na medida do possível, atenda a vítima em um ambiente arejado e afastado do local da contaminação.
- Procure identificar o provável agente causal junto ao próprio paciente ou aos familiares e/ou acompanhantes. Frascos de medicamentos de uso rotineiro ou produtos de limpeza podem auxiliar. Lembre-se de que muitas vezes a vítima estará inconsciente e a família muito agitada e sem quaisquer informações sobre o tipo de produto. Sua capacidade de observação poderá ser muito útil na determinação do agente tóxico.
- Se o agente for conhecido, procure estimar a quantidade de tóxico em contato e o tempo decorrido até o atendimento.
- Avaliação ACENA

<b>A</b>	Avaliar: Arredores, A casa e a presença de Armas ou Artefatos que indiquem o uso de Álcool e drogas; Altura e a Aparência da vítima.
<b>C</b>	Observar a presença de sinais de Conflito e Crise na rede social da vítima.
<b>E</b>	Avaliar as expectativas e a receptividade da rede social e do próprio paciente sobre a Equipe de atendimento.
<b>N</b>	Avaliar o Nível de consciência, a adequação à realidade e a capacidade de escolha e Nível de sofrimento.
<b>A</b>	Avaliar a presença de sinais de uso de Álcool e drogas, a presença de Agressividade (atual ou anterior) e a presença de sinais de Autoagressão.

**ATox**  
**3**

**Protocolo Samu 192**  
**Protocolos de Intoxicação e PP**  
**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**



## ATox 3 – Intoxicação por drogas de abuso

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão

- Quando houver história/informações de uso de drogas como cocaína, crack, anfetaminas (ecstasy), maconha e outras drogas estimulantes;
- Quando atender pacientes em agitação e situação de violência com informações seguras de que não se trata de pacientes com agravo em saúde mental prévio.

### Conduta

**1.** Avaliar a segurança da cena (protocolo PE1) e método ACENA.

**2.** Considerar os cenários:

#### PACIENTE AGITADO MAS CONSCIENTE E COLABORATIVO

- Manejo verbal: aproximar-se de forma tranquila, identificar-se (nome e função), explicar o motivo da aproximação (Protocolo AC39);
- Considerar a administração de benzodiazepínico oral: diazepam 10 mg via oral;
- Iniciar hidratação venosa: a desidratação em casos de anfetamina deve ser corrigida de forma lenta; cuidado com a vontade do paciente de beber grandes volumes de água; risco de coma/óbito por hiponatremia;
- Se apresentar precordialgia: seguir protocolo Dor torácica não traumática (Protocolo AC17) mas considere que o diazepam melhora a maioria desses quadros.

#### PACIENTE AGITADO, DESORIENTADO OU AGRESSIVO

- Realizar contenção química exclusivamente com benzodiazepínicos o mais rápido possível, considerando que não há condição de uso endovenoso (EV):
  - Droga de escolha é o midazolam intramuscular (IM) ou intranasal (IN);
- Se IM: 5 a 15 mg, dependendo da intensidade do quadro; há risco de parada respiratória, que deve ser atendida com ventilações com bolsa-valva-máscara (BVM), com retorno em alguns minutos;
- Se IN: dose menor pela maior rapidez da absorção;

Atenção: O Diazepam só deve ser utilizado EV e não está prescrito para uso IM.

- Após melhora da agitação:
  - Utilizar diazepam 10 mg EV lento não diluído, ou oral (a metabolização do midazolam ocorre antes do término do efeito da droga de abuso utilizada e o quadro de agitação tem grande possibilidade de reaparecer, o que justifica o uso do diazepam de rotina); o diazepam pode ser repetido caso o paciente não melhore da agitação, com intervalo apenas do preparo da droga. Dose média de 30 mg. Pode ser necessária dose maior;
  - Verificar glicemia e corrigir se hipoglicêmico, conforme Protocolo AC29 (sempre verificar glicemia e saturação de oxigênio em todos pacientes agitados ou deprimidos);
  - Hidratação venosa;
  - Monitorização com eletrocardiograma (ECG) e ECG 12 derivações se disponível e se não atrasar chegada ao hospital.

#### PACIENTE INCONSCIENTE, EM CHOQUE OU PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA (PCR)

- Seguir protocolo específico.

Elaboração: Janeiro/2016

ATox 3 – Intoxicação por drogas de abuso

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/3



**ATox**  
**3**

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Intoxicação e PP  
**SUORTE AVANÇADO DE VIDA**

### ATox 3 – Intoxicação por drogas de abuso

3. Considerar apoio do Corpo de Bombeiros por meio da Central de Regulação, na suspeita de presença de solvente no ambiente, para retirada do paciente da área de risco.
4. Assim que possível, realizar a avaliação secundária (Protocolo AT2), com ênfase para:
  - Monitorar sinais vitais;
  - Realizar entrevista Sinais vitais, Alergias, Medicamentos em uso, Passado médico, Líquidos e alimentos, Eventos relacionados com o trauma ou doença (SAMPLE);
  - Valorizar informações sobre o agente (tipo, nome, frascos ou embalagens, quantidade) e sobre as condições do paciente (tempo de exposição, via de exposição).
5. Não provocar vômito, não passar sonda nasogástrica, não administrar nada por via oral (exceto o diazepam), não realizar lavagem gástrica.
6. Manter paciente com cabeceira elevada.
7. Manter acesso venoso pelo potencial de piora do paciente com coma e/ou arritmia.
8. Estar preparado para PCR.
9. Realizar contato com a Regulação Médica para definição do encaminhamento e/ou unidade de saúde de destino.
10. Registrar achados e procedimentos na ficha/boletim de ocorrência.

Elaboração: Janeiro/2016

ATox 3 – Intoxicação por drogas de abuso  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

2/3





**ATox**  
**3**

**Protocolo Samu 192**  
**Protocolos de Intoxicação e PP**  
**SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**



## ATox 3 – Intoxicação por drogas de abuso

### Observações

- Drogas de abuso mais frequentes: cocaína, crack, anfetaminas (ecstasy), maconha.
- Na intoxicação por drogas de abuso, são três os cenários a serem considerados:
  1. Paciente agitado mas consciente e colaborativo;
  2. Paciente agitado, desorientado, agressivo;
  3. Paciente chocado ou em PCR.
- **ATENÇÃO:** Paciente em desidratação pode evoluir para rabdomiólise.
- “Mulas” com sinais e sintomas: identificar a situação, avaliar o paciente, proceder conforme necessidade e transportar.
- A intoxicação por álcool está abordada no protocolo AC41.
- Avaliação ACENA

<b>A</b>	Avaliar: Arredores, A casa e a presença de Armas ou Artefatos que indiquem o uso de Álcool e drogas; Altura e a Aparência da vítima.
<b>C</b>	Observar a presença de sinais de Conflito e Crise na rede social da vítima.
<b>E</b>	Avaliar as expectativas e a receptividade da rede social e do próprio paciente e sobre a Equipe de atendimento.
<b>N</b>	Avaliar o Nível de consciência, a adequação à realidade e a capacidade de escolha e Nível de sofrimento.
<b>A</b>	Avaliar a presença de sinais de uso de Álcool e drogas, a presença de Agressividade (atual ou anterior) e a presença de sinais de Autoagressão.

Elaboração: Janeiro/2016

ATox 3 – Intoxicação por drogas de abuso  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

3/3



**ATox**  
**4**

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Intoxicação e PP  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA



## ATox 4 – Intoxicação e abstinência alcoólica

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão

Odor de álcool no hálito; fala pastosa; alterações do humor, comportamento e do nível de consciência; prejuízo da coordenação motora, da atenção e do julgamento; presença de náuseas e vômitos, ansiedade, irritabilidade, taquicardia, hiper ou hipotensão arterial, alucinações, agitação psicomotora, fraqueza. Todos esses sinais são comuns para intoxicação e abstinência alcoólica. Os sinais diferenciais para abstinência são: tremores, febre, sudorese profusa, convulsão e delírio.

### Conduta

1. Avaliar ambiente, sujeitos e segurança (método ACENA).
2. Apresentar-se e realizar a avaliação primária (protocolo AC1) e tratar conforme encontrado.
3. Realizar avaliação secundária (Protocolo AC2): Sinais vitais, Alergias, Medicamentos em uso, Passado médico, Líquidos e alimentos, Ambiente (SAMPLA) sinais vitais; glicemia capilar e exame físico.
4. Valorizar: tipo de substância, via de absorção e histórico psiquiátrico.
5. Não havendo evidência de trauma, manter o paciente em posição de recuperação devido ao risco de aspiração de secreções.
6. Manter o paciente aquecido.
7. Administrar oxigênio.
8. Garantir acesso venoso periférico com solução cristalóide e administrar tiamina 300 mg por via intramuscular, se disponível.
9. Corrigir rapidamente a hipoglicemia se glicemia capilar <70 mg/dL, com 40 mL de glicose a 50% por via intravenosa (IV).
10. Repetir a avaliação da glicemia capilar e repetir a dose de glicose se hipoglicemia persistir.
11. Em caso de agitação e/ou situação de violência resistente ao manejo verbal, considerar Protocolo AC40.
12. Em casos de síndrome de abstinência, sempre administrar diazepam 10 mg IV em bolus de 30 em 30 minutos com dose máxima de 50 mg.
13. Realizar contato com a Regulação Médica para comunicar a situação clínica atualizada, orientações e definição do encaminhamento.
14. Registrar achados e procedimentos na ficha/boletim de ocorrência.

Elaboração: Janeiro/2016

ATox 4 – Intoxicação e abstinência alcoólica  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/2



**ATox**  
**4**

**Protocolo Samu 192**  
**Protocolos de Intoxicação e PP**  
**SUORTE AVANÇADO DE VIDA**

## ATox 4 – Intoxicação e abstinência alcoólica

### Observações

- Avaliação ACENA

<b>A</b>	Avaliar: Arredores, A casa e a presença de Armas ou Artefatos que indiquem o uso de Álcool e drogas; Altura e a Aparência da vítima.
<b>C</b>	Observar a presença de sinais de Conflito e Crise na rede social da vítima.
<b>E</b>	Avaliar as expectativas e a receptividade da rede social e do próprio paciente e sobre a Equipe de atendimento.
<b>N</b>	Avaliar o Nível de consciência, a adequação à realidade e a capacidade de escolha e Nível de sofrimento.
<b>A</b>	Avaliar a presença de sinais de uso de Álcool e drogas, a presença de Agressividade (atual ou anterior) e a presença de sinais de Autoagressão.

- Atentar para o fato de que uma pessoa agitada e com alteração de comportamento, aparentemente intoxicada, na verdade pode estar abstinente.
- Complicações/agravos clínicos associados podem implicar em risco de morte e, portanto, não devem ser negligenciados.
- Considerar intoxicações por outras drogas (frequente associação).
- Considerar orientar os pacientes não removidos que procurem a rede de atenção básica, psicossocial e/ou de assistência social.

Elaboração: Janeiro/2016

ATox 4 – Intoxicação e abstinência alcoólica  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

2/2



**ATox  
5**

**Protocolo Samu 192**  
**Protocolos de Intoxicação e PP**  
**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**



## ATox 5 – Inalação de fumaça

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão

- Quando houver exposição de uma pessoa a fumaça em espaço fechado;
- Quando houver exposição de uma pessoa a fumaça proveniente de incêndio;
- Qualquer pessoa com sinais de queimadura na face (observar cílios, sobrancelhas, pelos do nariz e condição respiratória), tosse ou fuligem em secreções orais ou nasais.

### Conduta

1. Afastar a vítima do agente causador/retirar da área de risco.
2. Realizar avaliação primária (Protocolo AT1 ou APed 33).
  - Em caso de parada cardiorrespiratória (PCR), verificar se aplicável simultaneamente o protocolo de intoxicação por cianeto (Protocolo ATox 7)
3. Realizar avaliação secundária (Protocolo AT2 ou APed 34).
  - Se Glasgow < 13, verificar se aplicável simultaneamente o protocolo de intoxicação por cianeto (Protocolo ATox 7);
  - Se frequência cardíaca < 40 batimentos por minuto ou pressão arterial sistólica < 90 mmHg, verificar se aplicável simultaneamente o protocolo de intoxicação por cianeto (Protocolo ATox 7);
  - Na presença de sinais e sintomas gerais como cefaleia, náuseas, vômitos, tonturas, diminuição de acuidade visual, fraqueza, pele e/ou mucosas cor de framboesa ou rosa carminado, dispneia, arritmias cardíacas, dor torácica isquêmica, insuficiência cardíaca, hipotensão, síncope, confusão mental, convulsão, coma, PCR, verificar se aplicável simultaneamente o protocolo de intoxicação por monóxido de carbono (Protocolo ATox 6).
4. Manter permeabilidade da via aérea:
  - Considerar via aérea definitiva precoce se presentes sinais evidentes de queimaduras em vias aéreas (queimaduras em cílios, sobrancelhas, pelos do nariz, mudanças no caráter da voz até a afonia, estridor laríngeo, sialorreia, secreções nasais ou orais com fuligem) ou sinais de insuficiência respiratória.
5. Monitorizar a oximetria de pulso; considerar que, em casos de intoxicação por monóxido de carbono (Protocolo ATox 6), a sua leitura poderá indicar valores maiores do que o real.
6. Administrar oxigênio (O<sub>2</sub>) em alto fluxo para manter saturação de O<sub>2</sub> ≥ 94%.
7. Instalar acesso venoso.
8. No caso de queimaduras associadas a outras lesões, seguir protocolo AT25.
9. Realizar contato com a Regulação Médica para definição do encaminhamento e/ou unidade de saúde de destino.
10. Registrar achados e procedimentos na ficha/boletim de ocorrência.

### Observações

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- Considerar a necessidade de apoio de equipes especializadas para aproximação e retirada da vítima da área de risco.
- Considerar a cinemática do trauma e sempre buscar lesões associadas.

Elaboração: Janeiro/2016

ATox 5 – Inalação de fumaça  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/1



**ATox  
6**

**Protocolo Samu 192**  
**Protocolos de Intoxicação e PP**  
**SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**



## ATox 6 – Intoxicação por monóxido de carbono

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão

Paciente em área de risco, p. ex., áreas próximas a sistema de aquecimento avariado em ambiente mal ventilado, garagens de automóveis com o motor ligado ou próximo a focos de incêndio e com presença de sinais e sintomas gerais como: cefaleia, náuseas, vômitos, tonturas, diminuição de acuidade visual, fraqueza, pele e/ou mucosas cor de framboesa ou rosa carminado, dispnéia, arritmias cardíacas, dor torácica isquêmica, insuficiência cardíaca, hipotensão, síncope, confusão mental, convulsão, coma, parada cardiorrespiratória (PCR).

### Conduta

1. Avaliar a segurança da cena (Protocolo PE1).
2. Considerar apoio do Corpo de Bombeiros através da Central de Regulação, na suspeita de presença do gás no ambiente, para a retirada do paciente da área de risco.
3. Realizar avaliação primária (Protocolo AT1 ou APed 33).
  - Em caso de PCR, verificar se aplicável simultaneamente o protocolo de intoxicação por cianeto (Protocolo ATox 7)
4. Realizar avaliação secundária (Protocolo AT2 ou APed 34).
  - Se Glasgow < 13, verificar se aplicável simultaneamente o protocolo de intoxicação por cianeto (Protocolo xxx).
  - Se frequência cardíaca < 40 batimentos por minuto ou pressão arterial sistólica < 90 mmHg, verificar se aplicável simultaneamente o protocolo de intoxicação por cianeto (Protocolo ATox 7).
5. Ofertar oxigênio (O<sub>2</sub>) na máxima concentração disponível, independentemente da leitura da oximetria de pulso, de preferência com uso de máscara não reinalante a 15 L/min.
6. Considerar intubação orotraqueal com 100% de O<sub>2</sub> nos pacientes com sinais de queimaduras de vias aéreas, instabilidade hemodinâmica, alterações neurológicas ou sinais clínicos de insuficiência respiratória, independentemente da leitura da oximetria de pulso.
7. Tratar as crises convulsivas com diazepam, após excluir hipoglicemia, conforme protocolo de convulsão (Protocolo AC25 ou APed 22).
8. Atentar para outras lesões associadas, considerando o mecanismo de trauma.
9. Atentar para a ocorrência de PCR.
10. Realizar contato com a Regulação Médica para definição do encaminhamento e/ou unidade de saúde de destino.
11. Registrar achados e procedimentos na ficha/boletim de ocorrência.

### Observações

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- Considerar a cinemática do trauma e sempre buscar lesões associadas.
- A oximetria normal é um achado característico. O monóxido de carbono (CO) tem afinidade aproximadamente 200 vezes maior pela hemoglobina (Hb) do que o O<sub>2</sub>. Dependendo da porcentagem de ligação do CO à Hb, ocorrerá hipoxemia celular, porém com oximetria periférica inalterada, pois o oxímetro não diferencia a oxihemoglobina da carboxihemoglobina.
- A fenitoína é menos útil nos casos de convulsões por intoxicação.

Elaboração: Janeiro/2016

ATox 6 – Intoxicação por monóxido de carbono

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/1



**ATox**  
**7**

**Protocolo Samu 192**  
**Protocolos de Intoxicação e PP**  
**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**



## **ATox 7 – Intoxicação aguda por cianeto**

(Conforme Protocolo de uso da hidroxocobalamina do Ministério da Saúde – Portaria 1.115, de 19/10/2015)

### **Quando suspeitar ou critérios de inclusão**

Pacientes com história ou suspeita de inalação de fumaça oriunda de incêndios em estruturas, locais ou ambientes que possam conter materiais como algodão, seda, madeira, papel, plásticos, esponjas, acrílicos e polímeros sintéticos em geral, associada a uma das situações abaixo:

- Rebaixamento mental (Glasgow < 13)
- Instabilidade hemodinâmica grave [frequência cardíaca (FC) < 40 batimentos por minuto (bpm) ou pressão arterial (PA) sistólica de 90 mmHg]
- Parada cardiopulmonar (PCR)

**Excluir:** ao atender pacientes que inalaram fumaça nas condições acima, mas sem as alterações clínicas citadas, seguir o Protocolo ATox 5 (Inalação de fumaça).

### **Conduta**

1. Avaliar a segurança da cena (Protocolo PE1).
2. Considerar apoio do Corpo de Bombeiros através da Central de Regulação, para retirada do paciente da área de risco.
3. Realizar avaliação primária (Protocolo AT1):
  - Na presença de PCR, iniciar a ressuscitação cardiopulmonar (RCP) conforme protocolo;
  - Preparar-se para também instituir a hidroxocobalamina mesmo durante a RCP.
4. Na ausência de PCR, realizar avaliação secundária (Protocolo AT2), com prioridade absoluta para avaliação da Escala de Coma de Glasgow, PA sistólica e FC:
  - Se os critérios de inclusão nesse protocolo não foram atendidos: siga para o protocolo de inalação de fumaça (Protocolo ATox 5);
  - Se os critérios de inclusão nesse protocolo foram atendidos: prossiga nos itens abaixo.
5. Manter permeabilidade das vias aéreas.
6. Considerar via aérea definitiva precoce se presentes sinais evidentes de queimaduras em vias aéreas (queimaduras em cílios, sobrancelhas, pelos do nariz, mudança no caráter da voz até afonia, estridor laríngeo, sialorreia, escarro com fuligem) ou sinais de insuficiência respiratória aguda.
7. Administrar oxigênio a 100%.
8. Instalar acesso venoso.
9. Estimar/classificar a gravidade da intoxicação por cianeto em intermediária ou grave conforme tabela abaixo, lembrando sempre que a inalação de cianeto produz sintomas em poucos segundos e pode levar a morte por parada respiratória em poucos minutos.

Elaboração: Janeiro/2016

ATox 7 – Intoxicação aguda por cianeto

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/2



**ATox  
7**
**Protocolo Samu 192  
Protocolos de Intoxicação e PP  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**
**ATox 7 – Intoxicação aguda por cianeto**
**10. Usar hidroxocobalamina seguindo os critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde:**

- Reconstituir o frasco de 5 g de hidroxocobalamina com 200 mL de solução de cloreto de sódio a 0,9%;
  - Cada mL de solução reconstituída contém 25 mg de hidroxocobalamina;
  - São opções de diluentes para a hidroxocobalamina: soluções injetáveis de cloreto de sódio a 0,9%, ringer lactato ou glicose a 5%. Nenhum outro diluente deve ser utilizado;
- Administrar doses segundo a classificação da gravidade da intoxicação por cianeto:

ADMINISTRAÇÃO DA HIDROXOCOBALAMINA SEGUNDO A CLASSIFICAÇÃO DA GRAVIDADE DA INTOXICAÇÃO POR CIANETO		
<b>Intoxicação intermediária: Glasgow de 10 a 13</b>		
<b>Intoxicação grave: Glasgow &lt; 9 ou instabilidade hemodinâmica grave (FC &lt; 40 bpm ou PA sistólica &lt; 90 mmHg) ou PCR</b>		
	ADULTOS	CRIANÇAS
<b>1ª dose</b>	5 g intravenosa (IV) em 15 min	70 mg/kg IV em 15 min
<b>2ª dose (se situação continuar)</b>	5 g IV em 15 min se paciente grave ou em até 2 h, dependendo da severidade e resposta clínica	70 mg/kg IV em 15 min se paciente grave ou em até 2 h, dependendo da severidade e resposta clínica
<b>Múltiplas vítimas - Intoxicação intermediária: Glasgow de 10 a 13</b>		
<b>1ª dose</b>	2,5 g IV	
<b>2ª dose no hospital</b>	Completar no hospital até total de 5 g IV	

**11. Avaliar e cuidar de outras lesões conforme protocolo específico.**
**12. Realizar contato com a Regulação Médica para definição do encaminhamento e/ou unidade de saúde de destino.**
**13. Registrar achados e procedimentos na ficha/boletim de ocorrência, assim que possível.**
**Observações**

- Considera-se ausência de toxicidade pelo cianeto quando Glasgow > 14.
- A distribuição da hidroxocobalamina ao SAMU e aos serviços hospitalares será feita pelo Ministério da Saúde dentro de critérios por ele estabelecidos.
- Após reconstituído, o medicamento pode ser armazenado por até 6 h em temperatura ambiente (até 30 °C).
- Recomenda-se a leitura completa da Portaria 1.115 de 19/10/2015, que apresenta texto técnico sobre o tema.

Elaboração: Janeiro/2016

 ATox 7 – Intoxicação aguda por cianeto  
 Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
 Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

2/2



**ATox  
8**

**Protocolo Samu 192**  
**Protocolos de Intoxicação e PP**  
**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**



## ATox 8 – Intoxicação por organofosforados e carbamatos

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão

- História de contato cutâneo ou inalatório durante manuseio ou exposição de inseticida agrícola (organofosforados ou carbamatos).
- História de contato cutâneo ou inalatório decorrente de acidente de transporte ou industrial.
- História de ingestão intencional ou acidental de inseticidas ou ralicida clandestino "chumbinho", associada com alguns dos seguintes sinais ou sintomas:
  - Hipersecreção brônquica, broncoespasmo, tosse, insuficiência respiratória, cianose;
  - Bradicardia, hipotensão;
  - Distúrbios visuais, miose, lacrimejamento, salivação e sudorese excessiva;
  - Dores abdominais, náuseas, vômitos, diarreia;
  - Agitação, fasciculação, convulsão e coma;
  - Palaciúria, incontinência urinária.

### Conduta

1. Assegurar o uso dos equipamentos de proteção individual adequados (Protocolo PE2).
2. Garantir a segurança da cena (Protocolo PE1).
3. Em caso de contato cutâneo ou inalatório, remover as roupas com cuidado e realizar a descontaminação a partir da lavagem da região afetada com soro fisiológico (SF) ou água corrente abundante, se disponível, antes de colocar o paciente na ambulância. Em casos de produtos em pó, realizar primeiramente a limpeza mecânica, seguida de lavagem.
4. Realizar a avaliação primária (Protocolo AT1 ou APed 33) e a avaliação secundária (Protocolo AT2 ou APed 34), com ênfase para:
  - Garantir a permeabilidade de via aérea;
  - Administrar oxigênio (O<sub>2</sub>) em alto fluxo para manter saturação de O<sub>2</sub> ≥ 94%;
  - Monitorizar a oximetria de pulso e glicemia capilar;
  - Monitorar os sinais vitais;
  - Realizar entrevista Sinais vitais, Alergias, Medicamentos em uso, Passado médico, Líquidos e alimentos, Eventos relacionados com o trauma ou doença (SAMPLE);
  - Valorizar informações sobre o agente:
    - Motivo do uso, tipo, nome, frascos ou embalagens, quantidade
    - Situações de risco na residência
    - Condições do paciente: tempo de exposição, via de exposição e profissão.
5. Instalar acesso venoso.

Elaboração: Janeiro/2016

ATox 8 – Intoxicação por organofosforados e carbamatos

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/3





**ATox  
8**
**Protocolo Samu 192  
Protocolos de Intoxicação e PP  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**
**ATox 8 – Intoxicação por organofosforados e carbamatos**
**6. Administrar o antídoto atropina conforme tabela abaixo:**

USO DA ATROPINA	
<b>Indicação:</b> presença de sinais respiratórios e frequência cardíaca < 60 batimentos por minuto (bpm) (hipersecreção brônquica, broncoespasmo, tosse, insuficiência respiratória, cianose)	
ADULTO	CRIANÇA
Em bolus intravenoso/intraósseo (IV/IO), na dose de 1 a 2 mg, o correspondente a 4 a 8 ampolas se 0,25 mg/ampola, a cada 15 minutos.	Em bolus IV/IO, na dose de 0,02 a 0,05 mg/kg, máximo de 1 mg/dose, podendo ser repetida a cada 3 a 5 minutos até a diminuição das secreções e reversão do broncoespasmo. Atenção: a dose de atropina <b>não</b> deve ser menor que 0,1 mg. Dose menor que 0,1 mg pode causar bradicardia paradoxal.
Reavaliar o paciente continuamente. Interromper, diminuir a dose, ou ampliar o tempo de administração da <b>atropina</b> quando houver melhora dos sinais e sintomas.	
A redução da hipersecreção é o indicador a ser utilizado na administração da <b>atropina</b> . À medida que o paciente apresentar diminuição da secreção pulmonar (redução dos roncós e estertores subcrepitantes), da sialorreia e da sudorese, o medicamento deve ser administrado em intervalos maiores.	
A <b>atropina</b> não age bem na acidose.	
A miose é um dos últimos sinais a ser revertido.	
A administração da <b>atropina</b> quando a frequência cardíaca estiver próxima a 150 bpm deverá ser feita com cautela e dependerá de outros parâmetros clínicos que a indiquem, em especial a hipersecreção brônquica.	

- 7. Considerar a passagem de sonda nasogástrica nos casos de ingestão recente (< 1 hora), se disponível e na ausência de crise convulsiva. Em caso de disponibilidade, considerar:**
  - Lavagem gástrica com SF;
  - Garantia de proteção das vias aéreas antes do procedimento para os casos de rebaixamento do nível de consciência;
  - Administração de **carvão ativado** (Protocolo ATox 14) por sonda nasogástrica, se disponível e transporte demorado, na dose de 1 g/kg (máximo de 50 g), diluído em 8 mL/g de SF ou água potável, se disponível (diluição de 1:4 ou 1:8), e anotar o horário; manter por 30 minutos no estômago, esvaziando-o em seguida.
- 8. Afastar outras causas de rebaixamento do nível de consciência (incluindo hipoglicemia –Protocolo AC29).**
- 9. Considerar uso de bicarbonato de sódio, se disponível, em pacientes com insuficiência respiratória grave, na dose de 1 a 2 mEq/kg em 2 horas (a atropina não age bem na acidose).**
- 10. Realizar contato com a Regulação Médica para definição do encaminhamento e/ou unidade de saúde de destino.**
- 11. Transportar o paciente na ambulância com janelas abertas, sempre que houver contaminação do ambiente.**
- 12. Registrar achados e procedimentos na ficha/boletim de ocorrência.**

Elaboração: Janeiro/2016

 ATox 8 – Intoxicação por organofosforados e carbamatos  
 Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
 Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

2/3



**ATox**  
**8**

**Protocolo Samu 192**  
**Protocolos de Intoxicação e PP**  
**SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**



## ATox 8 – Intoxicação por organofosforados e carbamatos

### Observações

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- Considerar a cinemática do trauma e sempre buscar possíveis lesões associadas.
- A Regulação Médica deve ser informada prontamente sobre qualquer detalhe disponível acerca do agente causador, bem como dos sinais e sintomas encontrados, para subsidiar o contato com o Centro de Controle de Intoxicações da região e a tomada de decisão.
- Considerar o vômito do paciente que ingeriu a substância como fonte de contaminação, especialmente se impregnado nas vestes, que devem ser retiradas com cuidado.
- O raticida "chumbinho" é um produto clandestino, geralmente composto por inseticidas carbamatos e/ou organofosforados ou ainda outras substâncias. Os venenos agrícolas, de uso exclusivo na lavoura como inseticidas, acaricidas ou nematicidas, são desviados do campo para os grandes centros para serem indevidamente utilizados como raticidas (Fonte: Agência Nacional de Vigilância Sanitária). A classe de substâncias permitidas no Brasil como raticidas são os anticoagulantes orais (cumarínicos).

Elaboração: Janeiro/2016

ATox B – Intoxicação por organofosforados e carbamatos

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

3/3



**ATox  
11**

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Intoxicação e PP  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA



## ATox 11 – Intoxicação por medicamentos depressores do SNC

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão

História de ingestão de medicamentos dos grupos benzodiazepínicos, barbitúricos, sedativos, hipnóticos, opioides, anticonvulsivantes ou antipsicóticos, associada a presença de depressão neurológica, caracterizada por alteração do nível de consciência, como:

- Sonolência
- Torpor
- Coma

Pode ou não estar associada a alguns dos seguintes sinais:

- Miose
- Depressão respiratória
- Cianose
- Bradicardia, hipotensão

### Conduta

1. Assegurar o uso dos equipamentos de proteção individual adequados (Protocolo PE2).
2. Garantir a segurança da cena (Protocolo PE1).
3. Realizar avaliação primária e secundária (Protocolos AC1 e AC2).
4. Manter a permeabilidade das vias aéreas, incluindo via aérea avançada se necessário.
5. Administrar oxigênio por máscara, 4 a 6 L/min, ou ventilação assistida em caso de depressão respiratória.
6. Realizar monitorização cardíaca, de pressão arterial e oximetria.
7. Avaliar glicemia capilar.
8. Instalar acesso venoso/intraósseo (IO).
9. Reconhecer a síndrome tóxica (Protocolo ATox 2)
10. Identificar o provável agente causal; valorizar informações sobre o agente (nome, composição, quantidade), tempo de ingestão.
11. Nos casos de ingestão recente de doses elevadas e transporte demorado, considerar a passagem de sonda nasogástrica, se disponível. Nesse caso:
  - Considerar lavagem gástrica com soro fisiológico (SF), conforme descrito no Protocolo ATox 14;
  - Considerar administração de carvão ativado por sonda nasogástrica, se disponível, na dose de 1 g/kg diluída em 8 mL/g de SF ou água potável, se disponível, e anotar o horário, conforme procedimento descrito no Protocolo ATox 14;
  - Considerar proteção das vias aéreas antes do procedimento.

Elaboração: Janeiro/2016

ATox 16 – Primeiro na cena com produtos perigosos

Este protocolo foi atualizado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/2



**ATox  
11**

**Protocolo Samu 192  
Protocolos de Intoxicação e PP  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**

## ATox 11 – Intoxicação por medicamentos depressores do SNC

- 12. Considerar antídotos, se disponíveis, nos quadros com depressão respiratória, quando uma única dessas classes medicamentosas estiver envolvida:**
- **Intoxicação por opioide no adulto:** utilizar NALOXONA, administrando 0,04 mg na primeira dose, 0,4 mg na segunda, 2 mg na terceira e 10 mg na quarta, por via intravenosa (IV), IO ou endotraqueal. As repetições devem ser efetuadas a cada 2 a 3 minutos;
  - **Intoxicação por benzodiazepínicos:** utilizar FLUMAZENIL, administrando 0,1 a 0,2 mg IV/IO em 15 a 30 segundos. Pode ser repetida até reversão da depressão respiratória ou até a quantidade máxima de 1 mg;
  - Evitar a administração dos antídotos em pacientes dependentes de opioides ou benzodiazepínicos, pois pode desencadear síndrome de abstinência, com convulsões de difícil controle.
- 13. Considerar antídoto biperideno, se disponível, nos casos de liberação extrapiramidal (hipertonia muscular, desvio conjugado do olhar, trisma, opistótono). Administrar 3 a 5 mg intramuscular ou endovenoso em pacientes adultos.**
- 14. Se possível, levar amostras/embalagem do medicamento ao hospital.**
- 15. Remover para hospital de referência, após contato com a Regulação Médica.**

### Observações

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- **BENZODIAZEPÍNICOS:** diazepam, lorazepam, midazolam, clonazepam etc., tais como Diempax®, Dormanid®, Rivotril®, Rohypnol®, Dalmadorm®, Bromazepam®, Clonazepam®, Frontal®, Lexotam®, Valium®, etc.
- **BARBITÚRICOS:** fenobarbital, tal como Gardenal®, Barbitron®, Thiopentax®, Fenocris®, etc.
- **OPIOIDES:** codeína, morfina, tramadol, fentanil, tais como Codex®, Tylex®, Fentanil®, Dimorf®, Dolo Mof®, Dorless®, Trama® etc., e heroína (opioide, não medicamento)
- **ANTICONVULSIVANTES:** carbamazepina, fenitoína, tais como Hidantal®, Tegretol®, etc.
- **ANTIPSICÓTICOS:** haloperidol, risperidona, tais como Haldol®, Esquidon®, Ripevil®, Risperdal®, etc.

Elaboração: Janeiro/2016

ATox 11 – Intoxicação por medicamentos depressores do SNC  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

2/2



## ATox 12

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Intoxicação e PP  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA



### ATox 12 – Exposição a solventes

#### Quando suspeitar ou critérios de inclusão

- Em casos de atendimento onde se identifique ou se suspeite do envolvimento de solventes (listados no campo "Observações").
- Em casos de atendimento onde se identifique odor característico de solvente no ar exalado pelo paciente.
- Em casos de atendimento de paciente onde se identifique ou se suspeite de inalação e/ou ingestão de solventes e:
  - Na ingestão: ardor em orofaringe, vômito e tosse;
  - Na inalação: euforia inicial seguida de depressão do sistema nervoso central, ardor de vias aéreas e tosse.

#### Conduta

1. Avaliar a segurança da cena (protocolo PE1).
2. Considerar apoio do Corpo de Bombeiros através da Central de Regulação, na suspeita de presença de solvente no ambiente, para retirada do paciente da área de risco.
3. Realizar a avaliação primária (Protocolo AT1).
4. Realizar a avaliação secundária (Protocolo AT2), com ênfase para:
  - a. Monitorar sinais vitais;
  - b. Realizar entrevista Sinais vitais, Alergias, Medicamentos em uso, Passado médico, Líquidos e alimentos, Eventos relacionados com o trauma ou doença (SAMPLE);
  - c. Valorizar informações sobre o agente (tipo, nome, frascos ou embalagens, quantidade) e sobre as condições do paciente (tempo de exposição, via de exposição)
5. Não provocar vômito, não passar sonda nasogástrica, não administrar nada por via oral, não realizar lavagem gástrica.
6. Manter paciente com cabeceira elevada.
7. Realizar acesso venoso pelo potencial de piora do paciente com coma e/ou arritmia.
8. Estar preparado para parada cardiorrespiratória.
9. Realizar contato com a Regulação Médica para definição do encaminhamento e/ou unidade de saúde de destino.

#### Observações

- Para fins deste protocolo, são exemplos de solventes: gasolina, querosene, thinner (ou tiner), aguarrás, acetona, removedor de esmalte (acetato de etila), éter, benzeno, benzina (mistura de hexanos), clorofórmio e outros solventes halogenados, solventes de cola de sapateiro, etc.
- Alguns solventes considerados como drogas de abuso, especialmente clorofórmio e outros halogenados (lança-perfume ou "cheirinho da lolô"), podem provocar arritmias.
- Manter o paciente com cabeceira elevada objetiva aumentar o esvaziamento gástrico e evita aspiração.
- A volatilização do conteúdo gástrico causa aspiração do vapor do solvente com suas consequências.
- Comumente não há alteração na saturação de oxigênio na fase pré-hospitalar.

Elaboração: Janeiro/2016

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

ATox 12 – Exposição a solventes

1/1



**ATox  
13**

**Protocolo Samu 192  
Protocolos de Intoxicação e PP  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**



## ATox 13 – Exposição a corrosivos

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão

- Em casos de acidentes onde se identifique ou se suspeite do envolvimento de produtos corrosivos (Protocolo ATox 17 sobre identificação do produto perigoso).
- Em casos de atendimento de paciente em que se identifique ou se suspeite de contato com produtos corrosivos e que apresente alguns dos sinais ou sintomas:
  - Na ingestão: dificuldade de deglutir, dor, edema e eritema de lábio e língua, sialorreia e hematêmese;
  - Nos olhos: dor, edema e eritema;
  - Na pele: dor intensa com pouca manifestação flogística no local;
  - Na inalação (em caso de corrosivos voláteis): tosse, dispneia, cefaleia, ardor de vias aéreas superiores.

### Conduta geral

1. Avaliar a segurança da cena (protocolo PE1).
2. Considerar apoio do Corpo de Bombeiros através da Central de Regulação, na suspeita de presença de corrosivo volátil no ambiente para retirada do paciente da área de risco.
3. Realizar a avaliação primária (Protocolo AT1).
4. 4. Realizar a avaliação secundária (Protocolo AT2), com ênfase para:
  - a. Monitorar sinais vitais;
  - b. Realizar entrevista Sinais vitais, Alergias, Medicamentos em uso, Passado médico, Líquidos e alimentos, Eventos relacionados com o trauma ou doença (SAMPLE);
  - c. Valorizar informações sobre o agente (tipo, nome, frascos ou embalagens, quantidade) e sobre as condições do paciente (tempo de exposição, via de exposição)
5. Adotar a conduta adequada ao caso, conforme Conduta específica abaixo.
6. Realizar contato com a Regulação Médica para definição do encaminhamento e/ou unidade de saúde de destino.

### Conduta específica

#### A) Na ingestão:

1. Proteger as vias aéreas: em caso de suspeita de obstrução da via aérea (estridor laríngeo), a intubação orotraqueal deve ser precoce;
2. Não provocar vômito, não passar sonda nasogástrica, não administrar nada por via oral, não realizar lavagem gástrica, não realizar tentativas de neutralização do corrosivo;
3. Obter acesso venoso ou intraósseo;

Elaboração: Janeiro/2016

ATox 13 – Exposição a corrosivos  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/3



## ATox 13

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Intoxicação e PP  
**SUORTE AVANÇADO DE VIDA**

### ATox 13 – Exposição a corrosivos

4. Manter hidratação com soro fisiológico;
  5. Realizar analgesia conforme protocolo AC37.
- B) No contato com a pele e/ou olhos** (veja mais detalhes no protocolo de descontaminação ATox 14):
- B.1. Substâncias corrosivas não voláteis:
1. Remover roupas contaminadas;
  2. Se corrosivo em pó, remover o excesso cuidadosamente com pano seco ou compressa seca antes de lavar;
  3. Se pele: lavar abundantemente o local afetado com água corrente, se disponível/possível, ou SF;
  4. Se olhos: lavar abundantemente o local afetado de preferência com solução salina (SF, ringier lactata); usar água corrente na impossibilidade da solução salina;
  5. Se um único olho for acometido, lateralizar a cabeça mantendo para baixo o olho acometido para realizar a lavagem, sem contaminar o olho sadio;
  6. Obter acesso venoso ou intraósseo;
  7. Realizar analgesia conforme protocolo AC37.
- B.2. Substâncias corrosivas voláteis:
1. Remover o paciente para local aberto;
  2. Remover a roupa contaminada;
  3. Colocar o paciente na ambulância somente após sua descontaminação cutânea;
  4. Se pele ou olhos forem acometidos, realizar os mesmos atendimentos do corrosivo não volátil descritos acima;
  5. Se inalação do produto, seguir os procedimentos de descontaminação das vias aéreas descritos abaixo.
- C) Na inalação** (veja mais detalhes no protocolo de descontaminação ATox 14):
- Nebulização com SF.
  - Se broncoespasmo presente, associar fenoterol, 10 gotas diluídas em 5 mL de SF sob inalação por máscara com oxigênio, 6 L/min; repetir a cada 20 minutos se necessário, até três nebulizações.

Elaboração: Janeiro/2016

ATox 13 – Exposição a corrosivos  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

2/3



**ATox  
13**

**Protocolo Samu 192  
Protocolos de Intoxicação e PP  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**



## ATox 13 – Exposição a corrosivos

### Observações

- Nos casos de ingestão intencional, o quadro clínico tende a ser mais grave.
- Definição de corrosivos pela Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) 14725:
  - *Corrosivo cutâneo*: Material-teste que produz destruição de tecido da pele, chamada de necrose visível através da epiderme e dentro da derme, em pelo menos um de três animais ensaiados, após exposição de até 4h de duração.
  - *Corrosivo para metais*: substâncias ou mistura que, por ação química, é capaz de danificar ou até mesmo destruir metais.
- São produtos corrosivos:
  - Ácidos fortes: clorídrico (muriático), bromídrico, fluorídrico, sulfúrico, fosfórico, etc.
  - Bases ou álcalis: hidróxido de cálcio (cal), hidróxido de sódio (soda cáustica), hidróxido de potássio, etc.
  - Voláteis: amônia, cloro, flúor, ácidos voláteis (fluorídrico, bromídrico, clorídrico), etc.

Elaboração: Janeiro/2016

ATox 13 – Exposição a corrosivos  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

3/3





**ATox  
14**

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Intoxicação e PP  
**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**



## ATox 14 – Descontaminação

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão

Quando houver necessidade de remover ou neutralizar agentes químicos tóxicos que foram ingeridos, inalados ou entraram em contato com a pele ou olhos de um paciente.

### Conduta geral

1. Atentar para a segurança da cena e utilizar equipamento de proteção individual completo;
2. Determinar a necessidade de descontaminação antes da completa abordagem e atendimento do paciente;
3. Identificar o produto ou substância ou agente que necessite ser eliminado ou neutralizado;
4. Atentar para o protocolo específico de atendimento para o contaminante ou intoxicante encontrado;
5. Determinar se o paciente pode ser manipulado antes da descontaminação, sem risco para a equipe;
6. Se não houver risco, proceder à avaliação do paciente e adotar as condutas pertinentes ao caso, conforme protocolos específicos;
7. Se houver necessidade ou indicação de descontaminação e seguir as orientações constantes na CONDUTA ESPECÍFICA descrita abaixo;
8. Seguir as demais orientações constantes dos protocolos específicos para as substâncias causadoras da intoxicação.

### Conduta específica

A indicação de uma determinada descontaminação consta dos protocolos específicos dos agentes contaminantes ou intoxicantes. Os procedimentos de descontaminação estão descritos abaixo.

#### NA CONTAMINAÇÃO POR VIA DIGESTIVA:

- Como regra, **NÃO** induzir vômitos e não administrar líquidos por via oral.
- **LAVAGEM GÁSTRICA:** como regra, **NÃO** deve ser realizada no atendimento pré-hospitalar. Raramente, em transporte prolongado e atendimento em área remota, pode ser considerada pelo médico intervecionista, se habilitado e preparado. Consiste na passagem de sonda nasogástrica (SNG) de grosso calibre, na administração de pequena quantidade de líquido [soro fisiológico (SF) ou água potável] e na aspiração sequencial do mesmo volume, repetidas vezes, com o objetivo de remover substâncias tóxicas do estômago, incluindo comprimidos. Paciente deve ser posicionado em decúbito lateral esquerdo.
- **CARVÃO ATIVADO:** indicado nos casos de ingestão de agentes tóxicos que sejam adsorvidos pelo carvão ativado. Preferencialmente utilizado no ambiente hospitalar. No SAMU, se disponível no serviço, pode ser utilizado em casos de transporte prolongado ou atendimento em área remota e **dentro da primeira hora** de ingestão do agente.
  - As vias aéreas devem estar intactas. Caso haja depressão neurológica ou respiratória, as vias aéreas devem ser protegidas antes da administração do carvão ativado;
  - Passar SNG;

Elaboração: Janeiro/2016

ATox 14 – Descontaminação  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/3



**ATox**  
**14**

**Protocolo Samu 192**  
**Protocolos de Intoxicação e PP**  
**SUORTE AVANÇADO DE VIDA**

## ATox 14 – Descontaminação

- Separar a quantidade total a ser utilizada, sendo 1 g/kg, no máximo 50 g;
- Diluir na proporção de 8 mL de SF ou água potável para cada grama do carvão ativado. Exemplos: 1) Paciente com 50 kg ou mais, diluir 50 g de carvão ativado em 400 mL de SF ou água potável. 2) Paciente com 40 kg, diluir 40 g de carvão ativado em 320 mL de SF ou água potável;
- Introduzir a diluição pela SNG e anotar o horário;
- Manter o paciente em decúbito lateral esquerdo com o objetivo de retardar o esvaziamento gástrico;
- Após cerca de 30 minutos, esvaziar o estômago pela SNG;
- Outras doses de carvão ativado poderão ser novamente utilizadas no ambiente hospitalar.

### Observação:

- O carvão ativado é ineficaz nas exposições a álcoois, sais de ferro e lítio e contraindicado nas exposições a hidrocarbonetos, óleos essenciais, hipoclorito de sódio e cáusticos;
- Restos de carvão ativado no estômago serão eliminado pelas fezes;
- Se houver dúvidas sobre a eficiência ou indicação ou algum detalhe técnico sobre o uso do carvão ativado em uma determinada intoxicação ou situação, use a Regulação Médica para realizar contato com um Centro de Intoxicação.

### NA CONTAMINAÇÃO POR VIA RESPIRATÓRIA:

- Manter o paciente em ambiente aberto, livre do agente contaminante, com oxigênio (O<sub>2</sub>) suplementar.
- Realizar nebulização com SF.
  - Se broncoespasmo presente, associar fenoterol, 10 gotas diluídas em 5 mL de SF sob inalação por máscara com O<sub>2</sub>, 6 L/min; repetir a cada 20 minutos se necessário, até três nebulizações.

### NA CONTAMINAÇÃO POR VIA CUTÂNEA:

- Remover as vestes ou equipamentos contaminados, com especial cuidado para não agravar a contaminação de áreas corpóreas, em especial a face. Cortar as vestes é mais seguro;
- Se o agente for pó ou sólido, retirar o excesso com pano seco ou compressa, antes de lavar;
- Realizar lavagem da área afetada ou corporal com fluxo de água corrente, com especial atenção para cabelos, axilas, umbigo, região genital e subungueal;
- Considerar cobrir ferimentos antes de iniciar a lavagem corporal;
- Evitar hipotermia;
- Em contaminações extensas ou por produto de elevada toxicidade, considere aguardar a descontaminação por equipe especializada e equipada para tal, para depois realizar atendimento do paciente.

### NA CONTAMINAÇÃO DOS OLHOS:

- Lavar os olhos com fluxo contínuo de água ou SF, com as pálpebras abertas, a partir do canto do olho (próximo ao nariz) para a lateral da face, por no mínimo, 20 minutos. Pode ser realizado durante o transporte ao hospital;
- Se um único olho for acometido, lateralizar a cabeça mantendo para baixo o olho acometido para realizar a lavagem, evitando contaminar o olho sadio.
- Se os dois olhos forem acometidos, lavá-los com fluxo contínuo de SF ou água, do centro ou região entre os olhos para as laterais. Proteja o restante da face com compressas. Uma forma improvisada que pode ser útil é a utilização de cateter para O<sub>2</sub>, tipo óculos, colocando a dupla saída sobre a parte superior do nariz, próxima ao canto dos olhos, mantendo uma saída de cada lado do nariz e direcionada para cada olho. Conecte o cateter a um frasco de SF e mantenha fluxo contínuo.

Elaboração: Janeiro/2016

ATox 14 – Descontaminação  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

2/3



**ATox  
14**

**Protocolo Samu 192  
Protocolos de Intoxicação e PP  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**



## ATox 14 – Descontaminação

### Observações

- *Definição: descontaminação é um processo que consiste na remoção física dos contaminantes ou na alteração de sua natureza química para substâncias inócuas. Companhia Ambiental do Estado de São Paulo (CETESB).*
- 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).
- A relação dos 35 Centros de Informação e Assistência Toxicológica (CIATox) está disponível no site <http://www.fiocruz.br/sinitox> (clique em: Sobre o Sinitox – Centros de Informação). Idealmente, cada unidade do SAMU deverá conhecer o número do CIATox de referência para a sua região.
- Carvão ativado é ineficaz para absorção de ferro, álcool, pesticidas e hidrocarbonetos.

“O tempo é fator crítico para as vítimas, mas a segurança das equipes também é importante. Diante de um acidente envolvendo produto perigoso (PP), a equipe deve conter seu ímpeto de adentrar a zona quente para socorrer as vítimas que estejam até que sejam estabelecidas as informações básicas sobre o PP e ações de segurança necessárias.”

Elaboração: Janeiro/2016

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

ATox 14 – Descontaminação

3/3



**ATox  
15**

**Protocolo Samu 192  
Protocolos de Intoxicação e PP  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**



## ATox 15 – Acidentes com animais peçonhentos

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão

- Relato de picada por animal silvestre conhecido ou não (se desconhecido, trate como animal venenoso);
- Presença de marcas causadas pelas picadas associada a dor local, edema, eritema e bolhas;
- Em casos mais graves, pode haver ptose palpebral, calúria e oligoanúria, alterações visuais, insuficiência respiratória aguda e em casos extremos, torpor, inconsciência e choque anafilático.

### Conduta

1. Realizar avaliação primária (Protocolo AT1), com ênfase para:
  - Oximetria de pulso;
  - Administrar oxigênio (O<sub>2</sub>) por máscara facial em altos fluxos, se saturação de O<sub>2</sub> < 94%.
2. Realizar avaliação secundária (Protocolo AT2).
3. Manter paciente em repouso absoluto.
4. Instalar acesso venoso e realizar reposição volêmica.
5. Considerar analgesia (Protocolo AC37).
6. Lavar a ferida com soro fisiológico e cobrir com curativo estéril seco.
7. Não utilizar torniquete.
8. Obter descrição, imagem ou o próprio animal (se morto e acondicionado em dispositivo fechado e protegido).
9. Realizar contato com a Regulação Médica para definição do encaminhamento e/ou unidade de saúde de destino.
10. Registrar achados e procedimentos na ficha/boletim de ocorrência.
11. Considerar contato médico a médico com centro de controle de intoxicação da sua região.
12. Considerar transmissão da imagem do animal e da lesão para o centro de controle de intoxicação da sua região.

Elaboração: Janeiro/2016

ATox 15 – Acidentes com animais peçonhentos

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/2



## **ATox 15**

**Protocolo Samu 192**  
**Protocolos de Intoxicação e PP**  
**SUORTE AVANÇADO DE VIDA**

### **ATox 15 – Acidentes com animais peçonhentos**

#### **Observações**

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3), com especial atenção para a segurança de cena.
- Considerar a possibilidade de lesões secundárias devido à cinemática de toda a situação, como as decorrentes de corrida, queda, etc.
- Nos acidentes por animais peçonhentos, o socorrista não deve perder tempo no local e nem deve tentar capturar o animal.
- Atenção especial aos extremos de idades, já que são mais susceptíveis a complicações decorrentes do veneno inoculado.
- A 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).
- A relação dos 35 Centros de Informação e Assistência Toxicológica (CIATox) está disponível no site <http://www.fiocruz.br/sinitox> (clique em: Sobre o Sinitox – Centros de Informação). Idealmente, cada unidade do SAMU deverá conhecer o número do CIATox de referência para a sua região.

**Elaboração:** Janeiro/2016

*ATox 15 – Acidentes com animais peçonhentos*  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

**2/2**



**ATox  
16**

**Protocolo Samu 192**  
Protocolos de Intoxicação e PP  
**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**



## ATox 16 – Primeiro na cena com produtos perigosos

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão

Quando a equipe do SAMU for a primeira instituição a chegar num local que apresente:

- Informação da Central de Regulação sobre a presença de produtos perigosos (PP) no local;
- Acidente com veículo identificado como transportador de PP;
- Acidente com veículos que apresentem embalagens com a simbologia de PP;
- Acidente com veículo onde exista vazamentos de produtos com ou sem identificação;
- Acidente com PP em instalações industriais, depósitos ou instalações comerciais;
- Acidentes com PP em tubovias (tubulações);
- Qualquer acidente onde houver a presença de PP confirmada ou suspeita.

### Conduta

1. Garantir a segurança da cena (Protocolo PE1).
2. Manter uma distância segura do veículo ou equipamento sinistrado ou produto derramado ou vazado.
3. Aproximar-se com cautela do local do acidente, mantendo o vento pelas costas em relação ao veículo ou equipamento sinistrado.
4. Evitar se posicionar nos locais mais baixos em relação ao local do acidente.
5. Informar a Central de Regulação sobre a chegada no local e fornecer dados preliminares.
6. Confirmar a presença ou indícios de PP e estimativa de vítimas.
7. Informar a Central de Regulação com o maior detalhamento possível dados da identificação do produto (Protocolo de identificação de PP – ATox 17), identificação da via e local do acidente, quilometragem, sentido, pontos de referência, acessos alternativos, etc., mantendo os requisitos de segurança deste protocolo.
8. Aguardar orientações da Central de Regulação.
9. Certificar-se que, em caso de atendimento às vítimas que saem ou foram retirados da zona quente, estas não estejam contaminadas e, caso estejam contaminadas, atender as determinações dos protocolos específicos (Protocolo de descontaminação – ATox 14).
10. Informar a Central de Regulação se houver visível contaminação ou possibilidade de contaminação de recursos hídricos, para que esta comunique de imediato a empresa responsável pelo abastecimento público de água na região.

### Observações

- Considerar os 3 “S” (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- A Central de Regulação deverá ter protocolo específico para acionamento dos órgãos de intervenção e apoio.
- A Central de Regulação deverá comunicar ou requerer de imediato a comunicação à empresa responsável pelo abastecimento público de água na região, caso haja contaminação ou possibilidade de contaminação de recursos hídricos.

Elaboração: Janeiro/2016

ATox 16 – Primeiro na cena com produtos perigosos

Este protocolo foi paulado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/1



**ATox  
17**
**Protocolo Samu 192  
Protocolos de Intoxicação e PP  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**

**ATox 17 – Identificação do produto perigoso**
**Quando suspeitar ou critérios de inclusão**

Quando houver indícios de presença de produtos perigosos (PP) na cena, tais como:

- Acidente com envolvimento de veículo de carga rodoviário, ferroviário ou marítimo do tipo tanque, tipo baú, carroceria, outros;
- Presença de qualquer placa de identificação de risco (simbologia de risco);
- Embalagens sem identificação como caixas, bombonas, etc.;
- Acidente em indústria, área de armazenamento, depósitos, dutovias, outros;
- Acidentes em locais de revenda de produtos químicos;
- Incêndios, fumaça, névoa;
- Odores no ar que se respira em cenas de acidente;
- Vazamento de produtos líquido, sólido, gasoso.

**Conduta**

1. Avaliar a segurança da cena (Protocolo PE1), com ênfase para o correto posicionamento na presença de fogo, fumaça ou vapores.
2. Buscar identificação do produto:

<b>Em acidentes envolvendo veículos de transporte terrestre</b>	<b>Formas de identificação:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar o <b>PAINEL DE SEGURANÇA</b>, que é uma placa retangular com cerca de 40 cm x 30 cm, na cor laranja afixada na traseira, frente e laterais dos veículos/vagão contendo números e letras;</li> <li>• Identificar o <b>RÓTULO DE RISCO</b>, que é uma placa em forma de losango de cerca de 30 cm de lado, afixada na traseira, frente e laterais dos veículos/vagão contendo números, letras, símbolos e em cores diversas, cada cor representando uma natureza de risco;</li> <li>• Podendo aproximar-se do veículo, procurar a <b>FICHA DE EMERGÊNCIA</b>, que, por norma, deve estar no porta-luvas do veículo, contendo detalhes de interesse médico sobre o produto.</li> </ul> Para mais detalhes, veja em Observações.
<b>Em acidentes ocorridos em edificações (indústria, residências, armazéns, lojas, etc.)</b>	<b>Formas de identificação:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Buscar informantes no local (responsáveis e trabalhadores);</li> <li>• Rótulos de embalagem;</li> <li>• Ficha de Informação de Segurança de Produtos Químicos (FISPQ), se disponível.</li> </ul>
<b>Na presença de sinais como derramamento ou vazamento de produto</b>	<b>Formas de identificação:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Buscar informantes no local (responsáveis e trabalhadores);</li> <li>• Rótulos de embalagem.</li> </ul>

Elaboração: Janeiro/2016

ATox 17 – Identificação do produto perigoso

Este protocolo foi paulado nas mais recentes evidências científicas disponíveis. Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/4



**ATox**  
**17**

**Protocolo Samu 192**  
**Protocolos de Intoxicação e PP**  
**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**

### ATox 17 – Identificação do produto perigoso

3. Garantir a segurança da equipe na fase de identificação do PP, utilizando todos os cuidados possíveis.
4. Registrar todas as informações obtidas.
5. Informar a Regulação Médica sobre os indícios de PP e os dados de identificação do produto que se pode obter.
6. Seguir rigorosamente as orientações da Regulação Médica sobre critérios de segurança a serem seguidos e protocolo de intervenção específico para o produto envolvido.

#### Observações

- Definições de PP:
  - Segundo Norma Brasileira (NBR) 14064/2015: *Produtos Perigosos são produtos que tenham potencial de causar dano ou apresentem risco à saúde, segurança e meio ambiente e tenham sido classificados como tais de acordo com os critérios definidos pela regulação de transporte (Decreto 96044/1988).*
  - Segundo Resolução 420/2004 da Agência Nacional de Transporte Terrestre (ANTT): *Produto Perigoso é todo aquele que apresenta risco à saúde das pessoas, ao meio ambiente ou à segurança pública, seja ele encontrado na natureza ou produzido por qualquer processo.*
  - Segundo o Departamento Nacional de Infraestrutura de Transportes (DNIT): *Produto ou resíduo perigoso é toda substância ou resíduo que apresentam riscos para o meio ambiente, à saúde da população e à segurança pública. Esses produtos e resíduos são periodicamente relacionados e atualizados pela ONU e publicados através de portarias do Ministério dos Transportes.*

- Identificação do PP no transporte:

As classes: os PP conhecidos são numerados sequencialmente pela Organização das Nações Unidas (ONU) e agrupados em nove classes, de acordo com a natureza do risco do produto.

CLASSIFICAÇÃO DA ONU
Classe 1 – Explosivos
Classe 2 – Gases
Classe 3 – Líquidos inflamáveis
Classe 4 – Sólidos inflamáveis
Classe 5 – Substâncias oxidantes
Classe 6 – Substâncias tóxicas
Classe 7 – Materiais radioativos
Classe 8 – Corrosivos
Classe 9 – Substâncias perigosas diversas

Elaboração: Janeiro/2016

ATox 17 – Identificação do produto perigoso  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

2/4





**ATox  
17**

**Protocolo Samu 192**  
**Protocolos de Intoxicação e PP**  
**SUORTE AVANÇADO DE VIDA**



**ATox 17 – Identificação do produto perigoso**

O **rótulo de risco** é uma placa em losango com cerca de 30 cm de lado que identifica a natureza do risco do produto, divididos em nove classes com quatro indicativos da classe na mesma placa.

- a) Tem diversas cores, cada uma representando uma classe;
- b) Apresenta o símbolo da classe, caracterizando a ação do produto;
- c) Apresenta uma expressão escrita que descreve a classe, ou seja, a natureza do risco;
- d) Tem o número da classe do produto na parte inferior.

Ou seja, apresenta quatro dados que nos dão a mesma informação de quatro maneiras distintas, ou seja, a classe do produto (a natureza do risco, ou o que ele provoca).

O **painel de segurança** é uma placa retangular com cerca de 40 cm x 30 cm, na cor laranja afixada na traseira, frente ou laterais dos veículos/vagão contendo números e letras.

**Número de risco:** o número superior é um conjunto de dois a três números, conforme exemplo no desenho abaixo, compondo o risco do produto. Se precedidos da letra "X", indica "reação perigosa com a água".

**Número da ONU:** é o número sequenciado de quatro algarismos, utilizado pela ONU para identificar cada produto/substância conhecida e classificada como PP. O Brasil segue essa norma. No painel de segurança, é o número situado na parte inferior da placa.



Elaboração: Janeiro/2016

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis. Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

ATox 17 – Identificação do produto perigoso

3/4



**ATox  
17**

**Protocolo Samu 192  
Protocolos de Intoxicação e PP  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**

**ATox 17 – Identificação do produto perigoso**

Exemplo:



Foto: Carlos Eid



**Ficha de Emergência e Envelope para o transporte terrestre de PP:** O veículo que transporta PP, além das identificações externas, deve portar Ficha de Emergência e Envelope para o transporte, emitidos pelo expedidor, conforme estabelecido nas instruções complementares a este Regulamento, preenchidos de acordo com informações fornecidas pelo fabricante ou importador dos produtos transportados. Art. 28, IV, da Resolução 3665/2011 que atualiza o Regulamento para o Transporte Rodoviário de PP.

A Ficha de Emergência deve estar no porta-luvas do veículo, lacrada e à disposição das equipes de socorro.

- As equipes de socorro, de suporte avançado de vida ou de suporte básico de vida devem, em seus treinamentos, familiarizar-se com a simbologia utilizada no transporte de PP.
- Regulação Médica e identificação do PP no transporte: a consulta a um manual para identificação detalhada dos produtos, seus riscos e as ações necessárias, pode ser feita no atendimento a um acidente. Recomenda-se, entretanto, considerando que as equipes do SAMU não são especialistas e dedicadas exclusivamente a esse tema, que o auxílio e orientações sejam dados pelo médico regulador, que deve portar os manuais específicos utilizados no Brasil, bem como acesso telefônico às instituições especializadas.
- As informações completas sobre o produto perigoso constam da FISPQ, item obrigatório para todas as instituições responsáveis por armazenamento e revenda de produtos. A equipe pode solicitar/buscar esse instrumento para identificação, se possível e sem risco. A Regulação Médica pode ter acesso a essa informação por outros meios.

Elaboração: Janeiro/2016

ATox 17 – Identificação do produto perigoso  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

4/4



**ATox  
18**

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Intoxicação e PP  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA



## ATox 18 – Produtos perigosos - princípios gerais

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão

Em toda ocorrência onde houver a presença confirmada ou suspeita de produtos perigosos (PP).

### Conduta

1. Garantir a segurança da cena (Protocolo PE1).
2. Atentar para protocolo Primeiro na cena com PP (Protocolo ATox 16).
3. Atender o Protocolo de identificação de PP (Protocolo ATox 17).
4. Utilizar, incondicionalmente, no atendimento às vítimas de PP, equipamentos de proteção individual como roupas, botas, luvas, máscaras e outros adequados à situação, definidos pelo comando especializado em operações com PP.
5. Compreender o papel (competências e responsabilidades) de outras instituições envolvidas nas ocorrências com PP.
6. Efetuar a descontaminação de pequena área do corpo conforme preconizado no Protocolo ATox 14, ressalvadas as precauções de segurança.  
  
ATENÇÃO: A descontaminação de áreas corporais extensas deve ser efetuada por equipe preparada com recursos materiais e humanos adequados.
7. Atender os pacientes com contaminação por produtos de alta toxicidade, mesmo em pequena área do corpo, só após sua descontaminação por equipe adequadamente preparada.
8. Retirar roupas e calçados contaminados ou suspeitos, sendo essa ação fundamental para o sucesso do procedimento de descontaminação.
9. Manter permanente troca de informações com a Regulação Médica.

Elaboração: Janeiro/2016

ATox 18 – Produtos perigosos - princípios gerais

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/2



## ATox 18

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Intoxicação e PP  
**SUPORE AVANÇADO DE VIDA**

### ATox 18 – Produtos perigosos - princípios gerais

#### Observações

- Considerar os 3 “S” (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- Definições de PP:
  - Segundo Norma Brasileira (NBR) 14064/2015: *Produtos Perigosos são produtos que tenham potencial de causar dano ou apresentem risco à saúde, segurança e meio ambiente e tenham sido classificados como tais de acordo com os critérios definidos pela regulação de transporte (Decreto 96044/1988).*
  - Segundo Resolução 420/2004 da Agência Nacional de Transporte Terrestre (ANTT): *Produto Perigoso é todo aquele que apresenta risco à saúde das pessoas, ao meio ambiente ou à segurança pública, seja ele encontrado na natureza ou produzido por qualquer processo.*
  - Segundo o Departamento Nacional de Infraestrutura de Transportes (DNIT): *Produto ou resíduo perigoso é toda substância ou resíduo que apresentam riscos para o meio ambiente, à saúde da população e à segurança pública. Esses produtos e resíduos são periodicamente relacionados e atualizados pela ONU e publicados através de portarias do Ministério dos Transportes.*
- Definição de toxicidade: *Capacidade inerente a uma substância química ou produto químico de produzir um efeito deletério sob um sistema biológico, quando ingerido, inalado, inoculado ou por contato dérmico (Manual de Emergências Químicas da Cetesb).*
- A Central de Regulação deverá ter protocolos específicos para acionamento dos órgãos de intervenção e apoio quando houver envolvimento de PP.

Elaboração: Janeiro/2016

ATox 18 – Produtos perigosos - princípios gerais  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

2/2



# SAV Incidentes Múltiplas Vítimas

# AMV



**AMV**  
**1**

**Protocolo Samu 192**  
**Incidentes de Múltiplas Vítimas**  
**SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**



## **AMV1 – Atribuições da primeira equipe a chegar na cena de incidente de múltiplas vítimas (IMV)**

### **Quando suspeitar ou critérios de inclusão**

Quando a equipe de suporte avançado é a primeira a chegar em um cenário onde existam cinco ou mais vítimas.

### **Conduta**

- 1.** Avaliar a segurança da cena e atuar apenas em área segura;
- 2.** Estacionar o veículo em local seguro e informar a Central de Regulação Médica sobre a chegada no local;
- 3.** São atribuições iniciais dos diferentes profissionais:
  - **CABE AO CONDUTOR:**
    - Iniciar a sinalização da área do incidente;
    - Orientar o posicionamento de outras ambulâncias que cheguem na cena.
  - **CABE AO MÉDICO E AO ENFERMEIRO:**
    - Estimar o número de vítimas e a gravidade dos ferimentos (mecanismo do trauma, natureza do evento, etc.);
    - Avaliar riscos potenciais e magnitude do evento;
    - Avaliar a necessidade de recursos adicionais e especializados (Corpo de Bombeiros, Polícia, Agentes de Trânsito, etc.);
    - Estabelecer um perímetro de segurança, se for necessário;
    - Reportar todas as informações do evento à Regulação Médica;
    - Organizar a distribuição dos recursos humanos e materiais nas áreas de atendimento, conforme necessidade.
- 4.** São atribuições exclusivas do 1º médico na cena:
  - Assumir a coordenação médica na cena, ainda que temporariamente;
  - Se não houver risco, determinar o início da triagem das vítimas pelo Método START (*Simple Triage and Rapid Treatment*) (Protocolos AMV3 e AMV4);
  - Avaliar a necessidade de organizar uma área de concentração de vítimas (ACV) ou Posto Médico Avançado (PMA) e estabelecer um local seguro para as vítimas;
  - Estabelecer ou designar um membro da equipe (preferencialmente o condutor) para organizar o fluxo de chegada e saída das ambulâncias, bem como uma área de espera dos recursos adicionais;
  - Manter a Central de Regulação Médica atualizada sobre o andamento do evento;
  - Interagir com os representantes de outras instituições envolvidas e presentes na cena ou que forem chegando, respeitando suas competências e atribuições profissionais específicas;
  - Informar a Central de Regulação Médica sobre a finalização dos atendimentos e consequente desmobilização das ações e recursos.

AMV1 – Atribuições da primeira equipe a chegar na cena de incidente de múltiplas vítimas (IMV)

Elaboração: Janeiro/2016

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/2

**AMV**  
**1**

**Protocolo Samu 192**  
**Incidentes de Múltiplas Vítimas**  
**SUORTE AVANÇADO DE VIDA**

## **AMV1 – Atribuições da primeira equipe a chegar na cena de incidente de múltiplas vítimas (IMV)**

### **Observações**

- Caso a cena não esteja segura, reportar à Central de Regulação Médica, posicionar-se em local seguro e aguardar orientação. Entende-se por local seguro aquele onde os riscos estão controlados. Considerar os 3 "S" (Protocolo PE1) e os protocolos específicos de PP.
- A Central de Regulação Médica deverá acionar o plano de contingência adequado à magnitude do incidente.
- O coordenador médico, preferencialmente, não participa da assistência, devendo organizar a resposta médica na cena do incidente.
- Recomenda-se fortemente:
  - Utilizar estratégias específicas para a identificação visual do coordenador médico e dos profissionais de atendimento envolvidos (p. ex.: colete, capacetes e/ou bonés), principalmente se houver montagem de ACV;
  - A elaboração de relatório detalhado de todas as ações desenvolvidas ao final de cada IMV;
  - A elaboração do Plano de Contingência para incidentes com múltiplas vítimas, dentre outros.

AMV1 – Atribuições da primeira equipe a chegar na cena de incidente de múltiplas vítimas (IMV)  
Elaboração: Janeiro/2016 | Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

2/2



**AMV**  
**2**

**Protocolo Samu 192**  
**Incidentes de Múltiplas Vítimas**  
**SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**



## AMV2 – Atribuições da equipe de suporte avançado de vida (SAV) ao chegar na cena de um incidente de múltiplas vítimas (IMV) em andamento

Quando suspeitar ou critérios de inclusão SAV na cena de IMV em andamento.

### Conduta

1. Considerar os princípios de segurança da cena e a sinalização para aproximar-se e estacionar a viatura na área designada pelo comando do IMV;
2. Apresentar-se ao comando geral do IMV portando seus equipamentos básicos [equipamento de proteção individual (EPI), mochilas, desfibrilador e prancha longa são fundamentais] e disponibilizar-se para as ações necessárias;
3. Considerar as ações:
  - **CASO NÃO HAJA MÉDICO DO SERVIÇO PÚBLICO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR (APH) NO LOCAL**
    - O médico do SAV assume a coordenação das ações médicas na cena, verificando o que já foi realizado pelas equipes locais e identifica o que ainda não foi implementado dentro o elencado a seguir:
      - Ações para a segurança, sinalização e isolamento da cena;
      - Organização da frota;
      - Estimativa do número e da gravidade das vítimas, assim como necessidade de recursos adicionais e especializados (Corpo de Bombeiros, Polícia, Agentes de Trânsito, etc.) (Protocolo PE31);
      - Triagem das vítimas;
      - Instalação de área de concentração de vítimas (ACV);
      - Atendimento das vítimas;
      - Atualização da Central de Regulação Médica sobre o andamento do incidente e as necessidades;
    - A equipe de SAV interage com os representantes de outras instituições envolvidas e presentes na cena, respeitando suas competências e atribuições profissionais específicas.
    - Informa a Central de Regulação quando da finalização dos atendimentos e consequente desmobilização das ações e recursos.
  - **CASO HAJA MÉDICO DE SERVIÇO PÚBLICO DE APH NO LOCAL**
    - O médico do SAV deverá apresentar-se ao médico local, disponibilizar-se e considerar a possibilidade de:
      - Assumir a coordenação médica local;
      - Compartilhar a coordenação de acordo com pactuações locais;
      - Seguir as orientações da coordenação local;
      - Participar da assistência;
    - Reportar a decisão à Regulação Médica.

### Observações

- Considerar as 3 "S" (Protocolo PE1).
- O coordenador médico, preferencialmente, não participa da assistência, devendo organizar a resposta médica na cena do incidente.

AMV2 – Atribuições da equipe de suporte avançado de vida (SAV) ao chegar na cena de um incidente de múltiplas vítimas (IMV) em andamento

Elaboração: Janeiro/2016

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis. Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/1





**AMV  
3**

**Protocolo Samu 192  
Incidentes de Múltiplas Vítimas  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**

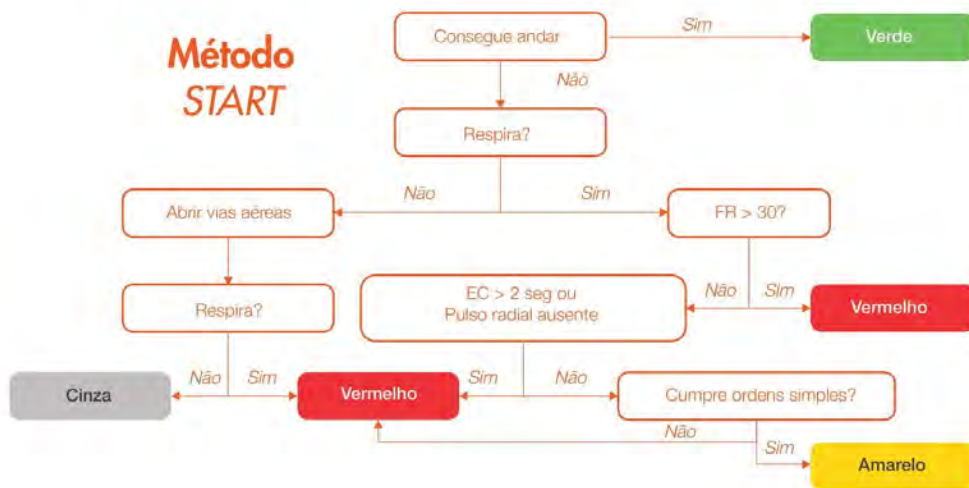


**AMV3 – Triagem de múltiplas vítimas**

Quando suspeitar ou critérios de inclusão  
Incidente de múltiplas vítimas (IMV) em andamento.

**Conduta**

1. Avaliar a segurança da cena (Protocolo PE1);
2. Na cena segura, realizar a triagem das vítimas de acordo com o método START (*Simple Triage and Rapid Treatment*);



3. Classificar e identificar de forma visível todas as vítimas conforme prioridade de tratamento e transporte, utilizando identificadores de cores:

Imediato/Urgente	Vermelho
Pode aguardar	Amarelo
Lave	Verde
Morto/Inviável	Cinza

Elaboração: Janeiro/2016

AMV3 – Triagem de múltiplas vítimas  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/2



**AMV**  
**3**

**Protocolo Samu 192**  
**Incidentes de Múltiplas Vítimas**  
**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**

## AMV3 – Triagem de múltiplas vítimas

### Observações

- Considerar os 3 "S" (Protocolo PE1, PE2, PE3).
- À medida que a triagem se encerrar, o(s) profissional(is) envolvido(s) pode(m) ser empregado(s) em outras funções.
- Na cena insegura, somente profissionais treinados e com equipamento de segurança devem entrar na zona quente para a triagem e retirada das vítimas. Nesses casos, equipes de saúde devem ser designadas prioritariamente para o atendimento.
- A aplicação do método START consiste basicamente em:
  1. Orientar verbalmente todas as vítimas que estejam andando pela cena do IMV (ou que consigam andar) para que saiam da cena e:
    - Identificá-los com a cor VERDE;
    - Direcioná-los para área mais apropriada.
  2. Mover-se pela área onde estão as vítimas que restaram, avaliando rapidamente cada uma delas para classificar e identificar segundo cores. Durante a avaliação, são permitidos procedimentos breves, como abertura de vias aéreas ou controle de sangramento intenso. A cada vítima encontrada:
    - Avaliar a respiração:
      - Se a vítima não respira, realizar manobra manual de abertura de vias aéreas, verificar se há corpo estranho visível na boca e desobstruir se possível. Remover próteses dentárias se estiverem soltas.
        - Se não respira mesmo após abertura das vias aéreas, classificar e identificar como "CINZA";
        - Se respira após abertura das vias aéreas, classificar e identificar como "VERMELHO";
      - Se a vítima respira, verificar a frequência respiratória:
        - Frequência respiratória > 30, classificar e identificar como "VERMELHO";
        - Frequência respiratória < 30, seguir para avaliação do reenchimento capilar.
    - Avaliar o reenchimento capilar ou a presença de pulso radial:
      - Enchimento capilar > 2 segundos ou pulso radial ausente, classificar e identificar como "VERMELHO";
      - Enchimento capilar ≤ 2 segundos ou pulso radial presente, seguir para avaliação da capacidade de cumprir ordens simples.
    - Avaliar a capacidade de cumprir ordens simples: solicitar que a vítima realize um comando simples, por exemplo, "abrir e fechar os olhos" ou "apertar a mão":
      - Não cumpre ordens simples (inconsciente), classificar e identificar como "VERMELHO";
      - Obedece a comandos simples, classificar e identificar como "AMARELO";
      - Considerar o atendimento das vítimas no local da triagem, se seguro, ou sua distribuição pelas cores em uma Área de Concentração de Vítimas (ACV), organizada em área segura;
- As vítimas classificadas como cinza, inicialmente não devem ser removidas ou receber abordagem;
- Diante da disponibilidade de equipes e desde que as intervenções críticas das vítimas classificadas como vermelha e amarela tenham sido completadas, as vítimas classificadas como cinza deverão ser reavaliadas;
- O processo de classificação da vítima é dinâmico e pode ocorrer a reclassificação de prioridade conforme evolução clínica;
- Para identificação, recomenda-se a utilização de cartão de triagem ou outro recurso, como pulseiras e fitas, entre outros. O registro do atendimento das vítimas com as demais informações do cartão (nome, idade, sexo, prioridade, número, etc.) deve ser realizado assim que possível;
- As falhas de triagem podem ser decorrentes de: visibilidade comprometida; utilização de equipamento de proteção individual (EPI) obrigatório (devido à alteração da percepção tátil e visual do profissional); estresse emocional do triador; estresse emocional da vítima (levando a hiperventilação); tempo decorrido entre a triagem e o transporte para a ACV.

AMV3 – Triagem de múltiplas vítimas

Elaboração: Janeiro/2016

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis. Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

2/2



**AMV  
4**

**Protocolo Samu 192  
Incidentes de Múltiplas Vítimas  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**



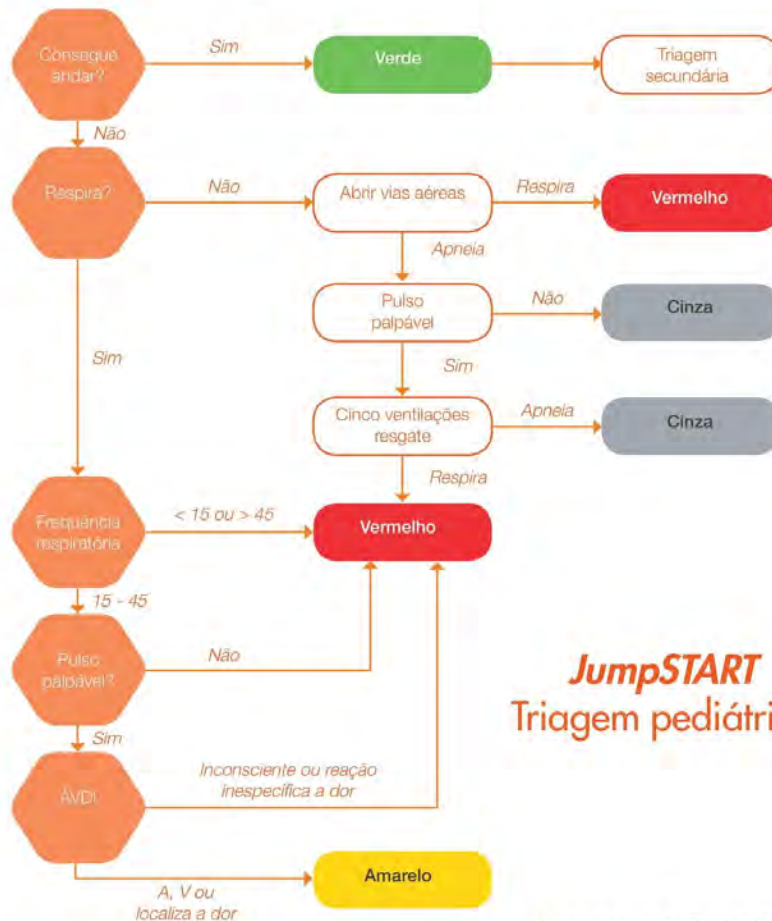
## AMV4 – Triagem de múltiplas vítimas envolvendo crianças

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão

Incidente de múltiplas vítimas (IMV) envolvendo crianças de até 8 anos de idade ou com características dessa faixa etária.

### Conduta

1. Avaliar a segurança da cena;
2. Na cena segura, realizar a triagem das vítimas de acordo com o método JumpSTART (*Simple Triage and Rapid Treatment for Children*):



## JumpSTART Triagem pediátrica

Adaptado de ©Lou Romig MD, 2002

Elaboração: Janeiro/2016

AMV4 – Triagem de múltiplas vítimas envolvendo crianças.  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/3



**AMV  
4**
**Protocolo Samu 192  
Incidentes de Múltiplas Vítimas  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**
**AMV4 – Triagem de múltiplas vítimas envolvendo crianças**

3. 3. Classificar e identificar as vítimas conforme prioridade de tratamento e transporte, utilizando identificadores de cores:

Imediato/Urgente	Vermelho
Pode aguardar	Amarelo
Leve	Verde
Morto/Inviável	Cinza

**Observações:**

- Considerar as 3 "S" (Protocolo PE1, PE2, PE3).
  - A triagem em IMV permite uma avaliação rápida para classificar as vítimas e determinar as prioridades de retirada da zona quente (se necessário) e posicionamento na área de concentração de vítimas (ACV) com vistas ao atendimento ou transporte imediato segundo prioridades.
  - Se uma vítima parece ser criança, use o método JumpSTART, se a vítima parece ser um adolescente ou adulto, utilize o método START.
  - A utilização de uma ferramenta objetiva de triagem pediátrica pode auxiliar o profissional, reduzindo o impacto emocional normalmente presente no atendimento à criança.
  - A ferramenta foi construída de maneira semelhante e paralela à estrutura do START, fazendo com que ele possa ser usado de forma simultânea ao START em uma cena de IMV que reúna adultos e crianças.
  - A aplicação do método JumpSTART consiste basicamente em:
    1. Orientar verbalmente todas as vítimas que estejam andando pela cena do IMV (ou que consigam andar), para que saiam da cena e:
      - Identificá-los com a cor "VERDE";
      - Direcioná-los para área mais apropriada, onde devem receber nova triagem (triagem secundária);
      - Crianças que saíam no colo de adultos capazes de deambular devem seguir assim para a área verde designada para o adulto, onde devem receber nova triagem (triagem secundária);
      - Crianças que ainda não deambulam ou que apresentam condição clínica pré-existente que não lhes permite deambular podem ser classificadas como verde, caso não preencham os critérios para uma vítima vermelha ou amarela.
    2. Mover-se pela área onde estão as vítimas que restaram, avaliando rapidamente cada uma delas para classificar e identificar segundo cores. Durante a avaliação são permitidos procedimentos breves, como abertura de vias aéreas ou controle de sangramento intenso.
    3. Nas crianças que permanecerem na cena, avaliar a respiração:
      - Se a vítima não respira, realizar manobra manual de abertura de vias aéreas, verificar se há corpo estranho visível na boca e desobstruir se possível.
        - Se respira, após abertura das vias aéreas, classificar e identificar como "VERMELHO";
        - Se não respira, após a abertura de vias aéreas, deve-se avaliar a presença de pulso palpável (janela de salvação). O pulso avaliado pode ser o de maior domínio para o socorrista;
        - Se o pulso for ausente, consideramos a classificação como "CINZA";
        - Se o pulso for palpável, deve-se oferecer cinco ventilações de resgate, com dispositivo de barreira, na tentativa de restabelecer a respiração. Se a criança respirar após as ventilações, ela é considerada "VERMELHO". Caso contrário, ela é considerada "CINZA".
- Obs.: Após as cinco ventilações, se a criança retomar a ventilação, não devemos prosseguir com as ventilações e apenas classificar e prosseguir com a triagem.

Elaboração: Janeiro/2016

 AMV4 – Triagem de múltiplas vítimas envolvendo crianças  
 Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
 Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

2/3



**AMV**  
**4**

**Protocolo Samu 192**  
**Incidentes de Múltiplas Vítimas**  
**SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**



## AMV4 – Triagem de múltiplas vítimas envolvendo crianças

- Quanto às vítimas "CINZA" ou inviáveis, é preciso analisar também que, a menos que apresentem lesões características de morte óbvia, devem ser reavaliadas assim que as intervenções mais críticas nas vítimas "VERMELHO" e "AMARELO" estiverem finalizadas e/ou quando houver equipes de atendimento disponíveis.
- Se a vítima respira, verificar a frequência respiratória:
- Se a criança respira com uma frequência abaixo de 15 ou acima de 45 mvm, é considerada "VERMELHO"; se está dentro da faixa entre 15 e 45 mvm, a presença de pulso é avaliada:
  - Na ausência de pulso, a criança é considerada "VERMELHO";
  - Na presença de pulso, avalia-se o estado mental por meio do método AVDI (alerta, verbal, dor, irresponsivo).
- Avaliar usando o método AVDI:
  - No método AVDI, se a criança estiver alerta ou responder a um chamado verbal ou a um estímulo doloroso com localização do estímulo e retirada proposital do estímulo, ela é considerada uma vítima "AMARELO";
  - Se não responder a nenhum estímulo ou responder com postura de descerebração ou decorticação, é considerada "VERMELHO";
- Aspectos especiais:
  - Se a criança não andar por ausência de desenvolvimento para a função ou mesmo por deficiências e necessidades especiais, aplicar o JumpSTART como apresentado:
    - Se houver critérios para classificá-la como "VERMELHO", fazê-lo;
    - Se houver critérios para classificá-la como "AMARELO", analise rapidamente:
      - Se houver sinais de lesão significativa, como ferimentos penetrantes ou com perda de tecido, queimaduras importantes, sangramento incontrolável ou distensão abdominal, classificar como "AMARELO";
      - Na ausência desses sinais, será considerada "VERDE", mesmo sem andar. Nesse caso, a vítima deve permanecer na cena até ser transportada.
  - No Posto Médico Avançado (PMA) ou mesmo na zona quente, os acompanhantes podem não querer se separar das crianças que estão carregando. Nesses casos, ambos devem seguir para a zona correspondente ao mais grave.

Elaboração: Janeiro/2016

AMV4 – Triagem de múltiplas vítimas envolvendo crianças

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

3/3



**AMV**  
**5**

**Protocolo Samu 192**  
**Incidentes de Múltiplas Vítimas**  
**SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**



## AMV5 – Organização de área de concentração de vítimas (ACV)

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão

- Em situação de incidente com múltiplas vítimas cujas características levem à necessidade de alocar as vítimas segundo níveis de prioridade de atendimento e transporte para o hospital. Destacam-se, dentre outras, as seguintes características:
  - Alto número de vítimas;
  - Vítimas espalhadas por uma área extensa;
  - Cena do incidente insegura ou instável;
  - Otimizar os recursos humanos e materiais;
  - Facilitar o gerenciamento da resposta;
  - Facilitar as ações conjuntas com outras instituições.

### Conduta

- 1. Organizar a área de concentração de vítimas (ACV) em local seguro (zona fria), o mais próximo possível do incidente e sempre que possível, com as seguintes características:**
  - Isolada do público;
  - Adequada ao número de vítimas do incidente;
  - Acessível aos veículos de emergência (próxima ao balsaõ de ambulâncias) e à rota de saída;
  - Passível de ampliação;
  - Local plano;
  - Fácil visibilidade;
  - Sentido do vento do posto médico avançado (PMA) para a zona quente (evitando fumaça e gases na área);
  - Adequada mobilidade da equipe no atendimento às vítimas;
  - Facilidade para montagem de equipamentos, materiais e medicamentos.
- 2. A ACV pode ser organizada com o posicionamento de lonas com cores similares às usadas na classificação do método START (*Simple Triage and Rapid Treatment*) (vermelha, amarela, verde, cinza) e separadas umas das outras conforme os seguintes princípios gerais:**
  - As áreas vermelha e amarela devem ser montadas próximas entre si e próximas da entrada de ambulâncias, para viabilizar a reclassificação e o posicionamento das vítimas se necessário, bem como facilitar a evacuação dessas vítimas;
  - A área verde deve ser mantida mais distante das anteriores para evitar que as vítimas circulem nas demais áreas, bem como evitar o desvio de atenção das equipes de atendimento;
  - A lona cinza ou preta deve ser colocada afastada das demais e da visibilidade do público.
- 3. As vítimas triadas, identificadas por cores e transportadas para a ACV devem, se possível, receber uma nova triagem antes de serem posicionadas na área correspondente à sua cor.**
- 4. São princípios básicos para o atendimento nas diferentes áreas:**
  - Ao chegar na cena os profissionais devem se apresentar ao comando geral do incidente de múltiplas vítimas (IMV) portando seus equipamentos básicos (equipamento de proteção individual, mochilas, desfibrilador externo automático ou desfibriladores, prancha longa), dirigindo-se em seguida para a área de trabalho que lhe for designada;
  - Cada área de atendimento segmentada por cores deve possuir uma coordenação. Na área vermelha recomenda-se fortemente a coordenação por um médico de suporte avançado de vida (SAV). Se necessário, esse profissional poderá acumular a função de comando do IMV;
  - O atendimento deve considerar a realização de medidas de suporte à vida;
  - Qualquer necessidade de equipamento ou material adicional deve ser reportada ao coordenador de área.

Elaboração: Janeiro/2016

AMV5 – Organização de área de concentração de vítimas (ACV)

Este protocolo foi atualizado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/2



**AMV**  
**5**

**Protocolo Samu 192**  
**Incidentes de Múltiplas Vítimas**  
**SUORTE AVANÇADO DE VIDA**

## **AMV5 – Organização de área de concentração de vítimas (ACV)**

- 5. São princípios básicos da evacuação/transporte para o hospital:**
  - Todo o processo de evacuação deve ser acompanhado pela Regulação Médica, que é responsável, dentre outras ações, pela determinação da unidade de saúde de destino;
  - O coordenador das diferentes áreas deve identificar as vítimas prioritárias para o transporte;
  - Cabe ao coordenador do ACV o contato com a Regulação Médica para a definição da unidade de saúde de destino;
  - As vítimas vermelhas devem ter prioridade no transporte, que deve ser realizado sempre que possível com uma equipe completa de SAV. Se não houver médicos suficientes, a vítima deverá ser preparada o melhor possível para o transporte por um suporte básico de vida (SBV);
  - Dependendo do volume de vítimas e da disponibilidade de ambulâncias, podem ser transportadas duas vítimas em uma mesma viatura. Vítimas vermelhas não devem ser transportadas em pares;
  - Aeronaves aeromédicas de asa rotativa podem ser utilizadas nos casos de vítimas graves e que necessitem de recursos hospitalares mais complexos e/ou distantes;
  - As vítimas amarelas podem ser transportadas por equipes de SBV e em duplas se possível, com vistas a otimizar os recursos;
  - É fundamental que seja designado um responsável pelos registros de nome ou características da vítima, hospital de destino e equipe responsável pelo transporte;
  - As vítimas verdes poderão ser transportadas por equipes de SBV ou prioritariamente por outros veículos disponíveis.
  
- 6. Realizar a desmobilização do ACV após o transporte do último paciente e sob o conhecimento e autorização do Comando do IMV.**

### **Observações**

- Considerar as 3 "S" (Protocolo PE1).
- A organização do ACV pode variar de acordo com a complexidade e magnitude do incidente.
- Na indisponibilidade de lonas coloridas para a identificação, qualquer outra forma de identificação das áreas vermelha, amarela, verde e cinza pode ser realizada. Exemplo: bandeirinhas.
- Na indisponibilidade do cartão padronizado que permite o controle nominal e numérico da entrada, saída e hospital de destino de vítimas, outra forma de anotação e controle deve ser estabelecida para registro do atendimento e dos dados de transporte.
- A triagem à entrada do ACV deve ser considerada, pois pode ocorrer um tempo longo entre a triagem inicial e o transporte para o hospital, o que aumenta a possibilidade de alteração na condição da vítima.
- Dependendo da magnitude do incidente e tempo de duração, poderá ser necessária a montagem de um PMA com possibilidade de estrutura física mais adequada, profissionais para coordenação e continuidade da assistência às vítimas.
- Dentre as situações que levam à necessidade de otimização de recursos humanos e materiais e que podem indicar a necessidade de montagem de uma ACV estão, dentre outras:
  - Número de equipes/ambulâncias limitado;
  - Distância do recurso hospitalar;
  - Tempo resposta e de transporte para o hospital (devido à distância, ao trânsito e ao tempo de retorno);
  - Tempo de duração do evento.
- Se houver disponibilidade de ambulâncias suficientes para o transporte imediato das vítimas da cena para o hospital, a Regulação Médica poderá ser acionada para a definição da unidade de saúde de destino, sem a necessidade de organização de uma ACV.
- Em caso de envolvimento de produtos perigosos, considerar os protocolos específicos.

**Elaboração:** Janeiro/2016

**AMV5 – Organização de área de concentração de vítimas (ACV)**

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

**2/2**







**AERO  
1**

**Protocolo Samu 192  
Protocolos de Aeromédico  
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**



## AERO 1 – Atribuições e responsabilidades específicas da equipe aeromédica

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão

Em todas as situações em que ocorrer a atuação da equipe aeromédica.

### Conduta

#### A. COMPOSIÇÃO MÍNIMA DA EQUIPE

- Médico
- Enfermeiro
- Tripulação de voo, que deverá obedecer ao disposto nas regulamentações da Agência Nacional de Aviação Civil (ANAC).

#### B. ATRIBUIÇÕES E RESPONSABILIDADES GERAIS

- Considerar o protocolo PE4;
- Atuar de forma proativa com a segurança operacional;
- Garantir a segurança da equipe e da aeronave durante toda a missão;
- Checar equipamento de proteção individual específico;
- Fazer o briefing e o debriefing;
- Garantir a segurança do paciente em todas as etapas da missão (considerar protocolo PE3).

### Específicos

- **Condutor de veículo de urgência (piloto):**
  - Checar se a equipe encontra-se capacitada e em condições para a missão;
  - Realizar a decisão final técnica sobre a operacionalidade em qualquer etapa da missão.
- **Médico:**
  - Realizar a comunicação constante com a Central de Regulação;
  - Realizar a decisão final sobre a viabilidade clínica do transporte do paciente;
  - Informar ao médico regulador sobre as condições do paciente, conforme protocolo de sistematização da passagem do caso (PE22);
  - Realizar a decisão clínica sobre as intervenções necessárias, considerando o tempo disponível.
- **Enfermeiro:**
  - Checar funcionamento de equipamentos, presença e condição de baterias reserva, materiais, oxigênio e medicamentos, inclusive data de validade;
  - Efetuar a contagem e reposição de materiais e medicamentos do estoque;
  - Participar junto com o médico da decisão clínica de transporte;
  - Realizar a limpeza e desinfecção do material médico;
  - Garantir a desinfecção terminal e concorrente da aeronave (considerar PE23, PE24, PE25 e PE26).
- **Tripulante operacional:**
  - Auxiliar a equipe em procedimentos de suporte básico e avançado de vida, sem comprometimento da sua função precípua;
  - Auxiliar na checagem de equipamentos e materiais e na sua fixação na aeronave;
  - Auxiliar na desinfecção terminal e concorrente da aeronave, mediante supervisão de enfermagem (considerar PE23, PE24, PE25 e PE26).

Elaboração: Janeiro/2016

AERO 1 – Atribuições e responsabilidades específicas da equipe aeromédica  
Este protocolo foi atualizado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/2



**AERO**  
**1**

**Protocolo Samu 192**  
**Protocolos de Aeromédico**  
**SUORTE AVANÇADO DE VIDA**

## **AERO 1 – Atribuições e responsabilidades específicas da equipe aeromédica**

### **Observações**

- Considerar os 3 "S" (protocolos PE1, PE2 e PE3).
- Em missões de caráter pré-hospitalar, fazer o briefing ao início do plantão e o debriefing após cada missão.
- Em missões de caráter inter-hospitalar, fazer um briefing adicional antes de cada missão.
- Em situações de IMV, a equipe deve decidir em conjunto com o coordenador local das ações qual é a prioridade de transporte.
- Quando a equipe não contar com tripulante operacional, o médico e o enfermeiro deverão estar capacitados a exercer essa função.
- Os procedimentos de desinfecção da aeronave deverão obedecer às normas e regras vigentes definidas pelo serviço de manutenção aeronáutica.

**Elaboração:** Janeiro/2016

**AERO 1 – Atribuições e responsabilidades específicas da equipe aeromédica**  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

**2/2**



**AERO  
2**

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Aeromédico  
**SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**



## AERO 2 – Critérios gerais de indicação de missão aeromédica: transporte inter-hospitalar

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão

Este protocolo se destina a apoiar a decisão do médico regulador diante da solicitação de transporte inter-hospitalar (de um ponto de atenção para outro) e a definição do tipo de aeronave (asa fixa ou rotativa).

### Conduta

O envio do recurso aeromédico deve ser baseado nos seguintes critérios:

#### 1. CRITÉRIOS OPERACIONAIS

- Distância entre os pontos de atenção;
- Difícil acesso (condições de trânsito e geografia);
- Necessidade estratégica de otimização da equipe de suporte avançado de vida terrestre;
- Preparo para a missão (tempo, planejamento do voo, mobilização da equipe e equipamento, horário, etc.);
- Limitações da aeronave e tripulação;
- Disponibilidade de infraestrutura e apoio terrestre no local do pouso na unidade de origem e destino;
- Insuficiência de recursos assistenciais na unidade de origem (diagnósticos e terapêuticos).

#### 2. CRITÉRIOS CLÍNICOS

- Condições clínicas em que o tempo de transporte terá impacto sobre o prognóstico ou tempo ótimo para início do procedimento a ser realizado.

#### 3. CONTRAINDICAÇÕES RELATIVAS

- Instabilidade respiratória;
- Instabilidade hemodinâmica;
- Pneumotórax não drenado;
- Pneumoencefalo (traumático ou pós-operatório);
- Pós-operatório imediato;
- Trauma com fratura de seios da face;
- Aneurisma dissecante de aorta;
- Desproporção antropométrica (obeso mórbido ou pacientes muito grandes);
- Diagnóstico psiquiátrico;
- Apenado (em cumprimento de pena).

#### 4. CONTRAINDICAÇÕES ABSOLUTAS

- Parada cardiorrespiratória;
- Período expulsivo do parto;
- Agitação psicomotora sem possibilidade de contenção química ou física;
- Ideação suicida.

AERO 2 – Critérios gerais de indicação de missão aeromédica:  
transporte inter-hospitalar

Elaboração: Janeiro/2016

Este protocolo foi atualizado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/2



## AERO 2

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Aeromédico  
**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**

### AERO 2 – Critérios gerais de indicação de missão aeromédica: transporte inter-hospitalarorte inter-hospitalar

#### Observações

- Considerar os 3 "S" (protocolos PE1, PE2 e PE3).
- A decisão sobre o envio da equipe aeromédica é do médico regulador.
- De preferência, a equipe aeromédica deve sempre buscar o paciente na unidade de saúde de origem, evitando receber o paciente no local de pouso.
- A decisão final sobre decolagem, pouso e outras questões relacionadas à segurança operacional são do comandante da aeronave.
- A decisão clínica final sobre o transporte do paciente cabe à equipe médica.
- A recomendação geral para utilização de asa rotativa é até 150 km de distância. A partir disso, considerar asa fixa.
- As contra-indicações relativas são afastadas ou ratificadas pelas características da unidade de saúde de origem e sua resolutividade.
- Em decorrência da extrema gravidade e risco à vida, somados aos poucos recursos do local de origem, mesmo em risco de óbito durante o transporte, pode-se remover pacientes com instabilidade respiratória, hemodinâmica, etc., com plena ciência e concordância da família e/ou paciente sobre esse risco.
- Em pós-operatório imediato, partindo do princípio da expansão dos gases, considerar a possibilidade de síndrome compartimental, deiscência de sutura, ressangramento, etc.;
- Triângulo de decisão aeromédica:



AERO 2 – Critérios gerais de indicação de missão aeromédica:  
transporte inter-hospitalarorte inter-hospitalar

Elaboração: Janeiro/2016

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

2/2



**AERO  
3**

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Aeromédico  
**SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**



## AERO 3 – Preparo da missão aeromédica

**Quando suspeitar ou critérios de inclusão**  
Nos casos de acionamento de missão aeromédica.

### Conduta

#### 1. NO ACIONAMENTO PRÉ-HOSPITALAR

- Considerar natureza da ocorrência e número de vítimas;
- Confirmar endereço e referências visuais que sirvam de orientação para a tripulação da aeronave e/ou coordenadas geográficas;
- Verificar, com a unidade de saúde de origem, possíveis locais de pouso;
- Verificar previamente a necessidade de equipes especializadas de apoio (bombeiros, polícia, etc.);
- Confirmar a existência de apoio terrestre, quando ele for necessário (tanto na unidade de origem quanto na de destino).

#### 2. NO ACIONAMENTO INTER-HOSPITALAR

- Confirmar endereço e referências visuais que sirvam de orientação para a tripulação da aeronave e/ou coordenadas geográficas;
- Verificar, com a unidade de origem, possíveis locais de pouso;
- Confirmar nome do médico responsável da unidade de origem;
- Confirmar se as informações de preparo do paciente para transporte aeromédico foram passadas pela Central de Regulação ao hospital de origem;
- Confirmar a solicitação do relatório médico (prescrição e últimos exames);
- Confirmar a existência de apoio terrestre, quando ele for necessário (tanto na unidade de origem quanto na de destino);
- Confirmar a existência da vaga adequada e médico responsável pelo recebimento do paciente;
- Receber as informações completas do quadro do paciente a ser transportado.

#### 3. NO PREPARO DA AERONAVE

- Solicitar configuração aeromédica adequada à característica da missão, na hipótese de uso compartilhado da aeronave;
- Um membro da equipe aeromédica deverá verificar a instalação e funcionamento dos equipamentos e gases medicinais.

#### 4. NO PREPARO PARA EMBARQUE E DESEMBARQUE

- Considerar o Protocolo Aero 5;
- Executar o procedimento com calma, de forma planejada e coordenada por um membro da equipe aeromédica;
- Um membro da equipe aeromédica deverá fazer a checagem da imobilização, pontos de sangramento, curativos, sondas e drenos, acessos venosos e fixação de cânulas, visando a segurança operacional;
- Guardar de forma adequada os documentos e objetos pessoais do paciente, que deverão ser entregues na unidade de destino;
- Verificar a fixação do paciente na aeronave, bem como a sua monitorização.

#### 5. EQUIPAMENTOS MÉDICOS

- Verificar a sua presença, funcionamento e fixação em todas as etapas do voo;
- Verificar a sua conexão à fonte de energia;
- Verificar a disponibilidade da bateria reserva e seu nível de energia.

Elaboração: Janeiro/2016

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

AERO 3 – Preparo da missão aeromédica

1/2



**AERO**  
**3**

**Protocolo Samu 192**  
**Protocolos de Aeromédico**  
**SUORTE AVANÇADO DE VIDA**

## **AERO 3 – Preparo da missão aeromédica**

### **6. PREPARO PARA NOVA MISSÃO**

- Verificar necessidade e/ou condições para desinfecção da aeronave;
- Verificar disponibilidade de materiais, medicamentos e equipamentos;
- Avaliar condição da equipe;
- Considerar sempre itens 1 e 2 do presente protocolo.

### **Observações**

- Considerar as 3 "S" (protocolos PE1, PE2 e PE3).
- No apoio terrestre (na unidade de origem) para levar a equipe aeromédico até o paciente, pode ser utilizada ambulância ou veículo comum (desde que comporte os equipamentos e materiais).
- Fica a critério da equipe aeromédica a decisão de transporte de acompanhante, considerando as condições de espaço físico e peso total na aeronave, condições barométricas, segurança operacional, transporte de menores e idosos, etc.
- Nos casos em que não se confirme a vaga adequada, recomenda-se a utilização da "vaga zero", a critério do médico regulador, dentro da área de abrangência da Central de Regulação.
- Nos casos de aeronaves compartilhadas, quando em solo, a aeronave deverá estar sempre na configuração aeromédica.
- O embarque e desembarque com o rotor em movimento é uma ação de risco que deverá ter o seu benefício ponderado com a comandante da aeronave e ser considerado uma exceção.
- O momento do embarque e desembarque é o de maior risco para perda de acessos venosos, sondas e extubação do paciente. Observar a fixação e o posicionamento e mobilizar com cuidado.
- Considerar a necessidade da utilização de proteção auditiva ou atenuador de ruído, bem como proteção visual no paciente.

Elaboração: Janeiro/2016

AERO 3 – Preparo da missão aeromédica

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

2/2



**AERO  
4**

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Aeromédico  
**SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**



## AERO 4 – Segurança operacional

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão

Este protocolo se destina a orientação das equipes de solo, equipes aeromédicas e da Central de Regulação das Urgências (CRU).

### Conduta

#### 1. Critérios gerais para auxílio na seleção de locais de pouso

##### ASA ROTATIVA

- Verificar a existência de aeródromos e/ou helipontos homologados ou registrados;
- Na indisponibilidade do item acima, selecionar uma área que contemple minimamente:
  - Área com características físicas compatíveis com as estabelecidas para os helipontos;
  - Ausência de obstáculos que possam colocar em risco a aproximação da aeronave, como fios, árvores, torres, edificações;
  - Ausência de obstáculos à baixa altura, que possam colocar em risco o pouso (muro, trave, cerca, arbusto, alambrados, objetos fixados ao solo, etc.);
  - Áreas planas, compactadas, evitando locais que possam produzir quantidade excessiva de poeira, pedra, areia, etc.;
  - Área livre de materiais que possam ser deslocados pela ação do vento do rotor;
  - Acesso aos veículos de apoio e deslocamento do paciente.

##### ASA FIXA

- Verificar a existência de aeródromos homologados ou registrados;
- Verificar a existência de acesso aos veículos de apoio e deslocamento do paciente.

#### 2. Aproximação e pouso da aeronave no local

##### Procedimentos da tripulação:

- Auxiliar o piloto quanto à identificação de obstáculos e/ou quaisquer outros fatores que possam colocar em risco o procedimento;
  - Desembarcar, com autorização do comandante, e realizar a segurança em torno da aeronave;
  - Aguardar a parada total dos rotores ou autorização do comandante da aeronave, para abandonar a segurança e se deslocar em direção à ocorrência.
- 
- Procedimentos da equipe de apoio em solo:
    - Verificar se a área escolhida para o pouso atende aos requisitos do item 1;
    - Manter a área escolhida para pouso isolada e livre;
    - Manter veículos e pessoas em distância segura, de no mínimo 30 metros da aeronave;
    - Aproximar-se da aeronave somente após autorização de algum membro da tripulação.

#### 3. Segurança em solo

- Aproximar-se ou afastar-se da aeronave com o corpo levemente curvado, dentro do campo de visão do piloto;
- Jamais aproximar-se da cauda da aeronave, principalmente do rotor de cauda;
- Aproximar-se da aeronave com objetos em mãos (macas, pranchas, suporte de soro, etc.), mantendo-os na linha da cintura e na horizontal, nunca na vertical ou sobre os ombros;
- Manter as viaturas terrestres a uma distância segura de no mínimo 30 metros da aeronave, mantendo-se fora da projeção vertical do disco do rotor;
- Não deixar materiais soltos na área de pouso (lençóis, ataduras, objetos leves e frágeis, etc.);
- Não tentar apanhar qualquer objeto deslocado pela ação do vento dos rotores (papéis, prontuários, exames, bonês, chapéus, etc.);
- Aguardar a parada total dos rotores para aproximar-se, em caso de emergência com a aeronave;

Elaboração: Janeiro/2016

Este protocolo foi atualizado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

AERO 4 – Segurança operacional

1/3



**AERO**  
**4**

**Protocolo Samu 192**  
**Protocolos de Aeromédico**  
**SUORTE AVANÇADO DE VIDA**

## **AERO 4 – Segurança operacional**

- Não utilizar qualquer tipo de cobertura (bonés, chapéu, etc.) dentro da área de segurança, em um raio de 30 metros da aeronave;
  - Aguardar auxílio, nos casos de cegueira momentânea causada pela poeira deslocada pela aeronave;
  - Não fumar dentro ou próximo da aeronave;
  - Consultar algum membro da tripulação em caso de qualquer tipo de dúvida.
- 4. Segurança durante o voo**
- **Deslocamento para a ocorrência:**
    - Reportar ao piloto a presença de obstáculos tais como pássaros, aeronaves, drones, pipas, balões, fios, antenas, etc.;
    - Auxiliar o piloto na identificação do local de pouso.
  - **Deslocamento com o paciente a bordo:**
    - Reportar ao piloto a presença de obstáculos tais como pássaros, aeronaves, drones, pipas, balões, fios, antenas, etc.;
    - Comunicar ao piloto a necessidade de ressuscitação cardiopulmonar no paciente;
    - Comunicar ao piloto a necessidade de desfibrilação ou cardioversão no paciente;
    - Evitar o manuseio de material perfurocortante durante o voo;
    - Certificar-se de que os equipamentos, materiais, insumos e tripulantes não interfiram nas posições de pilotagem e comando de voo;
    - Não jogar e não deixar cair nenhum objeto do interior da aeronave;
    - Reportar ao comandante agravamento importante da condição clínica do paciente;
    - Auxiliar o piloto na identificação do local de pouso.
- 5. Embarque e desembarque da aeronave**
- **Embarque da tripulação para a ocorrência:**
    - Realizar briefing específico da ocorrência;
    - Checar os equipamentos de proteção individual (EPIs) obrigatórios;
    - Checar ancoragem, cintos afivelados e fonia.
  - **Desembarque da tripulação na ocorrência:**
    - Desembarcar sempre com autorização do comandante;
    - Informar ao comandante da aeronave que está livrando fonia.
  - **Embarque do paciente e da tripulação:**
    - Aproximar-se da aeronave com autorização de um membro da tripulação;
    - Checar adequada preparação da vítima para embarque, com fixação de equipamentos, colocação e fixação de manta térmica, lençóis, ataduras, bandagens, sondas, drenos, etc.;
    - Embarcar o paciente e fixá-lo adequadamente à aeronave;
    - Checar se a área esta livre e isolada para acionamento para decolagem da aeronave;
    - Checar ancoragem, cintos afivelados e fonia.
  - **Desembarque da tripulação e do paciente na unidade de saúde:**
    - Desembarcar sempre com autorização do comandante;
    - Informar ao comandante da aeronave que está livrando fonia;
    - Orientar a equipe de solo para aproximação da aeronave;
    - Retirar o paciente da aeronave em manobra coordenada por um membro da tripulação para colocação na maca de transporte.



**AERO**  
**4**

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Aeromédico  
**SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**



## AERO 4 – Segurança operacional

- Embarque da tripulação para retorno à base:
  - Verificar a condição sanitária da aeronave, equipamentos, insumos e autonomia de oxigênio e combustível para nova missão ou retorno à base;
  - Checar se a área está livre e isolada para acionamento para decolagem da aeronave;
  - Checar os EPLs obrigatórios;
  - Checar ancoragem, cintos afivelados e fonia.
- Fraseologia operacional padrão
  - Utilizada pela tripulação em todas as comunicações relativas a procedimentos/manobras de voo.

### Observações

- Considerar os 3 "S" (protocolos PE1, PE2 e PE3).
- Os critérios gerais para auxílio de seleção de pouso deverão ser observados tanto pelas CRU como pelas equipes de apoio de solo.
- Caso as condições de segurança não existirem, escolher novo local de pouso e fazer nova verificação.
- Para a asa fixa, em se tratando de local de pouso não homologado/registrado, poderão ser consideradas para o pouso as áreas de prévio conhecimento da tripulação e outras, mediante avaliação e gerenciamento de risco do comandante da aeronave.
- Caso não encontre local seguro para pouso, a tripulação deverá abortar a missão.
- Manter a comunicação estável na cabine durante todas as fases críticas do voo: pouso, decolagem, coordenação com órgãos de controle de tráfego aéreo e com outras aeronaves.
- Não realizar cardioversão ou desfibrilação em paciente transportado por aeronave de asa rotativa.
- No caso de agravamento da condição clínica do paciente, a tripulação, conjuntamente, decidirá sobre alteração do planejamento inicial do voo.
- Na ocorrência de qualquer situação anormal que impossibilite ou dificulte a chegada da aeronave em segurança ao destino, caberá ao comandante comunicar à tripulação, para uma reavaliação do planejamento inicial.
- Nos casos de voos com portas abertas, a tripulação deverá evitar a exposição de membros para fora da aeronave.
- Se algum integrante da tripulação passar mal, deverá informar imediatamente ao comandante da aeronave.
- O embarque e desembarque do paciente deverá ser realizado, preferencialmente, com os rotores parados. Entretanto, caso não seja possível, a tripulação deverá redobrar a atenção na segurança da aeronave, restringindo o número de pessoas estranhas à sua operação próximas da aeronave.
- Nas aeronaves cujo embarque do paciente ocorra pela parte traseira, somente aproximar-se da cauda acompanhado por algum membro da tripulação.
- Entende-se por fraseologia operacional padrão o procedimento estabelecido com o objetivo de assegurar a uniformidade das comunicações, reduzir ao mínimo o tempo de transmissão das mensagens, e proporcionar perguntas e respostas claras e precisas, permitindo assim o entendimento mútuo entre tripulantes, evitando dúvidas ou duplos sentidos, principalmente em fases críticas do voo.
- Cabe a cada órgão ou operador estabelecer seu padrão de fraseologia operacional, garantindo a devida instrução a todos que compõem o serviço.

Elaboração: Janeiro/2016

AERO 4 – Segurança operacional  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

3/3



**AERO  
5**

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Aeromédico  
**SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**



## AERO 5 – Aspectos do manejo clínico

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão

Este protocolo se destina a todos os pacientes com indicação de transporte em unidade móvel aérea.

### Conduta

#### 1. ASPECTOS GERAIS

- Preparar o paciente em todos os seus aspectos fora da unidade móvel aérea, somente liberando para embarque após:
- Considerar protocolos AC1, AC2, AT1 e AT2;
- Recomendam-se dois acessos venosos, mesmo que não exista indicação de reposição volêmica;
- Restringir a mobilidade do paciente e tripulação, tendo em vista os aspectos da segurança de voo;
- Em pacientes conscientes, garantir a comunicação visual e verbal com a equipe;
- Controlar a dispersão das secreções, principalmente quando houver necessidade de voo com porta aberta (risco de aerossolização);
- Cuidados com dreno de tórax:
  - Clampear no embarque e desembarque;
  - Durante o voo, o dreno deverá estar aberto, desde que não exista a possibilidade de refluxo quando em selo d'água;
- Recomenda-se a sondagem orogástrica aberta nos pacientes entubados;
- Avaliar a demanda de oxigênio do paciente e sua disponibilidade (autonomia) na unidade móvel aérea.

#### 2. ASPECTOS ESPECÍFICOS

##### ASA ROTATIVA

- Considerar a teoria da expansibilidade dos gases (lei de Boyle) quando houver diferenças de altitude no trajeto, principalmente quando o paciente estiver sob ventilação mecânica. As variações de altitude devem ser observadas principalmente em áreas montanhosas e no caso de trajetos partindo de regiões em nível do mar para regiões de planalto ou serranas;
- Observar a deterioração respiratória, hemodinâmica e neurológica do paciente e considerar manobras terapêuticas pré-voo (intubação, drogas vasoativas, etc.) e estratégias preventivas já disponibilizadas (sedação, anticonvulsivantes, etc.);
- Em caso de parada cardiorrespiratória (PCR), manter a calma e não transferir estresse à tripulação. Solicitar ao comandante a possibilidade de pouso imediato. Na impossibilidade, considerar o tipo de aeronave e equipamentos disponíveis (equipamento de compressão torácica automática) para execução de manobras de ressuscitação cardiopulmonar (RCP), tendo em vista a segurança de voo.

##### ASA FIXA

- Considerar o item anterior (Asa rotativa);
- Realizar briefing entre médico e piloto com a finalidade de minimizar as interferências do voo sobre a patologia do paciente;
- Em pacientes conscientes e estáveis, realizar as devidas orientações sobre o voo e considerar o uso de ansiolítico e antiemético oral;
- Antes do taxiamento da unidade móvel aérea, é importante checar:
  - Considerar o item 5, do Protocolo Aero 3;
  - Eletrodos;
  - Oximetria e capnografia;
  - Tubos e drenos (risco de mobilização no embarque)
  - Sondas (previamente esvaziadas);
  - Acessos venosos permeáveis;

Elaboração: Janeiro/2016

AERO 5 – Aspectos do manejo clínico

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

1/3



## AERO 5

### Protocolo Samu 192 Protocolos de Aeromédico SUPORTE AVANÇADO DE VIDA

#### AERO 5 – Aspectos do manejo clínico

- Tubo orotraqueal, máscaras e cilindros de oxigênio;
  - Curativos e imobilizações;
  - Iniciar registro de parâmetros;
  - Fixação do paciente na prancha e esta na aeronave;
  - O melhor posicionamento para a cabeça da maca do paciente em relação à aeronave (posição e inclinação).
- **Durante a decolagem:**
    - Não executar procedimentos e evitar verbalizações, inclusive com o paciente;
    - Manter observação dos parâmetros do paciente. É esperado que o paciente apresente taquicardia e hipotensão.
  - **Durante o voo:**
    - Monitorar parâmetros do paciente e registrá-los a cada 15 minutos;
    - Fazer uma reavaliação clínica e realizar as intervenções que se fizerem necessárias;
    - Atentar para os sinais e sintomas de hipóxia e outras alterações fisiológicas, decorrentes do voo, no paciente e equipe;
    - No caso de paciente em ventilação mecânica, deve-se reavaliar os parâmetros do respirador após a aeronave atingir o nível de cruzeiro.
  - **Durante a descida e pouso:**
    - Não executar procedimentos e evitar verbalizações, inclusive com o paciente;
    - Atentar para sinais e sintomas de disbarismos;
    - Fazer uma reavaliação clínica do paciente;
    - Realizar toda a checagem conforme item 2.2.4.

#### Observações

- Considerar os 3 "S" (protocolos PE1, PE2 e PE3).
- Para a contenção de secreções, sugere-se a utilização de manta aluminizada, saco plástico, curativos compressivos, oclusivos, etc.
- Atentar para a fixação dos aparelhos que não estejam previamente fixados na unidade móvel aérea.
- Recomenda-se que a cabeça da maca do paciente esteja posicionada voltada para a cabine. Situações excepcionais deverão ser avaliadas e definidas pelo médico antes do transporte.
- Quando da não utilização de bombas de infusão, observar que o gotejamento irá ter variação significativa na subida e na descida da aeronave.
- Na avaliação da previsão de consumo de oxigênio, deverá ser observada a seguinte fórmula:
- Tempo de oxigênio (min) =  $\frac{N \times \text{Cap} \times 1000 \times (P/150)}{\text{Fluxo (L/min)}}$

#### Onde:

N= quantidade de cilindros;

Cap= capacidade do cilindro em m<sup>3</sup>;

P= pressão medida no cilindro (kgf/m<sup>2</sup>)

Elaboração: Janeiro/2016

AERO 5 – Aspectos do manejo clínico

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

2/3



**AERO  
5**

Protocolo Samu 192  
Protocolos de Aeromédico  
**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**



### AERO 5 – Aspectos do manejo clínico

- Considerar, na avaliação de sinais de hipóxia, os seguintes sinais e sintomas:

5.000 PÉS	10.000 PÉS	15.000 PÉS	18.000 PÉS
-Visão borrada -Visão em túnel -Diminuição da visão noturna	-Hiperventilação -Dificuldade em realizar tarefas -Falta de ar -Apreensão -Fadiga -Cefaleia -Vertigem	-Agressividade -Euforia -Sonolência -Pensamento lento	-Cianose -Confusão mental -Perda de raciocínio lógico -Descoordenação motora

- Em caso de PCR no transporte aeromédico, em qualquer uma de suas etapas, as manobras de RCP devem ser iniciadas e mantidas até a chegada do paciente em unidade hospitalar mais próxima.

Elaboração: Janeiro/2016

AERO 5 – Aspectos do manejo clínico  
Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.  
Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

3/3





# Referência Bibliográfica



**Protocolo Samu 192**

**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**



## Referências Bibliográficas

1. BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em: [www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)
2. BRASIL. Lei n. 9.503 de 23 de setembro de 1997. Institui o novo Código de Trânsito Brasileiro. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/19503.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19503.htm)
3. BRASIL. Portaria n. 2048, de 05 de novembro de 2002. Dispõe sobre o regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-2048.htm>
4. BRASIL. Portaria n. 2994, de 13 de dezembro de 2011. Aprova a Linha de Cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio e o Protocolo de Síndromes Coronarianas Agudas, cria e altera procedimentos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2994\\_15\\_12\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2994_15_12_2011.html)
5. BRASIL. Portaria n. 665, de 12 de abril de 2012. Dispõe sobre os critérios de habilitação dos estabelecimentos hospitalares como Centro de Atendimento de Urgência aos Pacientes com Acidente Vascular Cerebral (AVC), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), institui o respectivo incentivo financeiro e aprova a Linha de Cuidados em AVC. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/PRT0665\\_12\\_04\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/PRT0665_12_04_2012.html)
6. BRASIL. Portaria n. 1.365, de 8 de julho de 2013. Aprova e institui a Linha de Cuidado ao Trauma na Rede de Atenção às Urgências e Emergências. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1365\\_08\\_07\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1365_08_07_2013.html)
7. Ministério da Saúde. Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Regulação Médica das Urgências. Série Normas e Manuais Técnicos. Brasília. Ministério da Saúde, 2006.
8. Ministério da Saúde. Prevenção de suicídio. Manual dirigido a profissionais de saúde mental 2006. [12 fev. 2011]. Disponível em [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_editoracao.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_editoracao.pdf)
9. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Guia de Vigilância Epidemiológica. Série A. Normas e Manuais Técnicos. 7ª ed. Caderno 14. Acidentes com animais peçonhentos. Brasília, DF, 2009. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/gve\\_7ed\\_web\\_atual.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/gve_7ed_web_atual.pdf)
10. Ministério da Saúde. Conselho Federal de Medicina. Centro Brasileiro de Classificação de Doenças. A declaração de óbito: documento necessário e importante. Série A. Normas e Manuais Técnicos. 3ª ed. Brasília, 2009. Disponível em: [http://www.es.gov.br:81/Banco%20de%20Documentos/declaracao\\_de\\_obitoo.pdf](http://www.es.gov.br:81/Banco%20de%20Documentos/declaracao_de_obitoo.pdf)
11. Ministério da Saúde. Brasil. Organização Pan-Americana da Saúde. Biossegurança em saúde: prioridades e estratégias de ação. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília. Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/biosseguranca\\_saude\\_prioridades\\_estrategicas\\_acao\\_p1.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/biosseguranca_saude_prioridades_estrategicas_acao_p1.pdf)
12. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Manual de Instruções para o preenchimento da Declaração de Óbito / Ministério da Saúde. Série A. Normas e Manuais Técnicos. 4ª. ed. Brasília, 2011. Disponível em: [http://svs.aids.gov.br/download/manuais/Manual\\_Instr\\_Preench\\_DO\\_2011\\_jan.pdf](http://svs.aids.gov.br/download/manuais/Manual_Instr_Preench_DO_2011_jan.pdf)
13. Ministério da Saúde. Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Cartilha para o tratamento de emergência das queimaduras. Brasília. Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha\\_tratamento\\_emergencia\\_queimaduras.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_tratamento_emergencia_queimaduras.pdf)

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Outubro/2014

1/4



**Protocolo Samu 192**

**SUPORE AVANÇADO DE VIDA**

## Referências Bibliográficas

14. Ministério da Saúde. Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Manual de rotinas para atenção ao AVC. Brasília. Ministério da Saúde, 2013.
15. Ministério da Saúde. Brasil. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: Renome 2013/ Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia. 8ª ed. Brasília : Ministério da Saúde, 2013.
16. Manitoba Health, Healthy Living and Seniors Emergency Medical Services Branch. Emergency Treatment Guidelines: Drug and Alcohol Abuse [internet]. Manitoba. 2003. Disponível em: <http://www.gov.mb.ca/health/ems/guidelines/docs/M12.08.03.pdf>
17. Sociedade Brasileira de Pneumologia. II Consenso Brasileiro sobre DPOC. Sociedade Brasileira de Pneumologia. Jornal Brasileiro de Pneumologia, vol 30, supl 5, Nov 2004.
18. Australian Government Department of Health and Ageing. Management of Patients with Psychostimulant Toxicity: Guidelines for Emergency Departments. National Drug Strategy, 2006. Disponível em: <http://www.nationaldrugstrategy.gov.au/internet/drugstrategy/publishing.nsf>
19. American College of Surgeons. ATLS: Advanced Trauma Life Support for doctors (student course manual). 8th ed. Chicago : American College of Surgeons, 2008.
20. Pennsylvania Department of health bureau of emergency medical system. Pennsylvania Statewide basic life support protocols 2008. Disponível em: [www.health.state.pa.us/ems](http://www.health.state.pa.us/ems)
21. Hudson Valley Regional Emergency Medical System Council. Advanced Life Support Protocol Manual 2008.[10 jan.2011]. Disponível em: [www.hvremso.org/Documents/2008%20HVREMS%20ALS%20Protocol.pdf](http://www.hvremso.org/Documents/2008%20HVREMS%20ALS%20Protocol.pdf)
22. American Heart Association. Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care (ECC) – Part 12: Cardiac Arrest in Special Situations. Supplement to Circulation 2010; 122:S829-S861.
23. American Heart Association. Destaques das Diretrizes da American Heart Association 2010 para RCP e ACE. Currents in Emergency Cardiovascular Care. Oct 2010.
24. American Heart Association. Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care (ECC) – CPR Part 5 – Adult Basic Life Support. Supplement to Circulation.2010;122:S685-S694.
25. American Heart Association. Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care (ECC) – CPR Part 8 – Adult Advanced Cardiovascular Life Support. Supplement to Circulation.2010;122:S729-S744.
26. American Heart Association. Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care (ECC) – CPR Part 9 – Post-Cardiac Arrest Care. Supplement to Circulation.2010;122:S768-S773.
27. American Heart Association. Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care (ECC) – CPR Part 3 – Ethics. Supplement to Circulation. 2010;122:S665-S671.
28. National Association of Emergency Medical Technicians. PHTLS: Atendimento pré-hospitalar ao traumatizado. 7ªed. Rio de Janeiro : Elsevier, 2011.
29. World Health Organization. mhGAP Intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings - Versão 1 [English]. Genebra 2010.
30. Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. Divisão Técnica de Fiscalização, Comunicação e Informação. SAMU 192. Protocolos de Atendimento Pré-hospitalar em Suporte Básico de Vida. 7ª rev. 2011.

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Outubro/2014

2/4



**Protocolo Samu 192**

**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**



## Referências Bibliográficas

31. Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. Divisão Técnica de Fiscalização, Comunicação e Informação. SAMU 192. Protocolos de Atendimento Pré-hospitalar em Suporte avançado de Vida. 3a rev. 2012.
32. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia para o Manejo da Asma, 2012. J Bras Pneumol 2012; 38(Supl 1).
33. Organização Mundial da Saúde. Prevenção do Suicídio. Um Manual para médicos clínicos gerais. [12 fev. 2011]. Disponível em: [http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO\\_MNH\\_MBD\\_00.1\\_por.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_MNH_MBD_00.1_por.pdf)
34. Sociedade Brasileira de Cardiologia. I Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Arq Bras de Card. 2013; 101, n 2 (Supl3).
35. Bigham BL; The Canadian Patient Safety Institute. Patient safety in emergency medical services - Advancing and aligning the culture of patient safety in EMS. [data desconhecida] Disponível em: <http://www.patientsafetyinstitute.ca/English/research/commissionedResearch/patientSafetyinEMS>
36. Agência Nacional de Vigilância Sanitária ANVISA. Assistência Segura: Uma reflexão teórica aplicada à prática. Brasília : ANVISA 1ª.ed:2013. Disponível em: [http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/images/documentos/livros/Livro1-Assistencia\\_Segura.pdf](http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/images/documentos/livros/Livro1-Assistencia_Segura.pdf)
37. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº 1.480, de 08 de agosto de 1997. A morte encefálica será caracterizada através da realização de exames clínicos e complementares durante intervalos de tempo variáveis, próprios para determinadas faixas etárias. DOU nº 160, 21 ago 1997. Seção 1, p. 18.227.
38. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº 1.641, de 12 de julho de 2002. Veda a emissão, pelo médico, de Declaração de Óbito nos casos em que houve atuação de profissional não-médico e dá outras providências. DOU nº 144, 29 jul, 2002. Seção 1, p. 229.
39. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº 1.779, de 11 de novembro de 2005. Regulamenta a responsabilidade médica no fornecimento da Declaração de Óbito. DOU 05 dez 2005, Seção 1, p. 121.
40. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº 1.805, de 09 de novembro de 2006. Na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal. DOU, 28 nov. 2006. Seção 1, p. 169.
41. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução 427 de 07 de maio de 2012. Normatiza os procedimentos de Enfermagem no emprego de contenção mecânica de pacientes. Diário Oficial da União, Brasília 07 de julho de 2010, seção 1, p. 133.
42. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Dispõe sobre as diretrizes antecipadas de vontade dos pacientes. Resolução nº 1.995, de 09 de agosto de 2012. DOU, 31 ago, 2012. Seção 1, p. 269.
43. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução 2057 de 12 de novembro de 2013. Dispõe sobre a normatização do funcionamento dos Serviços Pré-Hospitalares Móveis de Urgência e Emergência, em todo o território nacional. Diário Oficial da União, Brasília 19 de novembro de 2014, seção 1, p. 199.
44. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Dispõe sobre as diretrizes antecipadas de vontade dos pacientes. Resolução nº 1.995, de 09 de agosto de 2012. DOU, 31 ago. 2012. Seção 1, p. 269.

Elaboração: Agosto/2014  
Revisão: Outubro/2014

3/4





**Protocolo Samu 192**

**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**

## Referências Bibliográficas

45. Heckman JD (ed). Emergency care and transportation of the sick and injured patient. 5a. ed. Rosemont - Illinois. American Academy of Orthopaedic Surgeons: 1993.
46. Oliveira BFM, Parolin MKF, Teixeira Jr ED. Trauma Atendimento pré-hospitalar. 1ª ed. São Paulo: Atheneu; 2001.
47. Eduardo OR, Felix VM, Silva AGB. Protocolo de atendimento pré-hospitalar. Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal. Brasília: CBMDF; 2003. 183 p.
48. Marcolan JF. A contenção física do paciente. Uma abordagem terapêutica. São Paulo. Edição de autor, 2004.
49. Costa MPFC, Guimarães HP. Ressuscitação Cardiopulmonar: Uma abordagem multidisciplinar. 1a ed. São Paulo: Atheneu; 65-81, 2006.
50. Sousa RMC, Calil AM, Paranhos WY, Malvestio MA. Atuação no trauma. Uma abordagem para a enfermagem. São Paulo: Atheneu; 2009.
51. Pedreira MLG, Harada MJCS (orgs). Enfermagem dia a dia: Segurança do paciente. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2009.
52. Falcão IFR, Costa LHD, Amaral JLG. Emergências. Fundamentos & Práticas. São Paulo: Martinari; 2010.
53. Sallum AMC, Paranhos WY. O Enfermeiro e as situações de emergência. 2ª ed. São Paulo: Editora Atheneu; 2010.
54. Xavier D, Fidalgo TM. Manual de Psiquiatria. 1ª ed. São Paulo: ROCA; 2010.
55. Lieberman P, Nicklas RA, Oppenheimer J, Kemp SF, Lang DM, et al. The diagnosis and management of anaphylaxis practice parameter: 2010 Update. J Allergy Clin Immunol: 126;2010.
56. Simons FER et al. World Allergy Organization Anaphylaxis Guidelines: Summary. J Allergy Clin Immunol: vol 127; 2011.
57. Santana JCB, Dutra BS, Pereira HO, Silva EASMS, Silva DCMS. Procedimentos Básicos e especializados de Enfermagem-Fundamentos para a Prática. 1ª. ed. Goiânia: AB Editora; 2011.
58. Martins HS, Damasceno MCT, Awada SB (eds). Pronto Socorro. Medicina de Emergência. 3ª ed. Barueri: Manole; 2012.
59. GRAU Grupo de Resgate e Atenção às Urgências e Emergências. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, Pré-hospitalar. 1ª ed. Barueri, SP: Manole; 2013.
60. Quevedo J, Carvalho AF (orgs). Emergência Psiquiátrica. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2014.

**Protocolo Samu 192**

**SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**



## **Bibliografia Consultada - 2015-2016**

1. Brasil. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm)>
2. Brasil. Lei nº 8.213/1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L8213cons.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8213cons.htm)
3. Brasil. Lei n.º 9503 de 23 de setembro de 1997. Institui o novo Código de Trânsito Brasileiro. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L9503Compilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9503Compilado.htm)
4. Brasil. Portaria 2048 de 05 de novembro de 2002. Dispõe sobre o regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048\\_05\\_11\\_2002.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html)
5. Brasil. Lei nº 10.741 de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/L10.741.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm)>
6. Brasil. Lei nº 10.778 de 24 de novembro de 2003. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/L10.778.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.778.htm)
7. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.968 de 25 de outubro de 2001. Dispõe sobre a notificação de casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes. Disponível em: <http://www.mprs.mp.br/infancia/legislacao/id2175.htm>
8. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.406 de 5 de novembro de 2004. Institui serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher, e aprova instrumento e fluxo para notificação. Republicada em 8/11/2004, seção 1, página 84.
9. Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria nº 485, de 11 de novembro de 2005. Aprova a norma regulamentadora nº 32 (Segurança e saúde no trabalho em estabelecimentos de saúde). Disponível em: [http://www.mte.gov.br/legislacao/normas\\_regulamentadoras/nr\\_32.pdf](http://www.mte.gov.br/legislacao/normas_regulamentadoras/nr_32.pdf)
10. Ministério da Saúde. Portaria nº 2971, de 08 de dezembro de 2008. Institui o veículo motocicleta - motolância como integrante da frota de intervenção do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência em toda a Rede SAMU 192 e define critérios técnicos para sua utilização. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt2971\\_08\\_12\\_2008.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt2971_08_12_2008.html)
11. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.271 de 06 de junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271\\_06\\_06\\_2014.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html)>
12. Ministério da Saúde. Portaria 1.115 de 19 de outubro de 2015. Aprova o Protocolo de uso da hidroxocobalamina na intoxicação aguda por cianeto. Disponível em: [http://conitec.gov.br/images/Protocolos/Protocolo\\_Uso/ProtocoloUso\\_Hidroxocobalamina\\_2015.pdf](http://conitec.gov.br/images/Protocolos/Protocolo_Uso/ProtocoloUso_Hidroxocobalamina_2015.pdf)
13. Ministério da Saúde. Coordenação de Controle de Infecção Hospitalar. Processamento de Artigos e Superfícies em Estabelecimentos de Saúde. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1994. Disponível em: [http://www.anvisa.gov.br/servicos/saude/controle/processamento\\_artigos.pdf](http://www.anvisa.gov.br/servicos/saude/controle/processamento_artigos.pdf)

Elaboração: Janeiro/2016

1/10



**Protocolo Samu 192**

**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**

## **Bibliografia Consultada - 2015-2016**

14. Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior. Instituto Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial. Portaria n.º 086, de 24 de abril de 2002. Dispõe sobre o uso de capacete para condutores e passageiros de motocicletas e similares. Disponível em : <http://www.inmetro.gov.br/legislacao/rtac/pdf/RTAC000764.pdf>
15. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Notificação de acidentes do trabalho fatais, graves e com crianças e adolescentes. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. 32 p. – (Série A. Normas e Manuais técnicos).
16. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Exposição a materiais biológicos. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. (Série A. Normas e Manuais Técnicos)
17. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas
18. Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher : princípios e diretrizes. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.82 p. : il. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).
19. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Linha de cuidado para o atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: [http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt\\_366915019.pdf](http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_366915019.pdf)
20. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 5. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010.
21. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Manual Técnico – Gestação de Alto Risco. Brasília, 2012.
22. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Manual de rotinas para atenção ao AVC / Ministério da Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: [http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_rotinas\\_para\\_atencao\\_avc.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_rotinas_para_atencao_avc.pdf)
23. Ministério da Saúde. Universidade Estadual do Ceará. Humanização do parto e do nascimento . Brasília : Ministério da Saúde, 2014.465 p.(Cadernos HumanizaSUS).
24. Ministério da Saúde, Ministério da Justiça. Secretaria de Políticas Para as Mulheres - Norma Técnica da Atenção Humanizada às Pessoas em Situação de Violência Sexual com Registro de Informações e Coleta de Vestígios. Brasília, 2015. Disponível em: <http://www.spm.gov.br/central-de-conteudos/publicacoes/publicacoes/2015/norma-tecnica-versaoweb.pdf>
25. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 306, de 7 de dezembro de 2004. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect>.
26. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do paciente em serviços de saúde; limpeza e desinfecção de superfícies/Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2010.

Elaboração Janeiro/2016

2/10



**Protocolo Samu 192**

**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**



## **Bibliografia Consultada - 2015-2016**

27. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Abordagem de Vigilância Sanitária de Produtos para Saúde Comercializados no Brasil: Ventilador Pulmonar BIT – Boletim Informativo de Tecnovigilância, Brasília, nº 03, jul/ago/set 2011. Disponível em: [http://www.anvisa.gov.br/boletim\\_tecno/boletim\\_tecno\\_novembro\\_2011/PDF/Microsoft22112011.pdf](http://www.anvisa.gov.br/boletim_tecno/boletim_tecno_novembro_2011/PDF/Microsoft22112011.pdf)
28. Agência Nacional de Vigilância Sanitária Abordagem de Vigilância Sanitária de Produtos para Saúde Comercializados no Brasil: Desfibrilador Externo BIT – Boletim Informativo de Tecnovigilância, Brasília, nº 01, jan/fev/mar 2011. Disponível em: [http://www.anvisa.gov.br/boletim\\_tecno/boletim\\_tecno\\_fev2011/PDF/matriz\\_desfibri\\_que\\_emos04fev2011.pdf](http://www.anvisa.gov.br/boletim_tecno/boletim_tecno_fev2011/PDF/matriz_desfibri_que_emos04fev2011.pdf)
29. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. FIOCRUZ. Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais. Protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos. Disponível em: [file:///C:/Users/DELL/Downloads/protoc\\_identificacaoPaciente.pdf](file:///C:/Users/DELL/Downloads/protoc_identificacaoPaciente.pdf)
30. Associação Brasileira de Normas Técnicas. Veículos rodoviários automotores – Capacete e viseiras para condutores e passageiros de motocicletas e veículos similares – Requisitos de desempenho e métodos de ensaio. Brasília: ABNT; 09/12/2015. NBR 7471.
31. Associação Brasileira de Normas Técnicas. Produtos químicos - Informações sobre segurança, saúde e meio ambiente. Parte 1: Terminologia. Brasília: ABNT; 26/08/2009. NBR 1475-1.
32. Associação Brasileira de Normas Técnicas. Transporte rodoviário de produtos perigosos – Diretrizes do atendimento à emergência. Brasília: ABNT; 30/07/2015 NBR 14064.
33. Conselho Nacional de Trânsito. Resolução no. 203 de 29 de setembro de 2006. Disciplina o uso de capacete para condutor e passageiro de motocicleta, motoneta, ciclomotor, triciclo motorizados e quadriciclo motorizado, e dá outras providências. Disponível em: [http://www.denatran.gov.br/download/resolucoes/resolucao203\\_06.pdf](http://www.denatran.gov.br/download/resolucoes/resolucao203_06.pdf)
34. São Paulo, Lei nº. 10.241 de 17 de março de 1999. Dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Estado. Disponível em: <http://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei/1999/lei-10241-17.03.1999.html>
35. Secretaria dos Transportes. Governo do Estado de São Paulo. Departamento de Estrada de Rodagem. Manual de Sinalização Rodoviária, 2ª edição, Vol III. Obras, Serviços de Conservação e Emergência, 2006. (Série Manuais).
36. Secretaria de Estado da Saúde Pública do Rio Grande do Norte. Protocolo de assistência materno infantil do Estado do Rio Grande do Norte. Natal, EDFRN, 2014. 101 p.
37. Conselho Regional de Medicina do estado de São Paulo. Resolução nº 70 de 14 de novembro de 1995. Diário Oficial do Estado n. 226, 28 nov. 1995. Seção 1
38. Conselho Federal de Medicina. Resolução n.º 1.605, de 15 de setembro de 2000. Retificação publicada no D.O.U. 31 JAN 2002, Seção 1, pg. 103.
39. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.638, de 10 de julho de 2002. Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde. D.O.U. de 9 de agosto de 2002, Seção I, p.184-5.
40. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.821, de 11 de julho de 2007. Diário Oficial da União, 23 nov. 2007. Seção I, p. 252.

Elaboração: Janeiro/2016

3/10



**Protocolo Samu 192**

**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**

## **Bibliografia Consultada - 2015-2016**

41. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução 311 de 08 de fevereiro de 2007 Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Disponível: [http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3112007\\_4345.html](http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3112007_4345.html)
42. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.931, de 17 de Setembro de 2009
43. Novo Código de Ética Médica. Retificação publicada no D.O.U. de 13 de outubro de 2009, Seção I, p.173.
44. American Heart Association. Guidelines Update for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care - Part 11: Pediatric Basic Life Support and Cardiopulmonary Resuscitation Quality. *Circulation* 2015; 132 (suppl 2):S519-S525.
45. American Heart Association. Guidelines Update for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care - Part 10: Special Circumstances of Resuscitation 2015. *Circulation* 2015;132 (suppl 2).
46. American Heart Association. Guidelines Update for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care - Part 12. Pediatric Advanced Life Support. *Circulation* 2015;132 (suppl 2):S526-S542.
47. American Heart Association. Guidelines Update for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care - Part 12. Pediatric Advanced Life Support. *Circulation* 2015;132:S521-S542.
48. American Heart Association. Guidelines Update for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care - Part 5. Adult Basic Life Support and Cardiopulmonary Resuscitation Quality. *Circulation*. 2015;132:S414-S435.
49. American Heart Association. Guidelines Update for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care - Part 7: Adult Advanced Cardiovascular Life Support. *Circulation*. 2015;132:S444-S464
50. American Heart Association Guidelines Update for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care- Part 8. Post-Cardiac Arrest Care. *Circulation*. 2015;132:S465-S482.
51. International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes. ISPAD Clinical Practice Consensus Guidelines 2014 Compendium. Assessment and management of hypoglycemia in children and adolescents with diabetes. *Pediatric Diabetes* 2014; 15(Suppl. 20): 180–192.
52. International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes. ISPAD Clinical Practice Consensus Guidelines 2014 Compendium. Diabetic ketoacidosis and hyperglycemic hyperosmolar state. *Pediatric Diabetes* 2014; 15(Suppl. 20): 154–179.
53. World Health Organization. Guidelines on neonatal seizures. WHO, 2011. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77756/1/9789241548304\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77756/1/9789241548304_eng.pdf).
54. American Heart Association. Guidelines Update for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care - Part 13. Pediatric Basic Life Support. *Circulation* 2010;122:S869.
55. American Heart Association. Guidelines Update for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care - Part 14. Pediatric Advanced Life Support. *Circulation* 2010;122:S876-S908.
56. American Heart Association. Guidelines Update for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care - Part 9. Post Cardiac Arrest Care. *Circulation* 2010;122:S768-S786.

Elaboração: Janeiro/2016

4/10



**Protocolo Samu 192**

**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**



## **Bibliografia Consultada - 2015-2016**

57. American Heart Association. Guidelines Update for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care - Part 1: Executive summary: 2010 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science with Treatment Recommendations. *Circulation* 2010;122(16 Suppl 2):S250-75.
58. American Academy of Pediatrics. Committee on Hospital Care. Guidelines for air and ground transportation of pediatric patients. *Pediatrics* 1986;78:943-50.
59. Florida Regional Common Emergency Medical System. Florida Regional Common Emergency Medical System Protocols. 4a. Ed Version 2: 2015. Disponível em: <http://www.gbemda.org/florida-regional-common-ems-protocolspdf>
60. Regional Emergency Medical Advisory Committee of New York City. Prehospital Treatment Protocols. Appendices, Version 2015. Disponível em: [http://www.remo-ems.com/images/uploads/pdfs/2015\\_Collaborative\\_Protocols\\_12302014.pdf](http://www.remo-ems.com/images/uploads/pdfs/2015_Collaborative_Protocols_12302014.pdf)
61. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, Núcleo de Educação Permanente. Assistência à Múltiplas Vítimas e Desastres (AMVED): Manual do Curso para Profissionais do SAMU 192 / Governo do Estado. Secretaria da Saúde do Estado, Fortaleza: 2015.
62. Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais. Diretrizes Clínicas. Protocolos Clínicos. Convulsão no recém-nascido. Última revisão: 20/07/2014. Disponível em: <http://www.themig.mg.gov.br/protocolos-clinicos>
63. Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais. Diretrizes Clínicas. Protocolos Clínicos. Asma na infância. Última revisão: 05/08/2014. Disponível em: <http://www.themig.mg.gov.br/protocolos-clinicos>
64. Sociedade Brasileira de Pediatria, Departamento Científico de Neonatologia e Departamento Científico de Endocrinologia. Diretrizes SBP – Hipoglicemia no Período Neonatal, 2014. Disponível em: <http://www.sbp.com.br/src/uploads/2015/02/diretrizessbp-hipoglicemia2014.pdf>
65. Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. Divisão Técnica de Fiscalização, Comunicação e Informação. SAMU 192. Protocolos de Atendimento Pré-hospitalar, Suporte Avançado de Vida, 3ª. revisão 2012. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/protocolodeatendimentoprehospitalar.pdf>
66. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia para o Manejo da Asma 2012. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*. v.38, Suplemento 1, p.S1-S46, Abril, 2012
67. Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, Divisão Técnica de Fiscalização, Comunicação e Informação. SAMU 192. Protocolos de Atendimento Pré-hospitalar, Suporte Básico de Vida, 7ª. revisão 2011. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/ProtocoloSBV.pdf>
68. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira. Hospital Albert Einstein. Protocolos e Diretrizes Assistenciais do Hospital Albert Einstein, 2010. Gerenciamento da Dor na SBIBHAE. Disponível em: [http://medsvl.einstein.br/diretrizes/tratamento\\_dor/Gerenciamento%20da%20dor%20na%20SBIBHAE.pdf](http://medsvl.einstein.br/diretrizes/tratamento_dor/Gerenciamento%20da%20dor%20na%20SBIBHAE.pdf).

Elaboração: Janeiro/2016

5/10



**Protocolo Samu 192**

**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**

## **Bibliografia Consultada - 2015-2016**

69. Sociedade Brasileira de Pediatria, Departamento de Neonatologia. A linguagem da dor no recém-nascido, 2010. Disponível em: [http://www.sbp.com.br/pdfs/doc\\_linguagem-da-dor-out2010.pdf](http://www.sbp.com.br/pdfs/doc_linguagem-da-dor-out2010.pdf)
70. Nagel F. Apresentação de protocolo: Intubação de sequência rápida - SMI/HCPA Serviço de Medicina Intensiva do Hospital das Clínicas de Porto Alegre. Disponível em <<http://pt.slideshare.net/fabianonagel/protocolo-intubacao-sequencia-rpida-hcpa>>.
71. Lyon RM et al. Significant modification of traditional rapid sequence induction improves safety and effectiveness of pre-hospital trauma anaesthesia. *Critical Care* 2015, 19:134.
72. Ponte STD, Dornelles CFD, Arquilha B, Bloem C, Roblin P. Mass-casualty Response to the Kiss Nightclub in Santa Maria, Brazil. *Prehospital and Disaster Medicine* 2015 Feb;30(1):93-6.
73. Barbas CS, Ísola AM, Farias AM, Cavalcanti AB, Gama AM, Duarte AC, et al. Recomendações brasileiras de ventilação mecânica 2013. Parte 1. *RBTI* 2014;26(2):89-121.
74. Barbas CS, Ísola AM, Farias AM, Cavalcanti AB, Gama AM, Duarte AC, et al. Recomendações brasileiras de ventilação mecânica 2013 Parte 2. *RBTI*. 2014;26(3):215-239
75. Simons FER, Arduso LRF, Bilà MB et al. International consensus on (ICON) anaphylaxis. *World Allergy Organization Journal* 2014, 1:19.
76. Muraro A, Roberts G, Worm M, et al. Anaphylaxis: guidelines from the European Academy of Allergy and Clinical Immunology. *Allergy* 2014; 69:1026-45.
77. Glass HC. National Institute of Health. Neonatal Seizures: Advances in Mechanisms and Management. *Clinical Perinatology*. 2014; 41(1): 177-90.
78. Stollings JL, Diedrich DA, Oyen LJ, Brown DR. Rapid-Sequence Intubation: A Review of the Process and Considerations When Choosing Medications. *Ann Pharmacother*. January 2014 48: 62-76, first published on November 4, 2013.
79. Benson BE et al. Position paper update: gastric lavage for gastrointestinal decontamination. *Clinical Toxicology* 2013, 51:140-6.
80. Blakeman TC, Branson RD. Inter- and intra-hospital transport of the critically ill. *Respiratory Care* 2013;58:1008-23.
81. Yu-Tze Ng, Rama Maganti. Status epilepticus in childhood. *Journal of Paediatrics and Child Health* 2013; 49:432-7.
82. Dudaryk R, Pretto EA. Resuscitation in Multiple Casualty Event, *Anesthesiology Clinical* 2013; 31: 85-106.
83. Cross KP, Cicero MX. Head-to-Head Comparison of Disaster Triage Methods in Pediatric, Adult and Geriatric Patients. *Annals of Emergency Medicine* 2013; 61: 6.
84. Pereira BMT, Morales W, Cardoso RG, Fiorelli R, Fraga GP, Briggs SM. Lessons learned from a landslide catastrophe in Rio de Janeiro, Brazil. *American Journal of Disaster Medicine* 2013; 8:3.
85. Brophy GM, Bell R, Claassen J, Alldredge B, et al. Neurocritical Care Society Status Epilepticus Guideline Writing Committee. Guidelines for the Evaluation and Management of Status Epilepticus. *Neurocritical Care* 2012;17(1):3-23.
86. Sá RAR, Melo CL, Dantas RB, Delfim LVV. Acesso vascular por via intraóssea em emergências pediátricas. *RBTI* 2012; 24(4):407-414

**Protocolo Samu 192**

**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**



## **Bibliografia Consultada - 2015-2016**

87. Sasidaran K, Singhi S, Singhi P. Management of Acute Seizure and Status Epilepticus in Pediatric Emergency. *Indian Journal of Pediatrics* 2012; 79(4):510-7.
88. Silbergleit R, Durkalski V, Lowenstein D, et al. Intramuscular versus Intravenous Therapy for Prehospital Status Epilepticus. *New England Journal of Medicine* 2012;366:591-600.
89. Simons FER, Arduso LRF, Bilò MB et al. 2012 Update: World Allergy Organization Guidelines for the assessment and management of anaphylaxis. *Currents Opinion Allergy Clinical Immunology* 2012, 12:389-99.
90. American Academy of Pediatrics. Clinical Report - Fever and Antipyretic Use in Children. *Pediatrics* 2011; 127(3):580-7.
91. Simons FER, Arduso LRF, Bilò MB et al. World Allergy Organization Guidelines for Assessment and Management of Anaphylaxis. *Journal of Allergy Clinical and Immunology* 2011; 127(3):587-593.
92. Marques JB, Reynolds A Ana. Distância de ombros – Uma emergência obstétrica. *Acta Med Port* 2011; 24: 613-620.
93. Tallo FS. Intubação orotraqueal e a técnica da sequência rápida; uma revisão para o clínico. *Revista Brasileira de Clínica Medica* 2011;9(3):211-7.
94. Abend NS, Gutierrez-Colina AM, Dlugos DJ. Medical Treatment of Pediatric Status Epilepticus. *Seminars in Pediatric Neurology* 2010; 17:169-75.
95. Kohn CA, Schultz CH, Miller KT, Anderson CL. Does START Triage Work? An Outcomes Assessment After a Disaster. *Annals of Emergency Medicine* 2009; 54:3.
96. Garzon E. Estado de Mal Epiléptico. *Journal of Epilepsy Clinical Neurophysiology* 2008; 14(Suppl 2):7-11.
97. Lane JC, Guimarães HP. Acesso Venoso pela Via Intra-Óssea em Urgências Médicas. *RBTI* 2008; 20(1):63-67.
98. Silva FC, Thuler LCS. Tradução e adaptação transcultural de duas escalas para avaliação da dor em crianças e adolescentes. *J Pediatr (Rio J)* 2008; 84(4):344-9.
99. Elridge DL et al. Pediatric Toxicology. *Emergency Medical Clinics in North America*. 2007;25:238-308.
100. Shirm S, Liggitt R, Dick R, Graham J. Prehospital Preparedness for Pediatric Mass-Casualty Events. *Pediatrics* 2007; 120(4).
101. Réa Neto A et al. Consenso Brasileiro de Monitorização e Suporte Hemodinâmico - Parte IV: Monitorização da Perfusão Tecidual. *RBTI* 2006 Abril – Junho; 18 (2).
102. Massaro AR. Triagem do AVC isquêmico agudo. *Revista da Sociedade de Cardiologia do Rio Grande do Sul* 2006; 07 (Jan/fev/Mar/Abr).
103. Warren J, Fromm RE, Orr RA, et al. Guidelines for the inter- and intra-hospital transport of the critically ill patients. *Critical Care Medicine* 2004; 32:256-62.
104. Araújo S. Acessos Venosos Centrais e Arteriais Periféricos – Aspectos Técnicos e Práticos. *RBTI*. 2003 Abril/Junho;15(2).

Elaboração: Janeiro/2016

7/10





**Protocolo Samu 192**

**SUORTE AVANÇADO DE VIDA**

## **Bibliografia Consultada - 2015-2016**

105. Christophersen AB, Lenin D, Hoegberg LCG. Activated charcoal alone or after gastric lavage; a simulated large paracetamol intoxication. *British Journal of Clinical Pharmacology*. 2002 Mar; 53(3): 312-317.
106. Kothari RU, Pancioli A, Liu T, et al. Cincinnati Prehospital Stroke Scale: reproducibility and validity. *Ann Emerg Med* 1999 Apr;33(4):373-8.
107. Brunton LL, Chabner BA, Knollmann BC. *As Bases Farmacológicas da Terapêutica de Goodman & Gilman*, 12ª edição, Rio de Janeiro; Artmed, 2015.
108. Miller RD, Eriksson LI, Fleischer LA, Wiener-Kronish JP, Young WL, Editors. *Miller's anestesia*. 8ª. ed. New York; Elsevier; 2015.
109. Fernandes ICO. Intubação traqueal, manejo da via aérea e via aérea difícil. In: Gilio AE, Grisi S, Bouso A, Paulis M. *Urgências e Emergências em Pediatria Geral*. Hospital Universitário da USP, São Paulo. São Paulo, Atheneu, 2015, pág. 3-12.
110. Hsin SH, Guilhoto LMF. Convulsão e Estado de Mal Epiléptico. In: Gilio AE, Grisi S, Bouso A, Paulis M. *Urgências e Emergências em Pediatria Geral*. Hospital Universitário da USP. São Paulo; Atheneu; 2015, pág. 323-31.
111. Silva RYR, Horita SM. Medicamentos mais utilizadas no Pronto Socorro Infantil. In: Gilio AE, Grisi S, Bouso A, Paulis M. *Urgências e Emergências em Pediatria Geral*. Hospital Universitário da USP. São Paulo; Atheneu; 2015, pág. 712.
112. Silva RYR, Horita SM. Medicamentos mais utilizadas no Pronto Socorro Infantil. In: Gilio AE, Grisi S, Bouso A, Paulis M. *Urgências e Emergências em Pediatria Geral*. Hospital Universitário da USP. São Paulo; Atheneu; 2015, pág. 712.
113. Mekitarian Filho E. Sedação e analgesia na emergência. In: Gilio AE, Grisi S, Bouso A, Paulis M. *Urgências e Emergências em Pediatria Geral*. Hospital Universitário da USP. São Paulo. Atheneu, 2015, pág. 649-53.
114. Machado BM, Vieira GK. Febre sem sinais localizatórios. In: Gilio AE, Grisi S, Bouso A, Paulis M. *Urgências e Emergências em Pediatria Geral*. Hospital Universitário da USP. São Paulo. São Paulo: Atheneu; 2015, pág. 621.
115. Vieira G. Cetoacidose Diabética e Estado Hiperosmolar Hiperclorêmico. In: Gilio AE, Grisi S, Bouso A, Paulis M. *Urgências e Emergências em Pediatria Geral*. Hospital Universitário da USP. São Paulo. Atheneu; 2015; pág. 495-507.
116. Mekitarian Filho E, Goes PF, Paulis M. Coma. In: Gilio AE, Grisi S, Bouso A, Paulis M. *Urgências e Emergências em Pediatria Geral*. Hospital Universitário da USP. São Paulo. São Paulo, Atheneu, 2015, pág. 377-82.
117. Horita SM, Mekitarian Filho E, Fernandes ICO. Intoxicações Agudas. In: Gilio AE, Grisi S, Bouso A, Paulis M. *Urgências e Emergências em Pediatria Geral*. Hospital Universitário da USP. São Paulo. Atheneu, 2015, pg 551-8.
118. GRAU Grupo de resgate e Atenção às Urgências e Emergências. Secretaria de estado da Saúde. *Pré-hospitalar*. 2ª ed. São Paulo: Manole; 2015.
119. Souza DC. Transporte da criança gravemente enferma. In: Gilio AE, Grisi S, Bouso A, Paulis M. *Urgências e Emergências em Pediatria Geral*. Hospital Universitário da USP. São Paulo. Atheneu, 2015, pág. 631-41.

**Protocolo Samu 192**

**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**



## **Bibliografia Consultada - 2015-2016**

120. Oliveira BFM. Trauma: atendimento pré-hospitalar. 3ªed. São Paulo: Atheneu; 2014.
121. Cetesb. Manual de Emergências Químicas da Cetesb. São Paulo; Cetesb; 2014.
122. La Torre FLF, Passarelli MLB, Cesar RG, Pecchini R. Emergências em Pediatria – Protocolos da Santa Casa. São Paulo: Manole; 2013. Pág. 325-33.
123. Schvartsman C, Reis AG, Farhat SCL. Pediatria – Instituto da Criança Hospital das Clínicas. São Paulo: Manole; 2013.
124. Murahovschi, Jayme. Pediatria - Diagnóstico e Tratamento. 7ª ed. Sarvier; 2013.
125. Schvartsman C, Reis AG, Farhat SCL. Pediatria – Instituto da Criança Hospital das Clínicas. São Paulo: Manole; 2013.
126. Bonow RO, Mann DL, Zipes DP, Libby P. Braunwald Tratado de Doenças Cardiovasculares. 9ª ed. Saunders: Elsevier; 2013.
127. Toporovski MS, Laranjeira MS. Refluxo gastroesofágico. In: Moraes MB. Gastroenterologia e hepatologia na prática pediátrica. Série Atualizações Pediátricas da SPSP. 2ª Ed. São Paulo: Atheneu; 2012, pg.15-28.
128. Walls RM, Murphy M, coordenadores. Manual of emergency airway management. 4a. ed. Wolters Kluwer/ Lippincott Williams & Wilkins; 2012.
129. American Heart Association. Suporte Avançado de Vida em Pediatria. Manual do Profissional. Edição em português. Guarulhos: Artes gráficas e Editora Sesi; 2012.
130. American Academy of Family Physicians. Advanced life Support in Obstetrics , Provider Course Syllabus. 4ª ed. 2001.
131. National Association of Emergency Medical Technician. PHTLS: Atendimento pré-hospitalar ao traumatizado. 7ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011
132. Nelson LS, Hoffman RSD. Goldfrank's Toxicologic Emergencies. 9a. ed. New York. Mc Graw Hill; 2011.
133. Briggs SM. Manual de Resposta Médica Avançada em Desastres. Bogotá: Distribuna Editorial y librería Médica Autopista Norte; 2011.
134. Associação Brasileira da Indústria Química - ABIQUIM. Manual para atendimento à emergências com produtos perigosos. São Paulo: ABIQUIM;2011.
135. Schvartsman C. Intoxicações Agudas. In: Ferreira AVS, Simon Jr H, Baracat ECE, Abramovici S. Emergências Pediátricas. Série Atualizações Pediátricas. Sociedade de Pediatria de São Paulo. São Paulo; Atheneu: 2010, pg 429-41.
136. Françoso LA. Transporte da criança grave. In: Emergências Pediátricas. Série Atualizações Pediátricas da Sociedade de Pediatria de São Paulo. 2ª Ed. São Paulo, Atheneu, 2010, pág. 391-404.
137. Françoso LA. Transporte de crianças na urgência. In: Reis MC, Zambon MP. Manual de Urgências e Emergências em Pediatria. 2ª Ed. Rio de Janeiro. Revinter, 2010, pág. 359-67.
138. Chaparro CM, Lutter C. Além da sobrevivência: Práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças. Organização Pan-Americana da Saúde;2007.

Elaboração: Janeiro/2016

9/10



Protocolo Samu 192

**SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA**

## Bibliografia Consultada - 2015-2016

139. Greaves I, Porter K. Oxford Handbook of Pre-Hospital Care. Oxford, Oxford University Press; 2007.
140. Knobel, E. Condutas no paciente grave. 3ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2006.
141. Mantovani M. Suporte Básico e Avançado de vida no Trauma. Atheneu: São Paulo; 2005.
142. Garcia PCR, Piva JP. Terapia intensiva pediátrica. In: Piva JP, Garcia PCR. Medicina intensiva em pediatria. Rio de Janeiro: Revinter; 2005. p.9-12.
143. American Heart Association. Suporte Avançado de Vida em Pediatria. Manual para provedores. Edição em português. Rio de Janeiro; 2003.
144. Nettina, MS, et al. Prática de Enfermagem, 7ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003.
145. Auler Junior, JOC, et al. Manual Teórico de Anestesiologia para o Aluno de Graduação, São Paulo: Editora Atheneu; 2001
146. Santos RR, Canetti MD; Ribeiro Júnior M, Alvarez FS. Manual de socorro de emergência. São Paulo: Atheneu; 2000.
147. Moto safety foundation – MSF [homepage na internet] . Basic Rider Book [acesso em 05 de agosto de 2015]. Disponível em: <http://www.msf.usa.org/downloads/BRCHandbook.pdf>
148. Centro educacional de trânsito Honda [homepage na internet]. Técnicas de pilotagem fundamentais [Acesso em 05 de agosto de 2015]. Disponível em: [http://www.honda.com.br/harmonianotransito/Downloads/impressao\\_fundamental.pdf](http://www.honda.com.br/harmonianotransito/Downloads/impressao_fundamental.pdf)
149. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [homepage na internet]. Análise da disponibilidade domiciliar de alimentos e do estado nutricional no Brasil [acesso em 27 mar 2005]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>
150. Almeida MFB , Guinsburg R. Reanimação do recém-nascido  $\geq$  34 semanas em sala de parto: Diretrizes 2016 da Sociedade Brasileira de Pediatria. Disponível em: <http://sbp.com.br/reanimacao> e <http://www.sbp.com.br/reanimacao/wp-content/uploads/2016/01/DiretrizesSBPreanimacaoRNMaior34semanas26jan2016.pdf>. Acesso em 01/02/16.
151. Perlman JM, Wyllie J, Kattwinkel J, Wyckoff MH, Aziz K, Guinsburg R, Kim HS, Liley HG, Mildenhall L, Simon WM, Szylk E, Tamura M, Velaphi S. 2015 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment Recommendations (Reprint). Part 7. Neonatal Resuscitation. Circulation 2015; 132(suppl 1): S204-S241.
152. Lee LK, Bachur RG, Wiley JF, Fleisher GR. Trauma management: Unique pediatric considerations. UpToDate. Last updated: Jul 23, 2014. Disponível em: <http://www.uptodate.com/contents/trauma-management-unique-pediatric-considerations>. Acesso em: 08/03/16.
153. Mittal MK. Needle cricothyroidotomy with percutaneous transtracheal ventilation. UpToDate. Last updated: Oct 12, 2015. Disponível em: <http://www.uptodate.com/contents/needle-cricothyroidotomy-with-percutaneous-transtracheal-ventilation?topicKey=EM%2F6313&elapsedTimeMs=4&view=print&displayedView=full#H34>. Acesso em 21/01/16.

Elaboração: Janeiro/2016

10/10







#### 2.4. Protocolos Aplicados para as Atividades de Regulação Médica

*Protocolo que será utilizado nos atendimentos dos Médicos na Regulação Médica.*

A competência técnica do médico regulador se sintetiza em sua capacidade de “julgar”, discernindo o grau presumido de urgência e prioridade de cada caso, segundo as informações disponíveis, fazendo ainda o enlace entre os diversos níveis assistenciais do sistema, visando dar a melhor resposta possível para as necessidades dos pacientes. Assim, deve o médico regulador:



Julgar e decidir sobre a gravidade de um caso que lhe está sendo comunicado por rádio ou telefone, estabelecendo uma gravidade presumida;

Enviar os recursos necessários ao atendimento, considerando necessidades e ofertas disponíveis;

Monitorar e orientar o atendimento feito por outro profissional de saúde habilitado (médico intervencionista, enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem), por profissional da área de segurança ou bombeiro militar (no limite das competências desses profissionais) ou ainda por leigo que se encontre no local da situação de urgência; - definir e acionar o serviço de destino do paciente, informando-o sobre as condições e previsão de chegada do mesmo, sugerindo os meios necessários ao seu acolhimento;

Julgar a necessidade ou não do envio de meios móveis de atenção. Em caso negativo, o médico deve explicar sua decisão e esclarecer o demandante do socorro quanto a outras medidas a serem adotadas, por meio de orientação ou conselho médico, que permita ao solicitante assumir cuidados ou buscá-los em local definido pelo médico regulador;

Reconhecer que, como a atividade do médico regulador envolve o exercício da telemedicina, impõe-se a gravação contínua das comunicações, o correto preenchimento das fichas médicas de regulação, das fichas de atendimento médico e de enfermagem, e o seguimento de protocolos institucionais consensuados e normatizados que definam os passos e as bases para a decisão do regulador;

Estabelecer claramente, em protocolo de regulação, os limites do telefonista auxiliar de regulação médica, o qual não pode, em hipótese alguma, substituir a prerrogativa de decisão médica e seus desdobramentos, sob pena de responsabilização posterior do médico regulador;

Definir e pactuar a implantação de protocolos de intervenção médica pré-hospitalar, garantindo perfeito entendimento entre o médico regulador e o intervencionista, quanto aos elementos de decisão e intervenção, objetividade nas comunicações e precisão nos encaminhamentos decorrentes;

Monitorar o conjunto das missões de atendimento e as demandas pendentes; - registrar sistematicamente os dados das regulações e missões, pois como frequentemente o médico regulador irá orientar o atendimento por radiotelefonia (sobretudo para os profissionais de enfermagem), os protocolos correspondentes deverão estar claramente constituídos e a autorização deverá estar assinada na ficha de regulação médica e no boletim/ficha de atendimento pré-hospitalar;

Saber com exatidão as capacidades/habilidades da sua equipe de forma a dominar as possibilidades de prescrição/orientação/intervenção e a fornecer dados que permitam viabilizar programas de capacitação/revisão que qualifiquem/habilitem os intervenientes;

Submeter-se à capacitação específica e habilitação formal para a função de regulador e acumular, também, capacidade e experiência na assistência médica em urgência, inclusive na intervenção do pré-hospitalar móvel;

Participar de programa de educação continuada para suas tarefas; - velar para que todos os envolvidos na atenção pré-hospitalar observem, rigorosamente, a ética e o sigilo profissional, mesmo nas comunicações radiotelefônicas; - manter-se nos limites do sigilo e da ética médica ao atuar como porta-voz em situações de interesse público.



Ao médico regulador também competem funções gestoras – tomar a decisão gestora sobre os meios disponíveis, devendo possuir delegação direta dos gestores municipais e estaduais para acionar tais meios, de acordo com seu julgamento.

Decidir sobre qual recurso deverá ser mobilizado frente a cada caso, procurando, entre as disponibilidades a resposta mais adequada a cada situação, advogando assim pela melhor resposta necessária a cada paciente, em cada situação sob o seu julgamento;

Decidir sobre o destino hospitalar ou ambulatorial dos pacientes atendidos no pré-hospitalar;

Decidir os destinos hospitalares não aceitando a inexistência de leitos vagos como argumento para não direcionar os pacientes para a melhor hierarquia disponível em termos de serviços de atenção de urgências, ou seja, garantir o atendimento nas urgências, mesmo nas situações em que inexistam leitos vagos para a internação de pacientes (a chamada “vaga zero” para internação). Deverá decidir o destino do paciente baseado na planilha de hierarquias pactuada e disponível para a região e nas informações periodicamente atualizadas sobre as condições de atendimento nos serviços de urgência, exercendo as prerrogativas de sua autoridade para alocar os pacientes dentro do sistema regional, comunicando sua decisão aos médicos assistentes das portas de urgência;

O médico regulador de urgências regulará as portas de urgência, considerando o acesso a leitos como uma segunda etapa que envolverá a regulação médica das transferências inter hospitalares, bem como das internações;

Acionar planos de atenção a desastres que estejam pactuados com os outros interventores, frente a situações excepcionais, coordenando o conjunto da atenção médica de urgência;

Requisitar recursos públicos e privados em situações excepcionais, com pagamento ou contrapartida a posteriori, conforme pactuação a ser realizada com as autoridades competentes;

Exercer a autoridade de regulação pública das urgências sobre a atenção pré-hospitalar móvel privada, sempre que esta necessitar conduzir pacientes ao setor público, sendo o pré-hospitalar privado responsabilizado pelo transporte e atenção do paciente até o seu destino definitivo no Sistema;

Contar com acesso às demais centrais do Complexo Regulador, de forma que possa ter as informações necessárias e o poder de dirigir os pacientes para os locais mais adequados, em relação às suas necessidades.

## 2.5. Protocolos de Atendimento ao Registro de Chamados

*Protocolo que será utilizado nos atendimentos pelos telefonistas.*

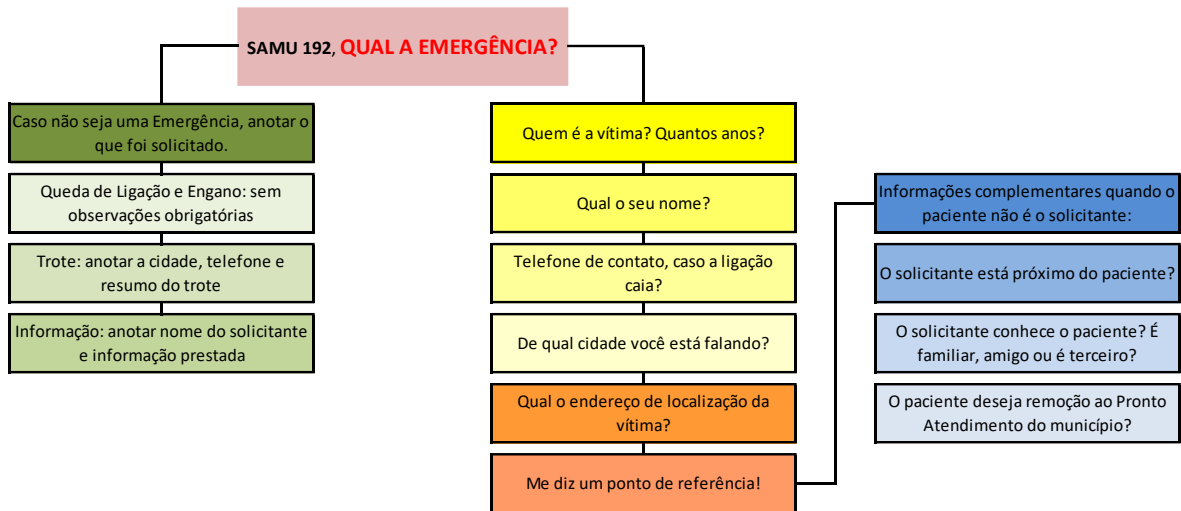
Os profissionais que atuarão como Telefonistas Auxiliares da Regulação Médica (TARM) deverão ser habilitados a prestarem atendimento telefônico às solicitações de auxílio proveniente da população, sendo indispensável ser maior de dezoito anos, possuir disposição para tal atividade, demonstrar equilíbrio emocional e autocontrole, disciplina para cumprir ações orientadas, ética em manter sigilo profissional, demonstrar capacidade de trabalho em equipe, disponibilidade para capacitação e certificação.

O TARM terá disponível uma estação de trabalho contendo: ramal telefônico com headphone, cadeira, mesa, microcomputador com software de gerenciamento das ocorrências e gravação telefônica.



Ao ouvir o sinal sonoro de chamado telefônico, o telefonista deve iniciar o atendimento, anotando as respostas no sistema informatizado e buscando seguir o roteiro de atendimento:

### ROTEIRO BÁSICO DE ATENDIMENTO TELEFONISTAS ASSISTENTES DE REGULAÇÃO MÉDICA



São responsabilidades do Telefonista Auxiliar de Regulação Médica:

- Atender aos chamados com maior brevidade possível, de acordo com a demanda;
- Seguir, sempre que possível, o roteiro de atendimento, anotando as informações essenciais;
- Tratar o interlocutor sempre pelo nome informado;
- Evitar termos técnicos com, utilizando expressões de fácil compreensão do usuário;
- Utilizar tom de voz calmo e agradável;
- Nunca abandonar o posto de trabalho sem substituto no setor;
- Tratar todos com respeito e dignidade;
- Conhecer e divulgar a missão, visão, valores e políticas internas do serviço;
- Atender solicitações telefônicas da população;
- Anotar informações colhidas do solicitante e prestar informações gerais;
- Estabelecer contato radiofônico com ambulâncias e/ou veículos de atendimento pré-hospitalar;
- Estabelecer contato com hospitais e serviços de saúde de referência a fim de colher dados e trocar informações;
- Participar de programas de treinamento e aprimoramento profissional especialmente em urgências/emergências;
- Vistoriar os equipamentos antes de assumir seu posto de trabalho;
- Manter sistema de regulação atualizado;
- Cumprir com a escala de trabalho.

#### 2.6. Protocolos de Empenho de Ambulâncias

*Protocolo que será utilizado nos atendimentos pela rádio operação.*

- Os profissionais atuantes na rádio operação deverão obedecer aos seguintes critérios: maior de dezoito anos; disposição pessoal para a atividade; equilíbrio emocional e autocontrole; disposição





para cumprir ações orientadas; disponibilidade para recertificação periódica; capacidade de trabalhar em equipe; disponibilidade para a capacitação, bem como para a recertificação periódica.

- Deverá operar o sistema de radiocomunicação e telefonia nas Centrais de Regulação;
- Exercer o controle operacional da frota de veículos do sistema de atendimento pré-hospitalar móvel;
- Manter a equipe de regulação atualizada a respeito da situação operacional de cada veículo da frota;
- Conhecer a malha viária e as principais vias de acesso de todo o território abrangido pelo serviço de atendimento pré-hospitalar móvel.
- Conhecer e divulgar a missão, visão, valores e políticas internas do serviço;
- Operar o sistema de radiocomunicação e telefonia nas Centrais de Regulação;
- Exercer o controle operacional da frota de veículos do sistema de atendimento pré-hospitalar móvel;
- Manter a equipe de regulação atualizada a respeito da situação operacional de cada veículo da frota;
- Estabelecer contato radiofônico (ou telefônico) com todas as entidades e unidades envolvidas no atendimento pré-hospitalar ou quando demandado pelo Médico Regulador e seguir suas orientações;
- Manter-se atualizado, frequentando os cursos de educação continuada e da área, assim como dominar o conhecimento necessário para o uso adequado dos equipamentos da central de regulação;
- Operar e manter o sistema de regulação atualizado;
- Operar e manter o sistema de controle de frota atualizado;
- Cumprir com a escala mensal de trabalho.
- Responsabilidade de fazer a comunicação em circuito fechado utilizando os códigos de comunicação.
- Acionar os respectivos códigos buscando viabilizar a efetividade e agilidade na comunicação via rádio para o SAMU 192.

QAP	Estou na escuta
QRK	Qualidade da mensagem
QRL	Canal ocupado.
QRM	Qualidade ruim de mensagem
QRS	Transmitir mais lentamente.
QRU	Mensagem urgente
QRV	A disposição
QSA	Legibilidade
QSL	Entendido
QSM	Devo repetir a mensagem?
QSO	Contato
QSQ	Tem médico a bordo?
QSY	Mudar para outra frequência
QTA	Cancelar a mensagem
QTC	Qual a mensagem
QTH	Localização
QTO	Sanitário
QTQ	Transmitir mais rapidamente
QTR	Horário



QTY	A caminho do local do acidente.
QUD	Receber sinal de urgência.
TKS	Obrigado
J9	Saída – Da base ou Local do Atendimento quando em deslocamento com paciente/vítima
J10	Chegada ao local do atendimento ou ao destino
J11	Unidade liberada e pronta para ocorrência
J12	Chegada na base
J3	Troca de Equipe
J4	Almoço
J5	Abastecimento
J7	Viatura quebrada
J8	Ir ao banheiro

## 2.7. Logística de Suprimentos

*Mecanismos a serem utilizados para a implantação da logística de abastecimento das unidades descentralizadas.*

As ações desenvolvidas nessa área não devem se limitar apenas à aquisição e distribuição de medicamentos exigindo, para a sua implementação, a elaboração de planos, programas e atividades específicas.

É necessário que os gestores aperfeiçoem e busquem novas estratégias, com propostas estruturantes, que garantam a eficiência de suas ações, consolidando os vínculos entre os serviços e a população, promovendo o uso racional dos medicamentos e a inserção efetiva da assistência farmacêutica como uma ação de saúde.

Para tanto, a centralização do Almoxarifado de Medicamentos e Materiais Hospitalares será realizada na Bse Central de Regulação Médica, localizada em Taubaté, considerando os aspectos logísticos de referência dos pacientes. Sempre que uma Unidade Móvel se deslocar para encaminhar o paciente até uma Unidade de Saúde, deverá se deslocar até a Base Central e reabastecer os suprimentos utilizados.

Além da estratégia definida, os profissionais de farmácia e responsáveis técnicos deverão realizar rota de inspeção nas Bases Descentralizadas, garantindo que as Unidades Móveis não acumulem excesso de insumos.

### Rotina Operacional do Profissionais de Farmácia

- Realizar Solicitação – Realizar a Solicitação de Compra, conferindo se os itens não fazem parte dos grupos atendidos pela central de Compras e se todas as especificações do item solicitado estão devidamente informadas, após esta análise liberar ao comprador responsável.
- Fazer contato com Fornecedores – Entrar em contato com Fornecedor, através dos diversos meios de comunicação disponíveis, informando da necessidade da Unidade, solicitando o envio de uma proposta para fornecimento.
- Analisar propostas - Analisar as informações enviadas pelo Fornecedor, se o produto cotado está correto e se a quantidade solicitada está correta.



- Confirmar a aquisição - Entrar em contato com Fornecedor informando os itens a serem adquiridos, dentro das condições acertadas nas cotações e orçamentos, identificando o número da Ordem de Compra a que se refere a aquisição.
- Controlar Processo - Arquivar todo o processo de aquisição, junto com uma cópia da OC em arquivo no Setor de Compras.
- Encaminhar ao Setor de Recebimento - Entregar no Setor de Recebimento a OC. e Ficha de Inspeção.
- Verificar conclusão do processo de Compra - Receber, todo o dia pela manhã, encaminhado pelo responsável do setor de Recebimento, Ficha de Inspeção e as Ordens de Compra que estiverem com o prazo de entrega vencido, e entrar em contato com os Fornecedores para regularizar a situação.
- Receber Nota Fiscal e conferir com a Ordem de compra – O almoxarifado recebe a nota fiscal do fornecedor e confere com a ordem de compras encaminhado anteriormente pelo setor de compras devidamente autorizada e assinada. Nunca receber uma nota fiscal sem a ordem de compra. Qualquer divergência na ordem de compras entrar em contato com o setor de compras para que imediatamente sejam realizadas alterações.
- Conferir o produto – O almoxarifado comunica o setor solicitante para realizar a conferência em conjunto, devendo ser observado: volumes entregues verificando o estado da embalagem dos produtos; setores solicitantes conferem os produtos quanto: espécie, quantidade, lote e validade. Após a conferência, assinar o canhoto da Nota Fiscal informando a data e o responsável pelo recebimento e concordando com a entrega. Carimba a Nota Fiscal com o carimbo de Recebimento, informando a data do recebimento, o nome do Colaborador responsável pelo recebimento da NF.
- Verificar divergências - Verificar a existência de divergência entre a Ordem de Compra/Pedido de Compra e a Nota Fiscal.
- Verificar na NF valor inferior ou superior ao constante na OC/PC
- Verificar a existência de divergência de valor na NF em relação a OC/PC. Verificar se a quantidade de produtos constantes na NF e na OC/PC está correta. Sendo as quantidades constantes da NF inferior à da OC/PC, anotar quais os itens e/ou quantidades estão divergentes/faltantes na própria OC/PC, tirar cópia da OC/PC, manter esta cópia com os itens faltantes no arquivo de Ordem de Compra do setor, aguardando a entrega posterior dos itens faltantes. Comunicar esta situação ao Setor de Compras.
- Classificar os itens da Nota Fiscal - Carimbar com o carimbo de classificação Contábil, no verso da Nota Fiscal, e classificar conforme os grupos contábeis, os valores dos itens constantes na NF.
- Registrar e emitir documentos – Realizar a entrada e emite: relatório de entrada do produto, relatório contábil de entrada de produto e quando necessário o relatório de pendências. Em caso de Nota fiscal de medicamentos da Portaria 344/98 uma cópia deve ser entregue para a farmacêutica para ser arquivada.
- Enviar o processo à contabilidade – encaminhar o processo completo (NF e OC) para a contabilidade, protocolando a entrega. No caso de produtos do setor de almoxarifado serão conferidos e permanecerão na área de recebimento até a realização da entrada e liberação para armazenamento.
- Arquivar 2ª via NF - Arquivar por mês a 2ª via da NF em arquivo próprio.
- Preencher Formulário de Inspeção de Recebimento - Preencher o Formulário de Inspeção de recebimento, informando as divergências e não conformidades que ocorreram no processo.
- Armazenar (exceto para itens da farmácia e nutrição) – Os materiais e medicamentos do setor de farmácia deverá ser encaminhado para a farmácia, para todos os demais produtos ao armazenar seguir o armazenamento utilizando a data de vencimento para a organização das prateleiras de forma a facilitar a dispensação.



### **Metodologia diária compreende a execução das seguintes etapas:**

- Realizar o checklist da reposição de material verificando os materiais que estejam faltando na Unidade Móvel, sendo que os materiais e medicamentos deverão ser retirados a cada ocorrência, após solicitação em formulário específico.
- Toda requisição de material e medicamento deverá constar o número da ocorrência que gerou o pedido e o nome da vítima;
- Repassar o material gasto para a folha de pedido de material;
- Para a requisição de medicamentos psicotrópicos deverá ser preenchido o receituário de controle especial, constando os dados da vítima, base, medicamento utilizado, uso, justificativa, dosagem, data e assinatura do médico solicitante;
- Encaminhar a folha de pedido de material para o responsável administrativo pelo almoxarifado local para a necessária reposição;
- Repor os materiais que estão faltando nos mesmos locais a que se destinam, como mochilas ou estoque;
- Dar baixa no material retirado do almoxarifado para a reposição, sendo que para a retirada do medicamento, deverá ser apresentado o 'casco' do medicamento utilizado;
- Enviar as folhas de consumo para Almoxarifado Central da Base em Taubaté.

### **Atribuições das Equipes**

**Médico:** Assinar, juntamente com o enfermeiro, a solicitação de medicamentos e materiais que foram utilizados na ocorrência; prescrever em receituário especial o medicamento psicotrópico a ser repostado na ambulância;

**Enfermeiro:** Realizar o pedido de materiais e medicamentos utilizados em cada ocorrência; retira no almoxarifado os materiais e medicamentos e acondiciona na ambulância; apresenta o casco do psicotrópico utilizado na ocorrência;

**Farmacêutica:** Controlar a saída de materiais e medicamentos do almoxarifado, responsável pelo armazenamento de controle dos psicotrópicos;

**Condutor Socorrista:** Solicitar no formulário, os materiais e soluções para a limpeza externa da ambulância.

**Técnico de Enfermagem:** Realizar o pedido de materiais e medicamentos utilizados em cada ocorrência; retira no almoxarifado os materiais e medicamentos e acondiciona na ambulância.

### **2.8. Protocolos de Higienização e Limpeza de Ambulâncias**

*Protocolo que será utilizado, contendo a rotina de higienização, materiais químicos utilizados na ação, profissionais envolvidos, controle e acompanhamento.*



## 2.9. Protocolos de Higienização e Limpeza Predial

*Protocolo que será utilizado, contendo a rotina de higienização, materiais químicos utilizados na ação, profissionais envolvidos, controle e acompanhamento.*

### **Definição**

É um processo de remoção de sujidades de superfícies do ambiente, materiais e equipamentos, mediante aplicação de produtos químicos, ação física ou combinação de processos.

### **Objetivo**

Proporcionar aos usuários um ambiente com a menor carga de contaminação possível, contribuindo na redução de possibilidade de transmissão de patógenos oriundos de fontes inanimadas.

### **Executante**

Equipe de serviço de higiene e limpeza.

### **EPI e Material**

Luvas de borracha;

Botas de borracha;

Avental impermeável;

Óculos de proteção;

Balde, rodo, escova sanitária, panos, saco de lixo branco e preto;

Álcool 70%, detergente neutro, desinfetante;

Materiais de reposição (sabonete, papel higiênico, papel interfolha, etc).

### **Princípios da limpeza**

Inicia-se do local mais limpo para o local mais sujo, ou do local menos contaminado de acordo com o “provável nível de sujidade ou contaminação”:

1º. Mobiliários;

2º. Parede;

3º. Piso.

### **Técnicas de limpeza**

Do mais limpo para o mais sujo;

Da esquerda para direita;

De cima para baixo;

Do distal para o proximal;

Direção unilateral ou sequencial.

### **Descrição do procedimento**



**Limpeza concorrente:** É o processo de limpeza realizado diariamente em diferentes dependências: unidade do paciente, piso de quartos e enfermarias, corredores, saguões, instalações sanitárias, áreas administrativas, salas de espera, etc. Essa limpeza é úmida e menos completa quando comparada com a limpeza terminal.

**Limpeza terminal:** É o processo de limpeza que ocorre em todas as superfícies verticais e horizontais de diferentes dependências, incluindo paredes, vidros, portas, pisos, etc. A periodicidade depende da área onde a limpeza é realizada, sendo que em quartos e enfermarias, ocorre após a alta, óbito e transferência do paciente.

**Controle e Acompanhamento:** A Coordenação da Unidade deve realizar o acompanhamento diário da higienização e limpeza realizada, por meio de checklist de limpeza, ficha de limpeza preenchida ao término do serviço e afixada em cada sala e rota de inspeção.

#### 2.10. Protocolos de Higienização e Limpeza de Equipamentos Médicos e Insumos

Processos de limpeza, descontaminação, desinfecção, preparo, esterilização, processos físicos, processos químicos e físico-químicos, validação dos processos de esterilização por meio de controle do processo de esterilização.

#### A Limpeza

A limpeza consiste na remoção da sujidade visível – orgânica e inorgânica – mediante o uso da água, sabão e detergente neutro ou detergente enzimático em artigos e superfícies. Se um artigo não for adequadamente limpo, isto dificultará os processos de desinfecção e de esterilização.

As limpezas automatizadas, realizadas através das “lavadoras termodesinfetadoras” que utilizam jatos de água quente e fria, realizando enxágue e drenagem automatizada, a maioria, com o auxílio dos detergentes enzimáticos, possui a vantagem de garantir um padrão de limpeza e enxágue dos artigos processados em série, diminuem a exposição dos profissionais aos riscos ocupacionais de origem biológica, que podem ser decorrentes dos acidentes com materiais perfuro- cortantes. As lavadoras ultrassônicas, que removem as sujidades das superfícies dos artigos pelo processo de cavitação, são outro tipo de lavadora para complementar a limpeza dos artigos com lumens.

#### Descontaminação:

É o processo de eliminação total ou parcial da carga microbiana de artigos e superfícies.

#### Desinfecção:

A desinfecção é o processo de eliminação e destruição de microrganismos, patogênicos ou não em sua forma vegetativa, que estejam presentes nos artigos e objetos inanimados, mediante a aplicação de agentes físicos ou químicos, chamados de desinfetantes ou germicidas, capazes de destruir esses agentes em um intervalo de tempo operacional de 10 a 30 min. Alguns princípios químicos ativos desinfetantes têm ação esporicida, porém o tempo de contato preconizado para a desinfecção não garante a eliminação de todos os esporos. São usados os seguintes princípios ativos permitidos como desinfetantes pelo Ministério da Saúde: aldeídos, compostos fenólicos, ácido paracético.



#### **Preparo:**

As embalagens utilizadas para o acondicionamento dos materiais determinam sua vida útil, mantêm o conteúdo estéril após o reprocessamento, garante a integridade do material.

#### **Esterilização:**

É o processo de destruição de todos os microrganismos, a tal ponto que não seja mais possível detectá-los através de testes microbiológicos padrão. Um artigo é considerado estéril quando a probabilidade de sobrevivência dos microrganismos que o contaminavam é menor do que 1:1.000.000. Nos estabelecimentos de saúde, os métodos de esterilização disponíveis para processamento de artigos no seu dia a dia são o calor, sob a forma úmida e seca, e os agentes químicos sob a forma líquida, gasosa e plasma.

#### **Vapor saturado sob pressão:**

Este processo está relacionado com o mecanismo de calor latente e o contato direto com o vapor, promovendo a coagulação das proteínas. Realizando uma troca de calor entre o meio e o objeto a ser esterilizado. Existe uma constante busca por modelos de autoclaves que permitam a máxima remoção do ar, com câmaras de auto vácuo, totalmente automatizadas.

#### **Autoclave Pré-Vácuo:**

Por meio da bomba de vácuo contida no equipamento, podendo ter um, três ou cinco ciclos pulsáteis, o ar é removido dos pacotes e da câmara interna, permitindo uma dispersão e penetração uniforme e mais rápida do vapor em todos os pacotes que contém a respectiva carga. Após a esterilização, a bomba a vácuo faz a sucção do vapor e da umidade interna da carga, tornando a secagem mais rápida e completando o ciclo. Os materiais submetidos à esterilização a vapor são liberados após checklist feito pelo auxiliar de enfermagem da área.

#### **Processos Químicos e Físicos- Químicos:**

Esterilizantes químicos cujos princípios ativos são autorizados pela Portaria nº. 930/92 do Ministério da Saúde são: aldeídos, ácido peracético e outros, desde que atendam a legislação específica. O Peróxido de hidrogênio (na forma gásplasma) e o óxido de etileno são processos físicoquímicos gasosos automatizados em baixa temperatura.

#### **Validação dos processos de esterilização de artigos:**

A validação é o procedimento documentado para a obtenção de registro e interpretação de resultados desejados para o estabelecimento de um processo, que deve consistentemente fornecer produtos, cumprindo especificações predeterminadas. A validação da esterilização precisa confirmar que a letalidade do ciclo seja suficiente para garantir uma probabilidade de sobrevida microbiana não superior a 10<sup>º</sup>.



### **Testes Químicos:**

Os testes químicos podem indicar uma falha em potencial no processo de esterilização por meio da mudança de sua coloração. Teste Bowie e Dick são realizados diariamente no primeiro ciclo de esterilização em autoclave fria, auto vácuo, com câmara fria e vazia.

### **Testes Biológicos:**

Os testes biológicos são os únicos que consideram todos os parâmetros de esterilização. A esterilização monitorada por indicadores biológicos utilizam monitores e parâmetros críticos, tais como temperatura, pressão e tempo de exposição e, cuja leitura é realizada em incubadora com método de fluorescência, obtendo resultado para liberação dos testes em três horas, trazendo maior segurança na liberação dos materiais. Os produtos são liberados quando os indicadores revelarem resultados negativos.

### **Controle de Qualidade do Ar**

Na área de lavagem e descontaminação, o sistema de ventilação será realizado por exaustão com pressão negativa de forma a evitar a disseminação dos microorganismos para as demais áreas. Nas áreas de preparo, esterilização, armazenagem e distribuição serão utilizadas o sistema de ar condicionado, com pressão positiva e controle de temperatura e umidade.

### **Embalagem**

Serão usados:

- Tecido de algodão;
- Papel grau cirúrgico;
- Papel crepado.

### **Manutenção**

Devem ser estabelecidos protocolos de manutenção preventiva, de acordo com a recomendação do fabricante dos equipamentos e em conjunto com a área de Engenharia e Manutenção da Unidade. O processo de validação das autoclaves deve ser realizado anualmente por empresa contratada pelo Instituto Esperança.

### **Fluxograma**

O fluxo de uma CME deve ser contínuo e unidirecional dos artigos evitando o cruzamento de artigos sujos com os limpos e esterilizados, bem como evitar que o trabalhador escalado para a área contaminada transite pelas áreas limpas e vice-versa, além disso, os acessos de pessoas devem se restringir aos profissionais da área.





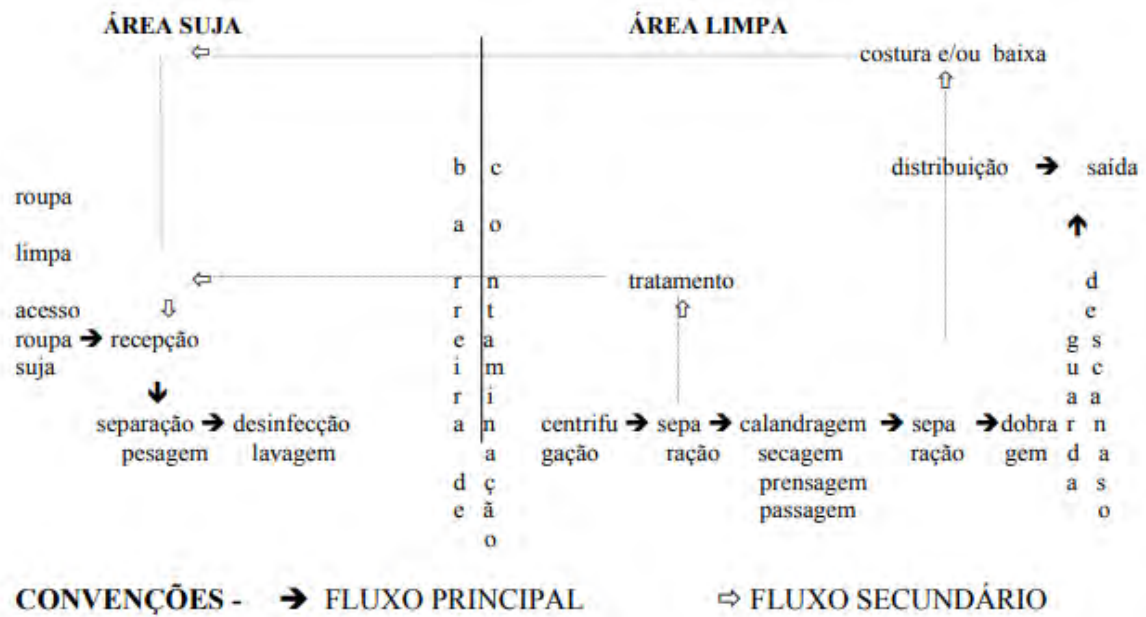
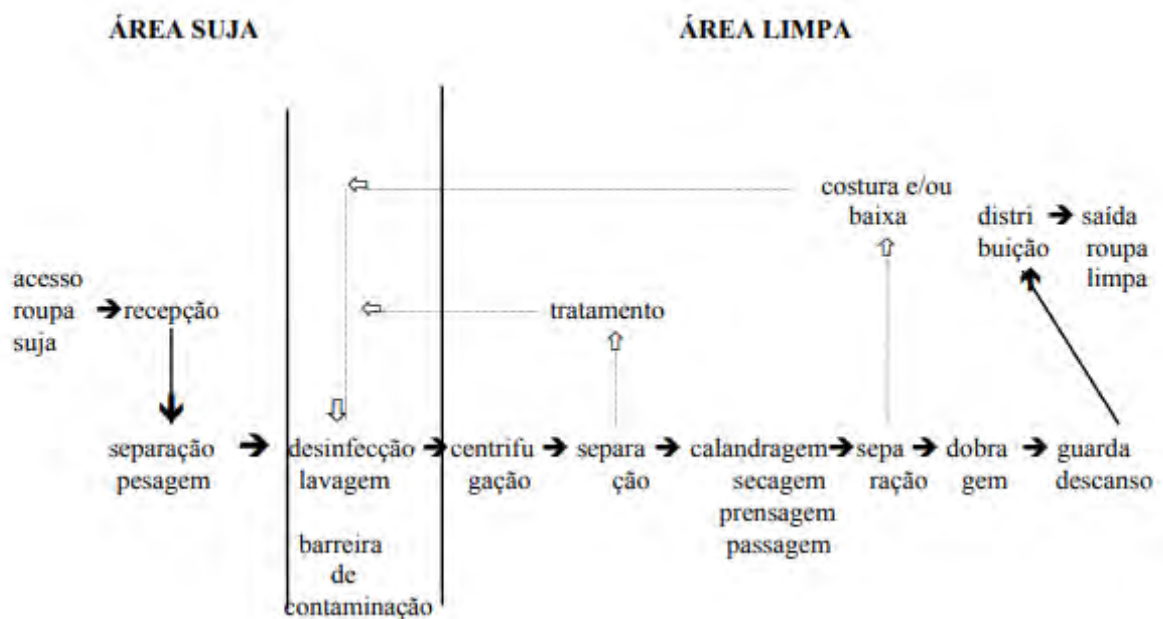


FIGURA 2 - Sistema de processamento da roupa na lavanderia utilizando área



Os equipamentos deverão ser encaminhados, seguindo este fluxo, de acordo com a infraestrutura disponível na unidade, ou de acordo com a contratação de empresa específica para este fim.

Optando-se pela realização do envio dos materiais para terceiros, deve-se obedecer ao seguinte:

- a. Realizar limpeza prévia do material;



- b. Empacotar todo material que deverá ser esterilizado em saco transparente;
- c. Identificar os pacotes com: nome da pessoa que fez o pacote e data e fechar o pacote com fita adesiva;
- d. Empacotar as peças dos circuitos de aspiração e inalação separadamente, cada peça em um pacote;
- e. Encaminhar o material para a esterilização nas datas e horários pré-estabelecidos pelo hospital ou local que realizará a esterilização;
- f. Protocolar a entrega de todo material que for para a esterilização, solicitando a assinatura de quem receberá no Hospital ou local responsável pelo serviço;
- g. Buscar materiais já esterilizados nas datas ou horários pré-estabelecidos pelo serviço;
- h. Conferir o material recebido para ter controle do material que está retornando.

### **Regras Gerais**

Os artigos compreendem instrumentos, objetos de natureza diversa, utensílios, acessórios de equipamentos e outros;

O manuseio de artigos requer que cada procedimento seja acompanhado da indicação do EPI específico, em relação à natureza do risco ao qual o profissional da saúde se expõe;

Os riscos estão relacionados aos materiais biológico, químico e térmico;

**A limpeza** de artigos é feita por: fricção mecânica, utilizando água e sabão, auxiliada por esponja, pano ou escova;

A **descontaminação** de artigos é feita por: fricção auxiliada por pano e álcool à 70%;

A **desinfecção** deve ser feita da seguinte forma: com uso de luvas, depois da limpeza com água e sabão, aplicar o produto desinfetante e deixar o tempo necessário, conforme anexo 5;

Para o **enxágue** após a limpeza e/ou desinfecção, a água deve ser potável e corrente;

**A secagem** objetiva evitar a interferência da umidade nos processos e produtos posteriores e deve ser feita de forma natural, não empregando tecido ou papel para secagem;

Para **estocagem**, após submeter os artigos ao processamento mais adequado conforme anexo 5, estocá-los em área separada, limpa, livre de poeiras, em armários fechados, preferencialmente;

### **Desinfecção de superfícies:**

- a). Com uso de luvas, retirar o excesso de carga contaminante em papel ou pano;
- b). Desprezar o papel ou pano em saco plástico de lixo infectante;
- c). Aplicar sobre a área atingida, hipoclorito (piso) ou álcool etílico a 70% (em outras superfícies) por 10 minutos, repetindo 3 vezes.



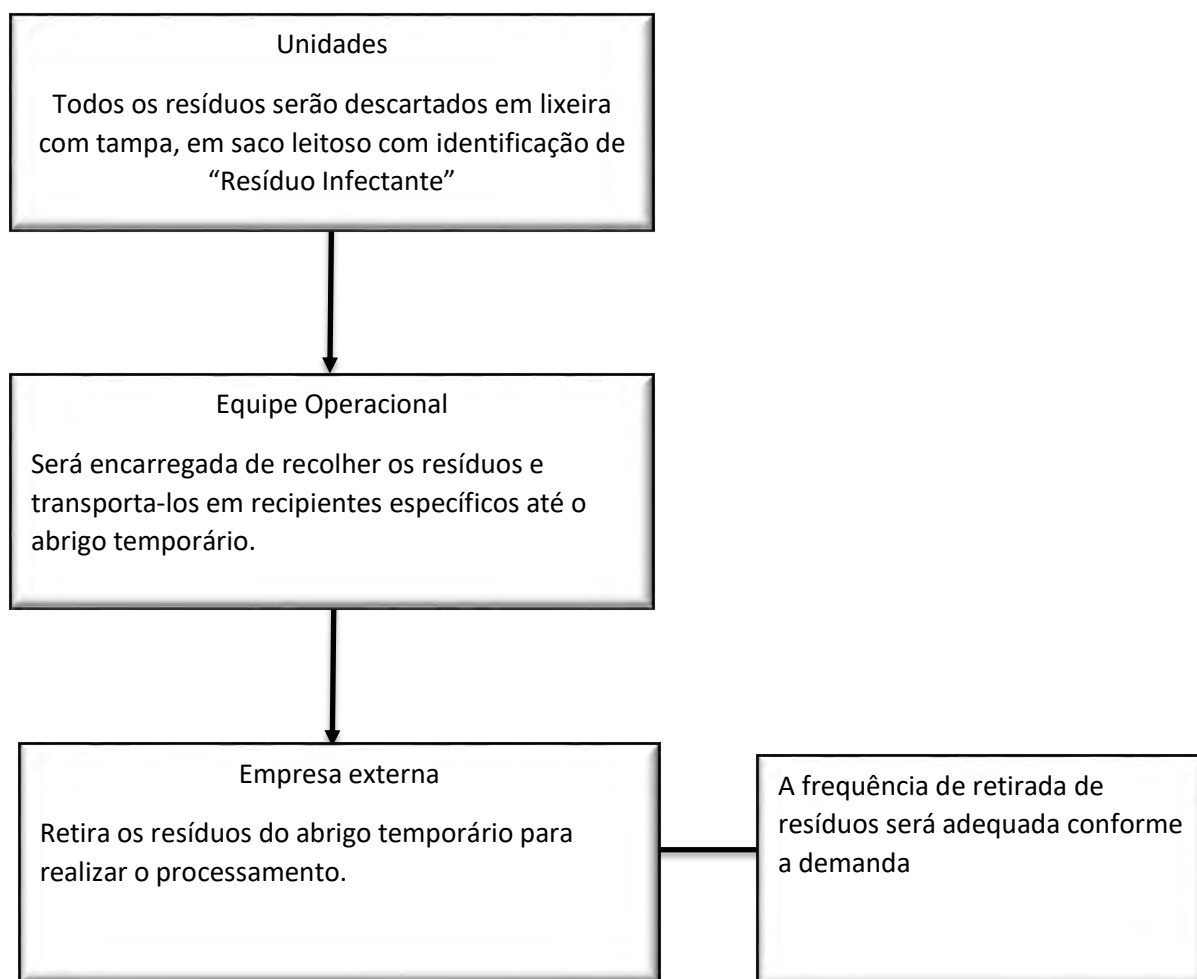
### 2.11. Protocolo para Resíduos de Saúde

*Aspectos, prevendo as ações da geração até a disposição final dos resíduos, incluindo as seguintes etapas: acondicionamento, identificação, transporte interno, armazenamento temporário.*

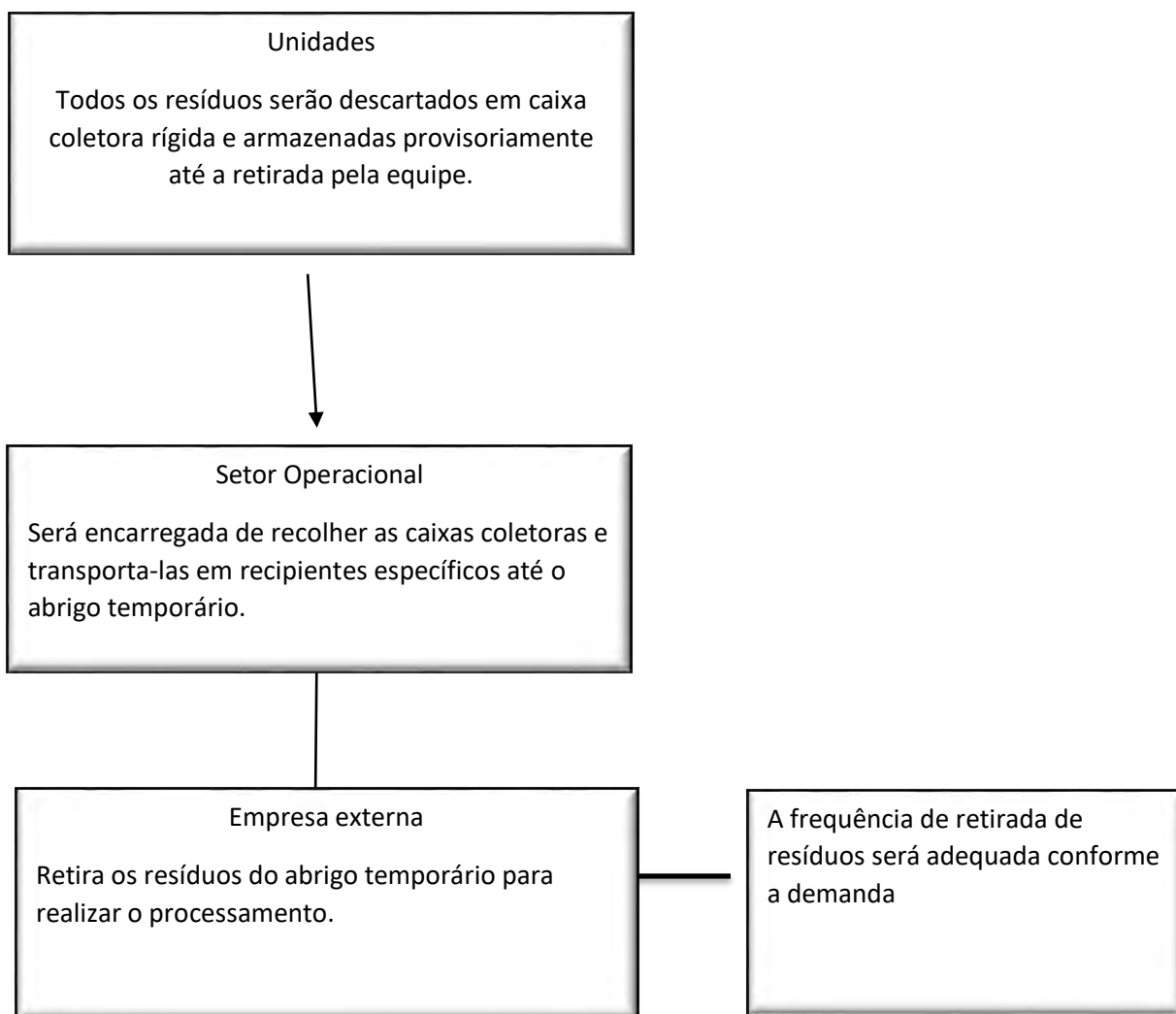
#### Fluxo Operacional para Resíduos

O fluxo de resíduos será realizado por pessoal treinado em carrinhos apropriados para o transporte de resíduo comum, infectante e perfurocortante. O processamento dos resíduos infectante e perfurocortantes serão realizados por empresa especializada com licença para o processamento dos resíduos;

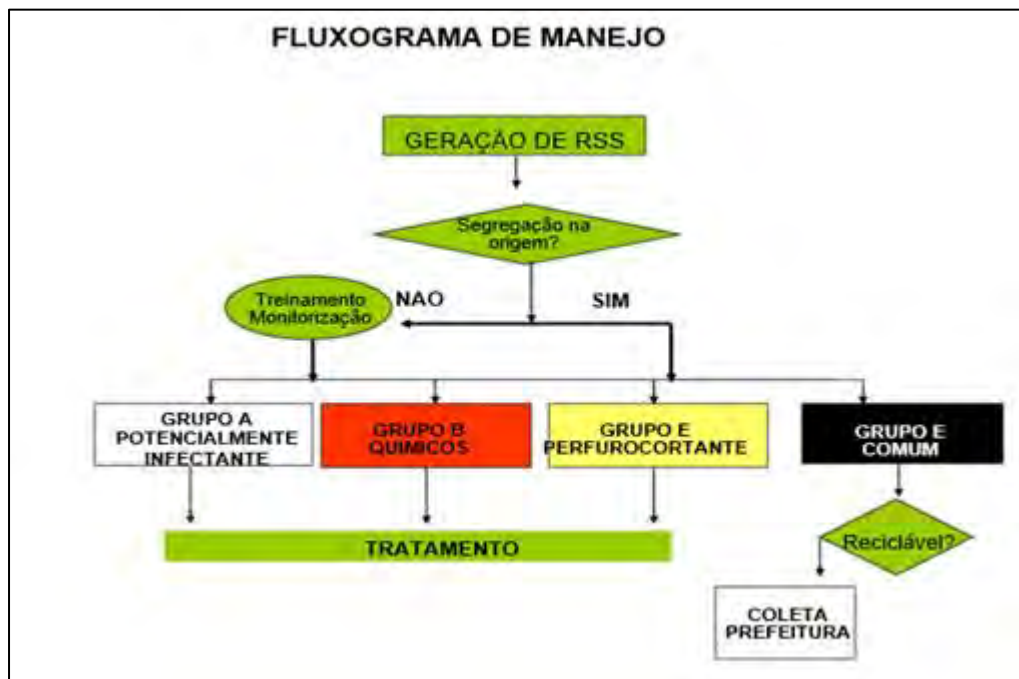
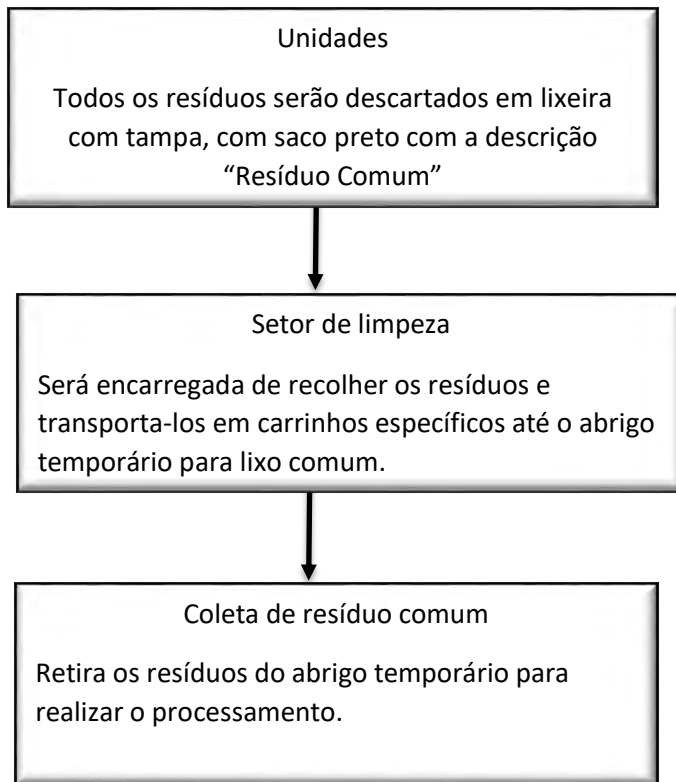
#### Fluxo de resíduos infectantes:



Fluxo de resíduos perfurocortante:



Fluxo de resíduos comum:



## Fluxo de resíduos de Saúde

ABNT NBR 16725/2011 Substância, mistura ou material remanescente de atividades de origem industrial, serviços de saúde, agrícola e comercial, a ser destinado conforme legislação ambiental vigente, tais como utilização em outro processo, reprocessamento/recuperação, reciclagem, coprocessamento, destruição térmica e aterro. Símbolo, descrição da classe ou subclasse de risco e exemplos Símbolo Classe ou Subclasse de Risco Exemplos

Subclasse 1.1 - Substâncias e artigos com risco de explosão em massa (uma explosão em massa é a que afeta virtualmente toda a carga, de maneira praticamente instantânea). Trinitroanilina Trinitroclorobenzeno Tritonal Trinitrotolueno (TNT), seco

Subclasse 1.2 - Substâncias e artigos com risco de projeção, mas sem risco de explosão em massa. Cartuchos para armas, projéteis inertes

Subclasse 1.3 - Substâncias e artigos com risco de fogo e com pequeno risco de explosão, de projeção, ou ambos, mas sem risco de explosão em massa. Esta Subclasse abrange substâncias e artigos que: a) produzem grande quantidade de calor radiante, ou b) queimam em sucessão, produzindo pequenos efeitos de explosão, de projeção, ou ambos. Picramato de sódio, seco ou umedecido com menos de 20% de água, em massa Propelente, líquido Dinitrofenolatos, metais alcalinos, secos ou umedecidos com menos de 15% de água, em massa

Subclasse 1.4 - Substâncias e artigos que não apresentam risco significativo. Esta Subclasse abrange substâncias e artigos que apresentam pequeno risco na eventualidade de ignição ou iniciação durante o transporte. Os efeitos estão confinados, predominantemente, à embalagem e não se espera projeção de fragmentos de dimensões apreciáveis ou a grande distância. Um fogo externo não deve provocar explosão instantânea de, virtualmente, todo o conteúdo da embalagem. Ácido tetrazol-1-acético rebites, explosivos

Subclasse 1.5 - Substâncias muito insensíveis, com um risco de explosão em massa, mas que são tão insensíveis que a probabilidade de iniciação ou de transição da queima para a detonação, em condições normais de transporte, é muito pequena. Substâncias explosivas, muito insensíveis, N.E.  
5

Subclasse 1.6 - Artigos extremamente insensíveis, sem risco de explosão em massa. Esta Subclasse abrange os artigos que contêm somente substâncias detonantes extremamente insensíveis e que apresentam risco desprezível de iniciação ou propagação acidental. Artigos explosivos, extremamente insensíveis

Subclasse 2.1 - Gases inflamáveis: gases que a 20°C e à pressão de 101,3kPa: a) são inflamáveis quando em mistura de 13% ou menos, em volume, com o ar; ou b) apresentam uma faixa de inflamabilidade com ar de, no mínimo, doze pontos percentuais, independentemente do limite inferior de inflamabilidade. A inflamabilidade deve ser determinada por ensaios ou através de cálculos, conforme métodos adotados pela ISO (ver Norma ISO 10156-1990). Quando os dados disponíveis forem insuficientes para a utilização desses métodos, podem ser adotados métodos comparáveis, reconhecidos por autoridade competente.

NOTA: os aerossóis (número ONU 1950) e os pequenos recipientes contendo gás (número ONU 2037) devem ser incluídos nesta Subclasse quando se enquadrarem no disposto na Provisão Especial nº 63. Butano Butileno Ciclopropano Cloreto de etila Cloreto de metila Deutério, comprimido Etano Éter dimetílico Hidrogênio, comprimido Isobutano Metano Propano Propileno Silano, comprimido



Subclasse 2.2 - Gases não-inflamáveis, não-tóxicos: são gases que transportados a uma pressão não-inferior a 280kPa, a 20°C, ou como líquidos refrigerados e que:

a) são asfixiantes: gases que diluem ou substituem o oxigênio normalmente existente na atmosfera; ou

b) são oxidantes: gases que, em geral, por fornecerem oxigênio, podem causar ou contribuir para a combustão de outro material mais do que o ar contribui; ou

c) não se enquadram em outra subclasse. Criptônio, comprimido Dióxido de carbono, líquido refrigerado Extintor de incêndio, contendo gás comprimido ou liquefeito Hélio, comprimido Hélio, líquido refrigerado Heptafluorpropano Hexafluoreto de enxofre Mistura de dióxido de carbono e óxido nitroso Neônio, comprimido Neônio, líquido refrigerado Nitrito de metila Nitrogênio, comprimido

Subclasse 2.3 - Gases tóxicos: Gases que: a) são sabidamente tão tóxicos ou corrosivos para pessoas, que impõem risco à saúde; ou b) supõe-se serem tóxicos ou corrosivos para pessoas, por apresentarem um valor da CL 50 para toxicidade aguda por inalação igual ou inferior a 5000 mL/m<sup>3</sup> quando ensaiados de acordo com o disposto no item II.1.1, do Anexo II.

NOTA: os gases que se enquadram nestes critérios por sua corrosividade devem ser classificados como tóxicos, com um risco subsidiário de corrosivo. Amônia, anidra Brometo de hidrogênio, anidro Brometo de metila Cianogênio Cloreto de hidrogênio, anidro Cloro gasoso Dióxido de enxofre Flúor, comprimido Fosfina Fosgênio Gás de carvão, comprimido Iodeto de hidrogênio, anidro Metilmercaptana Óxido nítrico, comprimido Sulfeto de carbonila Sulfeto de hidrogênio.

Subclasse 3 - Líquidos inflamáveis: Líquidos, misturas de líquidos, ou líquidos contendo sólidos em solução ou em suspensão (como tintas, vernizes, lacas etc., excluídas as substâncias que tenham sido classificadas de forma diferente, em função de suas características perigosas) que produzem vapores inflamáveis a temperaturas de até 60,5°C, em teste de vaso fechado, ou até 65,6°C, em teste de vaso aberto, conforme normas brasileiras ou normas internacionalmente aceitas. Acetaldeído Acetona Acetonitrila Benzeno Etanol Éter dietílico Formaldeído Heptano Hexano Metanol Óxido de propileno Piridina Propanol Tolueno Xilenos

Subclasse 3.1 - Sólidos Inflamáveis: Sólidos que nas condições encontradas no transporte são facilmente combustíveis, ou que, por atrito, podem causar fogo ou contribuir para ele. Esta Subclasse inclui, ainda, explosivos insensibilizados que podem explodir se não forem suficientemente diluídos e substâncias auto-reagentes ou correlatas, que podem sofrer reação fortemente exotérmica. Ácido pícrico (com, no mínimo, 30% de água, em massa) Enxofre Naftaleno, refinado Nitronaftaleno Paraformaldeído

Subclasse 3.2 - Substâncias Sujeitas a Combustão Espontânea: substâncias sujeitas a aquecimento espontâneo nas condições normais de transporte, ou que se aquecem em contato com o ar, sendo, então, capazes de se inflamarem; são as substâncias pirofóricas e as passíveis de auto-aquecimento. Carvão ativado Metóxido de sódio Sulfato de potássio, anidro Sulfeto de sódio anidro Tributílfosfano

Subclasse 3.3 - Substâncias que, em Contato com a Água, Emitem Gases Inflamáveis: substâncias que, por reação com a água, podem tornar-se espontaneamente inflamáveis ou liberar gases inflamáveis em quantidades perigosas. Nestas Instruções, emprega-se também a expressão "que reage com água" para designar as substâncias desta Subclasse. Boro-hidreto de sódio Fosfeto de cálcio Hidreto de cálcio Potássio metálico Sódio metálico



Subclasse 4.1 - Substâncias Oxidantes: substâncias que, embora não sendo necessariamente combustíveis, podem, em geral por liberação de oxigênio, causar a combustão de outros materiais ou contribuir para isto. Ácido perclórico Bromato de potássio Bromato de sódio Clorato de potássio Clorito de sódio Permanganato de potássio Peróxido de hidrogênio Peróxido de sódio Persulfato de potássio

Subclasse 4.2 - Peróxidos Orgânicos: substâncias orgânicas que contêm a estrutura bivalente – O – O – e podem ser consideradas derivadas do peróxido de hidrogênio, onde um ou ambos os átomos de hidrogênio foram substituídos por radicais orgânicos. Peróxidos orgânicos são substâncias termicamente instáveis e podem sofrer uma decomposição exotérmica auto-acelerável.

Além disso, podem apresentar uma ou mais das seguintes propriedades: ser sujeitos a decomposição explosiva; queimar rapidamente; ser sensíveis a choque ou a atrito; reagir perigosamente com outras substâncias; causar danos aos olhos. Peracetato de t-butila Peróxido de acetilacetona Peróxido de benzoíla Grupos de Embalagem I e II Grupo de Embalagem III

Subclasse 5. - Substâncias Tóxicas (Venenosas): são as capazes de provocar a morte, lesões graves, ou danos à saúde humana, se ingeridas, inaladas ou se entrarem em contato com a pele.

Subclasse 5.1, inclusive pesticidas, podem ser distribuídos em três grupos de embalagem: Grupo I - substâncias e preparações que apresentam um risco muito elevado de envenenamento; Grupo II - substâncias e preparações que apresentam sério risco de envenenamento; Grupo III - substâncias e preparações que apresentam um risco de envenenamento relativamente baixo.

Na classificação de um produto, devem ser levados em conta casos conhecidos de envenenamento acidental de pessoas, bem como quaisquer propriedades especiais do produto, tais como estado líquido, alta volatilidade, probabilidade de penetração e efeitos biológicos especiais.

Na ausência de informações quanto ao efeito sobre seres humanos, devem ser feitos experimentos com animais, segundo três vias de administração: ingestão oral, contato com a pele e inalação de pó, neblina ou vapor. Acrilamida Anilina Benzidina Cianeto de potássio Cloreto de benzila Cloreto de bário Cloreto mercurioso Clorofórmio Fenol Hidroquinona Nitrobenzeno Oxalato de potássio

Classe 8 - Substâncias corrosivas. São substâncias que, por ação química, causam severos danos quando em contato com tecidos vivos ou, em caso de vazamento, danificam ou mesmo destroem outras cargas ou o veículo; elas podem, também, apresentar outros riscos. Cloreto de ferro Clorito de sódio Etilenodiamina Ácidos clorídrico fórmico fosfomolibdico fosfomolibdico fosfórico, nítrico sulfúrico, Hidróxidos de cálcio, lítio, potássio, rubídio, sódio Classe 9 - Substâncias perigosas diversas. Incluem-se nesta Classe as substâncias e artigos que durante o transporte apresentam um risco não abrangido por qualquer das outras classes. Ácido 2-tiobarbitúrico Amianto azul Benzaldeído Bifenilas policloradas Dietanolamina Dióxido de carbono, sólido (gelo seco) Fontes: Resolução N° 420, da ANTT; Tabela de produtos perigosos e números ONU; Classificação e definição das classes de produtos perigosos; Modelos dos elementos indicativos de risco.

### **Comissão de Gerenciamento de Resíduos em Serviço de Saúde.**

A Comissão de Gerenciamento de Resíduos em Serviços de Saúde (CGRSSS) é a comissão criada para atuar na Unidade, estruturada e organizada de acordo com a legislação em vigor, a partir de um plano de gerenciamento, com fim precípua de preservação da saúde pública e do meio ambiente.





Tendo pleno conhecimento que seremos geradores de resíduos de saúde, com referência à Resolução RDC n.º 306, de 07 de dezembro de 2004 (D.O.U de 10/12/2004), e as normas do CONAMA Resolução n.º 358, de 29 de abril de 2005, propomos um Regulamento Técnico para o Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde - Diretrizes Gerais, baseada nos princípios da vigilância sanitária que consiste em detectar riscos e tomar medidas que eliminem, previnam ou minimizem esses riscos. Os procedimentos definidos concentram seu foco no risco do resíduo propriamente dito, na sua capacidade de transmitir Infecção ou de contaminar, decorrente de acidentes ocupacionais ou de seu manejo indevido. Todas as decisões estão baseadas na premissa da existência de destinos ambientalmente seguros escolhidos por critérios rígidos, onde é de nossa inteira responsabilidade a garantia das operações em condições de segurança ocupacional. Bem como a observância da NR32 segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde portaria MTE nº485 de 11 de novembro de 2005 (DOU de 16/11/2005 seção I)

#### **Cronograma/Objetivos da Comissão:**

- Implementar, manter e avaliar Plano de Gerenciamento de Resíduo da Unidade, adequado às características e necessidades da instituição, contemplando, no mínimo, ações relativas a: Adequação, implementação e supervisão das normas e rotinas técnico- operacionais, visando à prevenção e controle dos resíduos hospitalares;
- Capacitação do quadro de funcionários e profissionais da instituição, no que diz respeito à prevenção e controle dos resíduos hospitalares;
- Avaliar, periódica e sistematicamente, as informações providas pelo Sistema de Higienização e Limpeza e aprovar as medidas de controle propostas pela CGRSSS;
- Elaborar e divulgar, regularmente e comunicar, periodicamente, à diretoria geral da instituição, a situação do controle dos resíduos;
- Elaborar, implantar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico-operacionais, visando a redução de resíduos perigosos e incidência de acidentes ocupacionais a saúde pública e meio ambiente;
- Cooperar com a Comissão de Educação Permanente, com vistas a obter capacitação adequada do quadro de funcionários e profissionais, no que diz respeito a prevenção e redução dos riscos ao meio ambiente por meio do Gerenciamento de Risco criado pela Unidade;
- Aprovar regimento interno para a CGRSSS;
- Cooperar com a ação dos órgãos de gestão do meio ambiente a nível municipal, estadual e federal, bem como fornecer, prontamente, as informações solicitadas pelas autoridades competentes.

Conforme a Resolução da Diretoria Colegiada, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária/ANVISA - RDC Nº 306, de 7 de dezembro de 2004, o gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde (RSS) é constituído por um conjunto de procedimentos de gestão. Estes procedimentos são planejados e implementados a partir de bases científicas e técnicas, normativas e legais, com o objetivo de minimizar a produção de resíduos de serviços de saúde e proporcionar aos resíduos gerados, um



encaminhamento seguro, de forma eficiente, visando à proteção dos trabalhadores, a preservação da saúde pública, dos recursos naturais e do meio ambiente.

O gerenciamento inicia pelo planejamento dos recursos físicos e dos recursos materiais necessários, culminando na capacitação dos recursos humanos envolvidos.

Todo laboratório gerador deve elaborar um Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde - PGRSS, baseado nas características dos resíduos gerados.

O PGRSS a ser elaborado deve ser compatível com as normas federais, estaduais e municipais, e ainda deve estar de acordo com os procedimentos institucionais de Biossegurança, relativos à coleta, transporte e disposição final.

## **Manejo**

O manejo dos resíduos de serviços de saúde é o conjunto de ações voltadas ao gerenciamento dos resíduos gerados. Deve focar os aspectos intra e extra estabelecimento, indo desde a geração até a disposição final, incluindo as seguintes etapas:

### **1 – Segregação**

Consiste na separação dos resíduos no momento e local de sua geração, de acordo com as características físicas, químicas, biológicas, o seu estado físico e os riscos envolvidos.

### **2 – Acondicionamento**

Consiste no ato de embalar os resíduos segregados, em sacos ou recipientes que evitem vazamentos e resistam às ações de punctura e ruptura. A capacidade dos recipientes de acondicionamento deve ser compatível com a geração diária de cada tipo de resíduo.

Os resíduos sólidos devem ser acondicionados em sacos resistentes à ruptura e vazamento e impermeáveis, de acordo com a NBR 9191/2000 da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). Deve ser respeitado o limite de peso de cada saco, além de ser proibido o seu esvaziamento ou reaproveitamento.

Colocar os sacos em coletores de material lavável, resistente ao processo de descontaminação utilizado pelo laboratório, com tampa provida de sistema de abertura sem contato manual, e possuir cantos arredondados.

Os resíduos perfuro cortantes devem ser acondicionados em recipientes resistentes à punctura, ruptura e vazamento, e ao processo de descontaminação utilizado pelo laboratório.

### **3 – Identificação**

Esta etapa do manejo dos resíduos, permite o reconhecimento dos resíduos contidos nos sacos e recipientes, fornecendo informações ao correto manejo dos RSS.



Os sacos de acondicionamento, os recipientes de coleta interna e externa, os recipientes de transporte interno e externo, e os locais de armazenamento devem ser identificados de tal forma a permitir fácil visualização, de forma indelével, utilizando-se símbolos, cores e frases, atendendo aos parâmetros referendados na norma NBR 7.500 da ABNT, além de outras exigências relacionadas à identificação de conteúdo e ao risco específico de cada grupo de resíduos.

O Grupo A de resíduos é identificado pelo símbolo internacional de risco biológico, com rótulos de fundo branco, desenho e contornos pretos.

O Grupo B é identificado através do símbolo de risco associado, de acordo com a NBR 7500 da ABNT e com discriminação de substância química e frases de risco.

O Grupo C é representado pelo símbolo internacional de presença de radiação ionizante (trifólio de cor magenta) em rótulos de fundo amarelo e contornos pretos, acrescido da expressão “Rejeito Radioativo”.

O Grupo E possui a inscrição de RESÍDUO PERFUROCORTANTE, indicando o risco que apresenta o resíduo.

#### **4 - Transporte Interno**

Esta etapa consiste no traslado dos resíduos dos pontos de geração até local destinado ao armazenamento temporário ou armazenamento externo com a finalidade de apresentação para a coleta.

O transporte interno de resíduos deve ser realizado atendendo roteiro previamente definido e em horários não coincidentes com a distribuição de roupas, alimentos e medicamentos, períodos de visita ou de maior fluxo de pessoas ou de atividades. Deve ser feito separadamente de acordo com o grupo de resíduos e em recipientes específicos a cada grupo de resíduos.

Os carros para transporte interno devem ser constituídos de material rígido, lavável, impermeável, resistente ao processo de descontaminação determinado pelo laboratório, provido de tampa articulada ao próprio corpo do equipamento, cantos e bordas arredondados, e identificados com o símbolo correspondente ao risco do resíduo neles contidos. Devem ser providos de rodas revestidas de material que reduza o ruído. Os recipientes com mais de 400 L de capacidade devem possuir válvula de dreno no fundo. O uso de recipientes desprovidos de rodas deve observar os limites de carga permitidos para o transporte pelos trabalhadores, conforme normas reguladoras do Ministério do Trabalho e Emprego.

#### **5 - Armazenamento Temporário**

Consiste na guarda temporária dos recipientes contendo os resíduos já acondicionados, em local próximo aos pontos de geração, visando agilizar a coleta dentro do estabelecimento e otimizar o deslocamento entre os pontos geradores e o ponto destinado à apresentação para coleta externa. Não pode ser feito armazenamento temporário com disposição direta dos sacos sobre o piso, sendo obrigatória a conservação dos sacos em recipientes de acondicionamento.

O armazenamento temporário pode ser dispensado nos casos em que a distância entre o ponto de geração e o armazenamento externo justifiquem.



A área destinada à guarda dos carros de transporte interno de resíduos deve ter pisos e paredes lisas, laváveis e resistentes ao processo de descontaminação utilizado. O piso deve, ainda, ser resistente ao tráfego dos carros coletores. Deve possuir ponto de iluminação artificial e área suficiente para armazenar, no mínimo, dois carros coletores, para traslado posterior até a área de armazenamento externo. Quando a sala for exclusiva para o armazenamento de resíduos, deve estar identificada como “Sala de Resíduos”.

Não é permitida a retirada dos sacos de resíduos de dentro dos recipientes ali estacionados.

Os resíduos de fácil putrefação que venham a ser coletados por período superior a 24 horas de seu armazenamento, devem ser conservados sob refrigeração, e quando não for possível, serem submetidos a outro método de conservação.

O armazenamento de resíduos químicos deve atender à NBR 12235 da ABNT.

## **6 – Tratamento**

O tratamento preliminar consiste na descontaminação dos resíduos (desinfecção ou esterilização) por meios físicos ou químicos, realizado em condições de segurança e eficácia comprovada, no local de geração, a fim de modificar as características químicas, físicas ou biológicas dos resíduos e promover a redução, a eliminação ou a neutralização dos agentes nocivos à saúde humana, animal e ao ambiente.

Os sistemas para tratamento de resíduos de serviços de saúde devem ser objeto de licenciamento ambiental, de acordo com a Resolução CONAMA nº. 237/1997 e são passíveis de fiscalização e de controle pelos órgãos de vigilância sanitária e de meio ambiente.

O processo de esterilização por vapor úmido, ou seja, autoclavagem, não de licenciamento ambiental. A eficácia do processo deve ser feita através de controles químicos e biológicos, periódicos, e devem ser registrados.

Os sistemas de tratamento térmico por incineração devem obedecer ao estabelecido na Resolução CONAMA nº. 316/2002.

## **7 - Armazenamento Externo**

Consiste na guarda dos recipientes de resíduos até a realização da etapa de coleta externa, em ambiente exclusivo com acesso facilitado para os veículos coletores. Neste local não é permitido a manutenção dos sacos de resíduos fora dos recipientes ali estacionados.

## **8 – Coleta e Transporte Externos**

Consistem na remoção dos RSS do abrigo de resíduos (armazenamento externo) até a unidade de tratamento ou disposição final, utilizando-se técnicas que garantam a preservação das condições de acondicionamento e a integridade dos trabalhadores, da população e do meio ambiente, devendo estar de acordo com as orientações dos órgãos de limpeza urbana.

A coleta e transporte externos dos resíduos de serviços de saúde devem ser realizados de acordo com as normas NBR 12.810 e NBR 14652 da ABNT.



## 9 - Disposição Final

Consiste na disposição de resíduos no solo, previamente preparado para recebê-los, obedecendo a critérios técnicos de construção e operação, e com licenciamento ambiental de acordo com a Resolução CONAMA nº.237/97.

### 2.12. Satisfação do Usuário

*Descrição do método de mensuração e avaliação do nível de satisfação do usuário, incluindo: frequência de avaliação do nível de satisfação do usuário; sistemática de ações corretivas, percentual de atendimentos avaliados.*

## Apresentação

A Pesquisa de Satisfação dos Usuários, tem por objetivo avaliar a percepção de satisfação dos usuários sob gestão do IESP com vistas ao aprimoramento da qualidade do atendimento, buscando estabelecer um canal direto de comunicação com o usuário SUS, por meio do qual é possível obter informações úteis para conhecimento da qualidade dos serviços de saúde do sistema, auxiliar no aperfeiçoamento da gestão pública da saúde, na capacidade de tomada de decisões dos gerentes e gestores públicos e, assim, melhorar as características do atendimento prestado pelo setor público de saúde aos cidadãos.

A Pesquisa de Satisfação dos Usuários terá um caráter qualitativo, em que será realizada por meio entrevista pessoal de uma amostragem aleatória de pacientes, como também, disponibilizada para ser preenchida pelo usuário.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005), satisfação do usuário é a “condição que se percebe nos pacientes, no âmbito da saúde, consubstanciada em um contentamento advindo da realização de suas expectativas em relação à atenção sanitária recebida.” De um modo geral, embora não haja um referencial teórico estável e consensual sobre esse conceito (ESPERIDIÃO & TRAD, 2006), a satisfação dos usuários é considerada um aspecto central para a avaliação de serviços e sistemas de saúde.

## Problematização

Mas será que uma avaliação subjetiva dos serviços de saúde prestados fornece informações relevantes para auxiliar no aperfeiçoamento da gestão pública da saúde? E como se pode utilizar esta avaliação como ferramenta de gestão?

Com o relato desta experiência pretende-se divulgar e discutir junto aos Gestores quais as problemáticas mais encontradas na pesquisa, as quais servirão para o subsidiar a melhoria contínua da gestão em saúde.

## Estratégias de elaboração



Os questionários possuem um conteúdo com poucas questões simples, pontuais e padronizadas, contemplando avaliação das instalações físicas, qualidade do atendimento recebido pelos diversos profissionais envolvidos e avaliação do tempo de espera.

Alguns critérios serão adotados na elaboração das questões e categorias de resposta:

- O questionário será resumido, porém substancial.
- As perguntas são claras para os entrevistados e relevantes para a gestão.
- Cada questão é aplicável a todos os grupos de usuários, de forma que todas as perguntas sejam respondidas por qualquer entrevistado.
- As perguntas têm conteúdo semânticos diferentes, de forma a evitar ambiguidades e duplicidades.

O questionário avalia aspectos relacionados à estrutura, atendimento e avaliação geral do hospital, que apontam questões relacionadas a cinco dimensões da prestação de serviços passíveis de avaliação por parte dos públicos alvos (BRASIL, 2013).

Os aspectos utilizados e dimensões relacionadas no questionário dizem respeito à avaliação das instalações e materiais usados durante a provisão do serviço: aparência física das instalações, limpeza e conservação dos equipamentos, aparência do pessoal, materiais usados, conforto dos móveis, das salas de espera, dos escritórios, etc.

Os Aspectos tangíveis dizem respeito à avaliação das instalações e materiais usados durante a provisão do serviço: aparência física das instalações, limpeza e conservação dos equipamentos, aparência do pessoal, materiais usados, conforto dos móveis, das salas de espera, dos escritórios, etc.

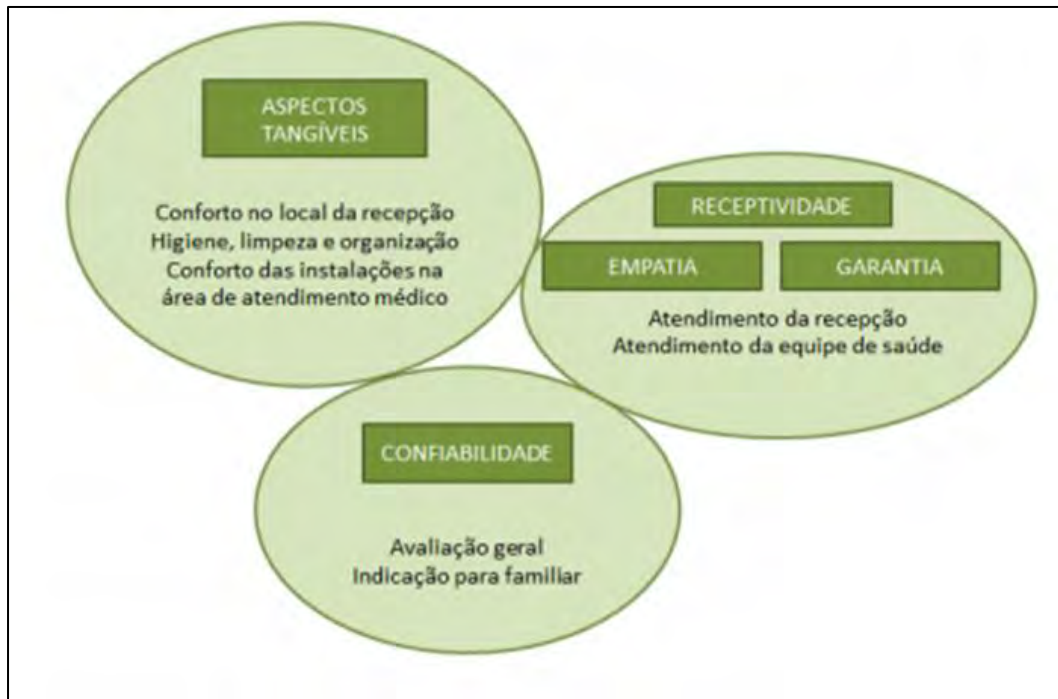
A Confiabilidade refere-se à capacidade da instituição executar seus serviços de forma confiável e precisa, de acordo com o que foi estabelecido ou prometido.

A Receptividade corresponde ao interesse e vontade do atendente em auxiliar e atender os públicos alvos.

A Garantia conhecimento e cortesia dos funcionários de uma organização e sua capacidade de inspirar confiança nos públicos alvos. Essa dimensão agregou quatro das características iniciais da prestação de serviços: competência, cortesia, credibilidade e segurança.

A Empatia corresponde ao cuidado e atenção individualizados dados pelos funcionários aos públicos alvos. A empatia inclui três das características iniciais da prestação de serviços: acesso, comunicação e entendimento.





Aspectos utilizados e dimensões relacionadas no questionário da pesquisa.

### **Estratégias de execução**

Instrumento de pesquisa: questionário estruturado

A opção por um questionário estruturado se deve às vantagens que apresenta tanto sob o ponto de vista de aplicação, por sua simplicidade e baixo custo, quanto na análise, pela possibilidade de padronizar as informações, facilitando o processo.

Todos os colaboradores que participarão na aplicação da pesquisa serão treinados em relação à abordagem e orientação ao usuário, garantindo aos entrevistados a cordialidade necessária, a clareza sobre o motivo da pesquisa/orientação/informação, e a transparência de todo processo.

A aplicação do questionário com relação à realização das entrevistas e a execução da Pesquisa será de responsabilidade da área técnica e pedagógica do Instituto Esperança pelo caráter pedagógico, instrumental e estratégico;

Serão entrevistados usuários nas áreas de Urgência e Emergência, Internação e Ambulatório.

Com relação ao tipo de amostra, optou-se pela amostragem por proporções, utilizada para a determinação do tamanho da amostra para populações finitas. Com relação à periodicidade, a pesquisa será aplicada em dois ciclos no ano vigente, conforme cronograma estabelecido.

As questões sobre a abordagem dos usuários, destacam-se alguns aspectos sobre a estratégia de comunicação com o usuário durante a coleta de dados (BRASIL, 2013), sendo uma etapa fundamental para a Pesquisa de Satisfação:

- Na abordagem inicial dos usuários, é importante explicar o que se quer fazer com a pesquisa, o seu objetivo. Além disso, ressaltar a importância da participação de cada um e das informações prestadas para a melhoria do serviço.



- Garantir o caráter confidencial das informações prestadas. É necessário explicar que as informações não serão usadas individualmente, mas apenas em seu conjunto, para estabelecer padrões gerais.
- É importante informar o tempo de entrevista (no máximo 5 minutos), inclusive como elemento de convencimento dos usuários.
- Evitar a solicitude de ajudar os entrevistados a responder o questionário. Esse tipo de comportamento pode induzir, mesmo que não intencionalmente, as respostas de seu entrevistado.
- O entrevistador não deve dar “dicas” para o entrevistado, opinar ou discutir as opiniões dos seus respondentes. Quando um entrevistado demonstra dúvida ou má compreensão, o entrevistador deve simplesmente repetir a pergunta integralmente.
- Na medida do possível, devem-se padronizar os procedimentos da entrevista, desde a seleção do entrevistado até a forma de abordar o usuário e a forma de fazer as perguntas.

### **Resumidamente**

1. A pesquisa deverá ser realizada de forma amostral e aleatória; incluindo pacientes dos dois sexos e Independentemente da patologia apresentada;
2. Serão excluídos menores de 18 anos;
3. E todos os pacientes entrevistados, devem assinar o termo de consentimento livre e esclarecido;
4. Para avaliar o nível de satisfação dos pacientes será utilizado o “Questionário sobre a satisfação dos usuários”;
5. Para a coleta de dados, teremos duas maneiras de aplicação da pesquisa:
  - a) A primeira, os pacientes serão abordados por um dos pesquisadores durante o horário em que os pacientes não estiverem sendo atendidos, ou seja, antes ou após o atendimento. A aplicação será realizada em dos períodos do ano, ou seja, semestralmente.
  - b) e a segunda maneira, a pesquisa estará à disposição dos usuários para serem preenchidas e depositadas nas Urnas, durante a sua permanência na Unidade. Não haverá limitação de prazo para esta modalidade, ou seja, será contínua e permanente.
6. Os pacientes deverão ser orientados a fazer perguntas ao pesquisador caso necessitem de alguma orientação ou não tenham entendido alguma informação do questionário, e os pesquisadores ficaram à disposição para eventuais esclarecimentos;
7. Os pacientes devem, ainda, ser orientados a não levar o questionário para outro local, respondendo na própria Unidade de Saúde;
8. Para os trabalhadores, a pesquisa segue a mesma metodologia aplicada aos usuários.
9. Os dados serão analisados de forma qualitativa e será feita análise estatística descritiva.

### **Metodologia de análise**





Com relação à amostra, seguem algumas ponderações: Amostragem é o estudo de um pequeno grupo de elementos retirado de uma população que se pretende conhecer. Trata-se de uma técnica de pesquisa na qual um sistema preestabelecido de amostras é considerado idôneo para representar o universo pesquisado, com margem de erro aceitável, trabalhando-se com 95% de confiança, isto é, se fizermos a pesquisa 100 vezes, em 95 encontraríamos o mesmo resultado. O erro aceitável foi de 5%.

Para assegurar um menor erro amostral, é muito importante que a amostra seja aleatória. Os entrevistadores deverão ser treinados para minimizar esse erro. Amostragem aleatória é uma técnica que visa a assegurar que a probabilidade de escolha de cada um seja igual à probabilidade de seleção de qualquer outro na mesma população, de modo que todos – e qualquer um dos componentes da população – tenham a mesma probabilidade de participar da pesquisa.

### **Cronograma – Pesquisa de Satisfação**

#### **Modalidade: Entrevistados**

ETAPAS	PERÍODOS	
	1º semestre	2º semestre
Publicação do material de da Pesquisa	1º mês	7º mês
Treinamento dos participantes/entrevistadores	1º/2º mês	7º/8º mês
Início da Aplicação do Questionário	3º/4º mês	9º/10º mês
Término da Aplicação do Questionário	4º mês	10º mês
Geração de Resultados/Elaboração do Relatório	4º/5º mês	10º/11º mês
Apresentação dos Resultados aos Gestores	5º mês	11º mês
Reunião de Análise Crítica da Pesquisa	5º mês	11º mês

### **Cronograma – Pesquisa de Satisfação**

#### **Modalidade: O usuário solicita e preenche espontaneamente a pesquisa.**

ETAPAS	PERÍODO ANUAL
Disponibilização do Material da Pesquisa	1º mês ao 12º mês do ano

### **Modelo de Pesquisa de Satisfação dos Usuários**

#### **Apresentação:**

Olá,

Sou pesquisador e gostaria de contar com a atenção do(a) senhor(a), por alguns segundos, para responder rapidamente seis perguntas simples sobre a sua opinião em relação ao atendimento.



Peço, por favor, que o(a) senhor(a) sinta-se bem à vontade para dar a sua opinião sincera. A pesquisa é anônima e sua opinião vai nos ajudar muito na melhoria do serviço.

DATA DO ATENDIMENTO: \_\_\_\_\_

NÚMERO DO CHAMADO: \_\_\_\_\_

NOME DO ENTREVISTADO: \_\_\_\_\_

PREFIXO VTR: \_\_\_\_\_

DATA DA PESQUISA: \_\_\_\_\_

HORÁRIO DA PESQUISA: \_\_\_\_\_

NOME DO PESQUISADOR: \_\_\_\_\_

NOME DA EQUIPE: \_\_\_\_\_

CLASSIFICAÇÃO DO CHAMADO:



**ATENDIMENTO DA(O) TELEFONISTA?:**  
Como o sr(a). sentiu-se em relação ao atendimento do telefonista?

ÓTIMO  BOM  REGULAR

**ATENDIMENTO DA(O) MÉDICA(O)?:**  
Como o sr(a). sentiu-se em relação ao atendimento do médico?

ÓTIMO  BOM  REGULAR

**TEMPO DE CHEGADA DA AMBULÂNCIA?:**  
Como o sr(a). sentiu-se em relação ao tempo de chegada da ambulância?

ÓTIMO  BOM  REGULAR

**ATENDIMENTO DA EQUIPE DA AMBULÂNCIA?:**  
Como o sr(a). sentiu-se em relação ao atendimento da equipe da ambulância?

ÓTIMO  BOM  REGULAR

**TRANSPORTE DENTRO DA AMBULÂNCIA?:**  
Como o sr(a). sentiu-se em relação ao transporte dentro da ambulância?

ÓTIMO  BOM  REGULAR

**RECEPÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE?**  
Como o sr(a). sentiu-se em relação a recepção da Unidade de Saúde?

ÓTIMO  BOM  REGULAR

**SATISFAÇÃO FINAL DO SOLICITANTE/PACIENTE**  
O sr(a). indicaria o SAMU para algum familiar?

SIM  TALVEZ  NÃO

**COMENTÁRIOS EXTRAS COM CRÍTICAS, SUGESTÕES OU ELOGIOS REALIZADOS PELO SOLICITANTE/PACIENTE:**




### 2.13. Serviço de Atendimento ao Usuário

*Processo de implantação com forma de coleta, documentos utilizados, processo de apuração, proposta das formas e meios de resolução, atendimento pós-cena.*

#### **Apresentação**

É um serviço que atua na defesa dos direitos e interesses dos usuários, contra atos e omissões cometidos tanto pela Instituição, Estado ou pelos Municípios. Visa garantir eficiência e crescente compromisso com a assistência prestada, além de ampliar o espaço participativo do usuário nos processos de organização do trabalho institucional.

O SAU é também responsável pela Pesquisa de Satisfação do Usuário que, por meio de questionários aplicados nas Unidades de Prontos Atendimentos, buscando avaliar a qualidade dos serviços prestados através da opinião dos usuários.

#### **Atuação do SAU**

O SAU contará com sala própria localizada na Unidade juntamente com o Serviço Social, o que garantirá a efetividade dos encaminhamentos à diretoria e equipe envolvida.

Todas as manifestações serão documentadas e analisadas, contribuindo diretamente para avanços nos processos de trabalho, sendo o manifestante informado sobre as providências efetivadas.

Como fazer elogios, sugestões ou reclamações: É possível se manifestar das seguintes formas: pessoalmente; por e-mail; por telefone; por escrito, através dos impressos disponíveis nas caixas de sugestões colocadas em diversos setores da Unidade.

Ainda, o serviço é responsável pela Pesquisa de Satisfação do Usuário, que por meio de questionário estruturado aplicado para toda a Unidade, avaliará a qualidade do serviço prestado sob a ótica dos usuários do SUS.

#### **Protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e dos coletivos**

O trabalho implica na produção de si e na produção do mundo, das diferentes realidades sociais, ou seja, econômicas, políticas, institucionais e culturais;

As mudanças na gestão e na atenção ganham maior efetividade quando produzidas pela afirmação da autonomia dos sujeitos envolvidos, que contratam entre si responsabilidades compartilhadas nos processos de gerir e de cuidar.

Assim, dialogar com o paciente é uma premissa básica para um atendimento eficiente. Infelizmente, alguns profissionais não têm isso como prioridade e acabam padronizando seus contatos.

Sabemos que é impossível lembrar de cada indivíduo, cada problema que ele teve, entre outras coisas. Entretanto, não custa, talvez, anotar essas informações para estreitar as relações com os pacientes.



É interessante para quem é atendido saber que alguém está dando atenção a ele num momento difícil. Muitas vezes, só de ser ouvida, a pessoa já se sente mais aliviada e o tratamento flui de forma mais tranquila e confiante.

É preciso lembrar que o paciente é o protagonista do mercado da saúde. Deve-se, portanto, considerar seus pontos de vista, suas necessidades e seus anseios para promover um melhor atendimento.

Ele quer ter a certeza de que será atendido de forma satisfatória, e que todos os seus problemas serão resolvidos ou o mais rápido possível. Lembre-se: o tom de voz, os gestos e o olhar da equipe dizem muito nesse momento. O fácil acesso à informação também é um ponto que merece muito destaque!

Cada etapa pela qual o paciente passa deve ser devidamente informada a ele ou seus familiares, para que ele tenha conhecimento de cada novidade em seu tratamento.

Neste contexto, um atendimento humanizado é aquele que considera a integralidade da “unidade de cuidado”, ou seja, ele pressupõe a união entre a qualidade do tratamento técnico e a qualidade do relacionamento que se desenvolve entre paciente, familiares e equipe.

### **Por que queremos ouvir o usuário**

Porque sua participação é muito importante, e é através dela que atuamos na defesa dos direitos buscando, a melhoria do serviço ofertado.

O que acontece com os elogios, sugestões ou reclamações? Todas as manifestações são analisadas e documentadas diariamente. Quanto pertinentes, são discutidas com a equipe (Diretoria Geral, Gerentes, Coordenadores e colaboradores das áreas envolvidas) para propor ações e mudanças gerenciais, buscando a solução do problema.

Canais de comunicação com os usuários:

Fale conosco: telefone, site através:

<http://www.iespe.org.br> e [institutoesperanca@iespe.org.br](mailto:institutoesperanca@iespe.org.br)

### **Avaliação da Satisfação do Usuário**

A avaliação da satisfação dos usuários é um assunto que vem despertando interesse de pesquisadores e gestores da saúde. Conhecer como os serviços de saúde oferecidos à população são avaliados por seus usuários pode contribuir para manter formas de atuação e/ou formular novas propostas de trabalho. Ouvir a comunidade a esse respeito ajuda os gestores no planejamento e implementação das ações e programas de saúde, justificando seus investimentos em determinadas áreas, além de aproximar os serviços de saúde dos usuários, fortalecendo a participação popular nos processos de planejamento e controle social. Acredita-se que a avaliação de usuários é um importante instrumento para qualificação e aprimoramento dos serviços de saúde, sobretudo para gestão junto ao terceiro setor, como estratégia fundamental de mensurar efetividade.

Silva e Formigli (1994, p. 88) afirmam que a satisfação do usuário se pauta na “percepção subjetiva que o indivíduo tem sobre o cuidado que recebe”. Assim, o grau de satisfação ou insatisfação do usuário com o serviço de saúde pode referir-se à relação que o usuário estabelece com o profissional



do cuidado, assim como sua relação com os aspectos da infraestrutura material dos serviços (equipamentos e medicamentos), das amenidades (ventilação e conforto) e suas representações sobre o processo saúde-doença.

Ao avaliar a qualidade dos serviços, Donabedian (1990) leva em conta sete pilares: **eficácia** (o melhor que se pode fazer, em condições mais favoráveis possíveis, dado o estado do usuário e circunstâncias inalteráveis); **efetividade** (melhora da saúde que queremos alcançar, porém sem as condições ideais); **eficiência** (medida do custo com o qual uma dada melhoria na saúde é alcançada, ou seja, obter o efeito máximo de melhora na saúde, com o menor custo); **otimização** (emprego da relação custo-benefício em saúde); **aceitabilidade** (adaptação do cuidado aos desejos, expectativas e valores do paciente e de sua família); **legitimidade** (aceitação do cuidado e aprovação dos serviços de saúde pela comunidade) e **equidade** (princípio pelo qual se determina o que é justo ou razoável na distribuição do cuidado e de seus benefícios entre os membros da população). Refere, ainda, **três dimensões** para a qualidade dos serviços de saúde. A primeira delas, a dimensão do **desempenho técnico**, consiste na aplicação do saber, do conhecimento e tecnologia médica, a fim de maximizar benefícios e reduzir riscos.

**A dimensão das relações interpessoais** leva em conta o relacionamento com o paciente. A **terceira dimensão, a das amenidades**, diz respeito ao conforto e estética das instalações e equipamentos onde ocorre a prestação do serviço, ou seja, a estrutura física do local de atendimento.

O Instituto Esperança implanta ações que fortalecem o atendimento humanizado a partir de educação continuada, aprimoramento e avaliação da assistência prestada, por meio de implantação de protocolos desenvolvidos de acordo com as particularidades observadas no município.

Todas as atividades são realizadas respeitando os padrões profissionais, a legislação e a regulamentação das políticas internas, com base na ética.

Os profissionais que atuam para o Instituto em seus projetos, e os que porventura venham a atuar, recebem instrução quanto à hospitalidade, excelência de atendimento e humanização, a fim de que sua prática profissional seja aplicada na íntegra, com vistas a alcançar não tão somente todas as metas propostas pelo gestor público, mas também a satisfação de sua clientela alvo – os pacientes.

Outro canal de opinião do usuário é a Pesquisa de Satisfação sobre o atendimento prestado através de formulário próprio a ser entregue pela Recepção, preenchido pelo usuário e depositado na Urna.

Também, outra forma será a Pesquisa de Satisfação aplicada por entrevistadores em períodos estabelecidos e divulgados aos usuários.

Todos os dados levantados são mensurados e utilizados como norteadores das ações subsequentes para melhoria da qualidade dos serviços.

## IMPLANTAÇÃO DO SERVIÇO DE APOIO AO USUÁRIO

O SAU (Serviço de Apoio ao Usuário) tem como objetivo registrar queixas, sugestões ou elogios, orientar os pacientes e familiares em questão mais específicas, verificar o índice de satisfação dos usuários, atendendo as necessidades e expectativas dos clientes.

O trabalho desenvolvido no SAU envolve todos os setores das unidades de saúde no sentido de garantir um atendimento digno, com resolutividade e eficácia na assistência aos usuários.



Na estruturação do SAU dentro da concepção do projeto, esse será desenvolvido sob a responsabilização de um profissional do Serviço Social, que estará vinculado ao núcleo coordenador da Unidade, a fim de fomentar as ações citadas em relação a mensuração da satisfação do usuário, deve contar com no mínimo 1 profissional qualificado para realizar tal função, esse profissional se responsabilizará por colher as informações, tabular os dados e participar dos processos de gestão e planejamento da oferta de serviços.

A percepção dos usuários sobre como é prestado os serviços é de extrema importância, visto que a população que utiliza estes serviços é a razão da existência da unidade, através de sua avaliação o sujeito é capaz de modificar o próprio sistema, o que fortalece a democracia em saúde, além de favorecer uma humanização do serviço, e constitui uma oportunidade de saber o que a comunidade pensa a respeito da oferta do serviço de saúde oferecido, como também permiti a adequação do mesmo em relação ao que a comunidade tem como expectativa (COTTA et al., 2005).

Segue abaixo os Instrumentos propostos para ampliar a percepção de satisfação do usuário:

## **INSTRUMENTO 1 - PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO**

### **Objetivo Geral**

Identificar a satisfação dos usuários, com os serviços prestados.

### **Objetivos Específicos**

- Levantar o conhecimento do usuário sobre o funcionamento do hospital;
- Levantar quais são os pontos positivos apontados pelos usuários;
- Identificar meios de manter esses pontos positivos;
- Identificar os pontos negativos apontados pelos usuários;
- Sugerir melhorias nos pontos negativos apontados pelos usuários.

### **Instrumentos**

O SAU será o responsável pela aplicação da **Pesquisa de Opinião dos Usuários**, que tem por objetivo registrar a opinião do usuário ou familiar e pontuar as questões referentes a atuação dos diversos profissionais, com foco na qualidade da assistência prestada, tempo de espera, qualidade e higiene das instalações e equipamentos.

Esta pesquisa justifica-se por se propor a percepção dos usuários e a satisfação dos mesmos sobre a atuação da equipe de saúde da família e a partir dos dados encontrados proporcionar um feedback para a equipe, para assim manter os pontos positivos e solucionar os negativos.

A pesquisa ficará à disposição dos usuários e familiares em postos estratégicos da unidade, para que seja respondido de forma espontânea ou através de incentivo dos colaboradores. No entanto haverá uma pactuação de uma amostra representativa de atendimentos realizados durante o mês nas respectivas unidades de saúde, a fim de atender os requisitos mínimos contidos neste edital.



O formulário de pesquisa de satisfação a ser utilizado deve atender ao padrão estabelecido pelo Instituto, sendo que este deve conter no mínimo a unidade de atendimento, a identificação opcional do usuário, espaço para manifestar sugestões, elogios e/ou críticas, dados para contato com o SAU e a avaliação do grau de satisfação do usuário dividido em grupos estabelecidos abaixo:

- Recepção
- Espera
- Atendimento Médico
- Enfermagem
- Limpeza
- Exames

#### **Rotina de aplicação das pesquisas de satisfação**

- Deixar os impressos das pesquisas nos locais estabelecidos.
- Verificar diariamente se não está faltando o impresso de pesquisas de satisfação em suas respectivas caixas.
- Retirar diariamente, as pesquisas das caixas.
- Manter as pesquisas em envelopes identificados, para o futuro arquivo.

#### 2.14. Fluxo de Atendimento aos Usuários

*Atribuições dos profissionais envolvidos no fluxo; definir as atividades que compõem o fluxo; definir as etapas do atendimento com os tempos estimados.*

### Equipamentos e Proteção Individual

#### **Objetivo**

Apresentar sistemática para o Procedimento Operacional Padrão – POP - 005 – Equipamentos de Proteção Individual – EPI, visando a padronização e implementação das rotinas SAMU 192 do Consórcio Intermunicipal do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência do Vale do Paraíba e da Região Serrana – CISAMU

#### **Responsabilidades**

**Administração:** Assegurar a compra dos EPI considerando os riscos das atividades e uniformes a serem distribuídos para os profissionais das Unidades Móveis;



**Enfermagem:** Cabe a Coordenação de Enfermagem assegurar a validade dos CA dos EPI distribuídos para as Unidades Móveis e definir tecnicamente a adequação ao uso de EPI específico frente ao risco existente; também, realizar a vigilância sobre a utilização dos EPI da equipe de atendimento;

**Almoxarifado:** Responsabilidade da entrega de EPI para a Unidade Móvel que irá fazer a entrega aos profissionais em exercício naquela Unidade;

**Cabe a cada profissional:**

- Utilizar os EPIs apenas para a finalidade a que se destina, zelando pela sua manutenção, guarda e conservação;
- Comunicar ao Supervisor de sua área qualquer alteração que torne o EPI impróprio para uso;
- Assinar o Termo de Responsabilidade e a Ficha de Controle individual de EPI, quando do recebimento dos mesmos;
- Solicitar a troca do EPI, na localidade determinada por sua área, quando estiver com prazo de validade vencido;
- Devolver os EPIs ao seu Supervisor imediato, quando do desligamento da empresa.

**Descrição**

- A metodologia de utilização dos Equipamentos de Proteção Individual – EPI, segue as regras abaixo:
- Utilizar o uniforme padronizado do SAMU todo fechado até o pescoço e com mangas;
- Utilizar sapato preto fechado e sem cadarço para evitar acidentes;
- Portar capacete de proteção em situações de trauma;
- Portar luvas descartáveis, máscara facial e óculos protetores em qualquer ocorrência;
- Portar avental descartável, em caso de ocorrência com excesso de sangue ou outros fluídos corporais;
- Utilizar Equipamentos de Proteção Coletiva em ocorrências em via pública, quando necessário (cones, extintor de incêndio);
- Utilizar luvas descartáveis, máscara facial, óculos protetores e avental descartável para a limpeza e desinfecção da unidade móvel e equipamentos;
- Utilizar luvas descartáveis, máscara facial e avental descartável para a limpeza e desinfecção de artigos.

**Cuidados Pessoais**

**Objetivo**

Apresentar sistemática para o Procedimento Operacional Padrão – POP - 006 – Cuidados Pessoais, visando a padronização e implementação das rotinas SAMU 192 do Consórcio Intermunicipal do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência do Vale do Paraíba e da Região Serrana – CISAMU





### Responsabilidades

**Administração:** Assegurar a compra dos uniformes a serem distribuídos para os profissionais das Unidades Móveis;

**Enfermagem:** Definir as peças que compõem os uniformes dos profissionais das Unidades Móveis;

**Almoxarifado:** Responsabilidade da entrega de Uniformes à Unidade Móvel que irá fazer a entrega aos profissionais em exercício naquela Unidade;

**Cabe a cada profissional:** Em exercício na Unidade Móvel seguir regras definidas para os cuidados e condutas pessoais.

### Descrição

- Portar o uniforme padronizado do SAMU 192;
- Portar o uniforme fechado até o pescoço;
- Utilizar, quando necessário, somente camiseta ou blusa branca sob o uniforme;
- Calçar sapato ou bota fechada, sem cadarço, sola antiderrapante e na cor preta;
- Estar com os cabelos presos;
- Estar de unhas curtas e sem esmalte escuro;
- Não portar joias, como anéis, pulseiras, colares, brincos e qualquer tipo de adorno.
- Estar de barba feita.
- Não é permitido fotografar e fazer filmagem no interior das ambulâncias e das bases operacionais;
- O uso do uniforme é restrito à área de trabalho, ou seja, não é permitido o seu uso em vias públicas fora do horário de trabalho, bem como no trajeto da residência ao trabalho e vice-versa.

### Transporte de Pacientes

#### Objetivo

Apresentar sistemática para o Procedimento Operacional Padrão – POP - 007 – Transporte do Paciente, visando a padronização e implementação das rotinas SAMU 192 do Consórcio Intermunicipal do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência do Vale do Paraíba e da Região Serrana – CISAMU

### Responsabilidades

**Central de Regulação:** Realizar a triagem dos casos conforme o grau de gravidade, direcionando o atendimento à USA ou USB;

**Médico:** Garantir que a vítima seja transportada de maneira segura, preservando sua integridade e executar junto ao enfermeiro os procedimentos para sua estabilização imediata;



**Enfermeiro:** Garantir que a vítima seja transportada de maneira segura, preservando sua integridade e executar junto ao médico os procedimentos para sua estabilização imediata;

**Técnicos em enfermagem:** Zelar pelo transporte seguro da vítima, utilizar como apoio a sua conduta a regulação médica, e em caso de piora, da condição da vítima, solicitar apoio da USA;

**Condutor socorrista:** Trafegar seguindo os preceitos da direção defensiva; sinalizar o local de resgate da vítima utilizando cones; e auxiliar no transporte da vítima na maca quando se fizer necessário;

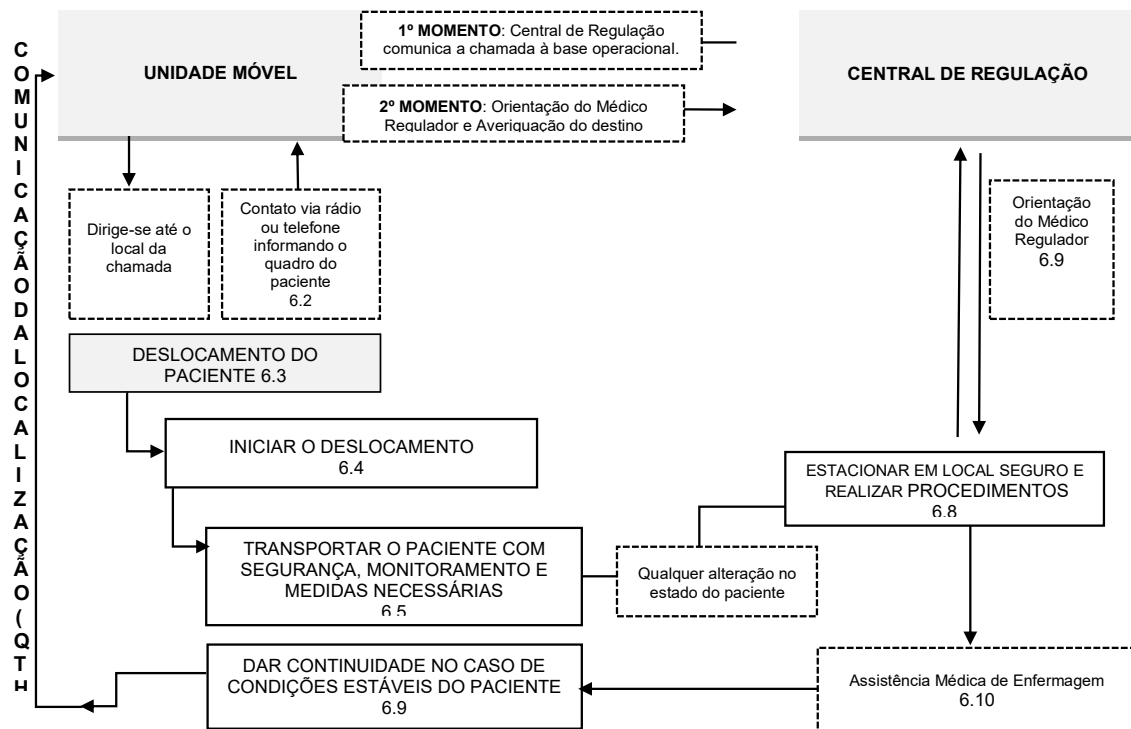
**Cabe a cada profissional:** em exercício na Unidade Móvel seguir regras definidas para o deslocamento do paciente conforme o procedimento.

### Descrição

- Dar condições mínimas de estabilidade hemodinâmica e ventilatória ao paciente no local do atendimento para que o mesmo possa suportar um transporte;
- Entrar em contato com a Central de Regulação, via rádio ou telefone, repassando o quadro do paciente, recebendo orientação do médico regulador e para averiguar o destino do paciente e o médico receptor;
- Permitir somente 1(um) acompanhante na ambulância, incentivando o acompanhamento em caso de menores de 18 anos e maiores de 65 anos;
- Iniciar o deslocamento do paciente na unidade móvel somente quando souber o destino e o médico receptor;
- Transportar o paciente com segurança até o destino, incluindo monitoramento e todas as medidas que se tornem necessárias;
- Acompanhar o quadro do paciente durante todo o trajeto;
- Comunicar à Central de Regulação qualquer alteração no quadro do paciente;
- Solicitar que o motorista estacione a unidade móvel, em lugar seguro, quando for necessário realizar qualquer procedimento mais delicado como punção venosa, intubação oro traqueal, desfibrilação cardíaca, etc.;
- Continuar o trajeto assim que a situação na unidade móvel estiver controlada e que o paciente tenha condições de reiniciar o deslocamento;
- Prestar assistência de enfermagem necessária durante o transporte;
- Comunicar à Central de Regulação sua localização (QTH) via rádio, conforme POP 004 da "Comunicação via Rádio".
- O fluxograma acima evidencia as etapas de deslocamento do paciente;
- Os Executantes devem verificar todas as etapas do fluxograma, e em caso em que qualquer etapa não esteja de acordo com o definido previamente, as soluções devem ser imediatamente encaminhadas e/ou solucionadas.
- Durante o deslocamento os responsáveis devem monitorar e deslocar o paciente com segurança.



### FLUXOGRAMA PARA TRANSPORTE DO PACIENTE



#### Alocação de Pacientes em Unidades Referenciadas

##### Objetivo

Apresentar sistemática para o Procedimento Operacional Padrão – POP - 008 – Entrega do Paciente à Equipe do Hospital, visando a padronização e implementação das rotinas SAMU 192 do Consórcio Intermunicipal do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência do Vale do Paraíba e da Região Serrana – CISAMU

##### Responsabilidades

**Médico / enfermeiro:** Conduzir o paciente até o local de atendimento, passar o caso da vítima para o médico e enfermeiro de plantão, medicações e procedimentos utilizados;

**Técnico em enfermagem:** Passar o caso da vítima para o enfermeiro e médico de plantão, procedimentos realizados;

**Condutor socorrista:** Auxiliar no transporte da vítima quando, caso seja necessário;

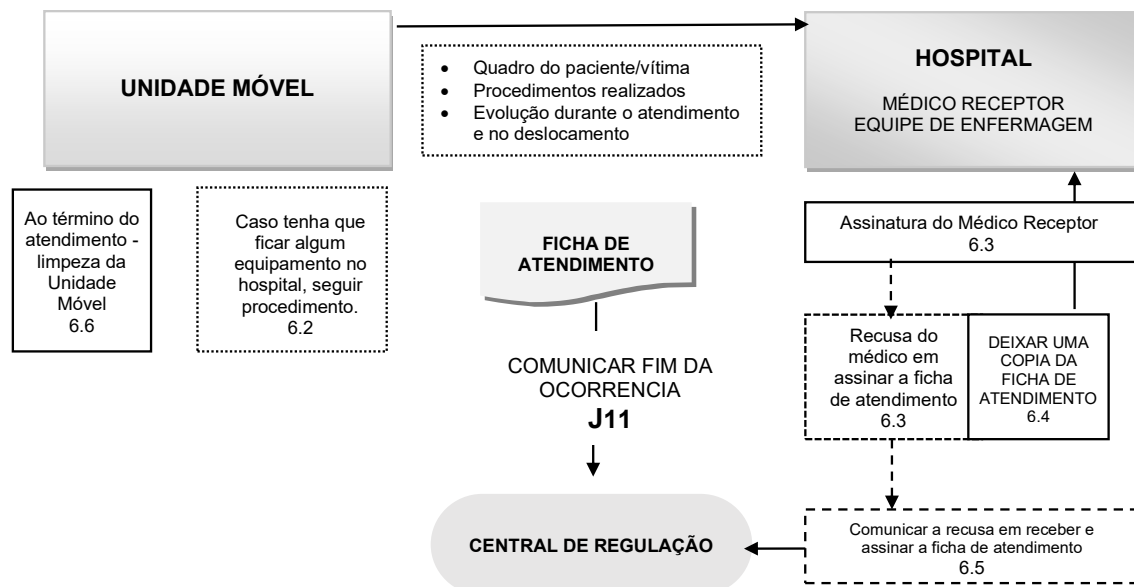
##### Descrição

- Passar a condição do paciente/vítima ao médico receptor e à equipe de enfermagem, incluindo todos os procedimentos realizados e sua evolução durante todo o atendimento no local da ocorrência e durante o transporte;



- Anotar na ficha de atendimento os materiais e equipamentos retidos, caso tenha que ficar algum equipamento no Hospital junto ao paciente, anotando nome do enfermeiro que ficará com a guarda do mesmo e solicitando sua assinatura;
- Solicitar para que o médico e enfermeiro receptor assine a ficha de atendimento e caso haja recusa, juntar duas testemunhas (com identificação, telefone e assinatura) de que o quadro foi passado e o médico se recusou a assinar o recebimento;
- Deixar uma cópia da ficha de atendimento com a equipe receptora nas unidades;
- Comunicar à Central de Regulação o fim da ocorrência (J11), conforme POP 004 -Comunicação via Rádio;
- Realizar limpeza da unidade, conforme POP 014 - Limpeza e Desinfecção de Artigos e Superfícies.
- O fluxograma acima evidencia as etapas da entrega do paciente à equipe do Hospital;
- Os Executantes devem verificar todas as etapas do fluxograma, e em caso em que qualquer etapa não esteja de acordo com o definido previamente, as soluções devem ser imediatamente encaminhadas e/ou solucionadas.
- Durante o deslocamento os responsáveis devem monitorar e deslocar o paciente com segurança.

### FLUXOGRAMA DA ENTREGA DO PACIENTE À EQUIPE DO HOSPITAL



### Transferência de Paciente Grave

#### Objetivo

Apresentar sistemática para o Procedimento Operacional Padrão – POP - 009 – Transferência do Paciente Grave, visando a padronização e implementação das rotinas SAMU 192 do Consórcio Intermunicipal do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência do Vale do Paraíba e da Região Serrana – CISAMU

#### Responsabilidades

**Médico:** Avaliar o estado do paciente e verificar se o mesmo tem condições de ser transportado;



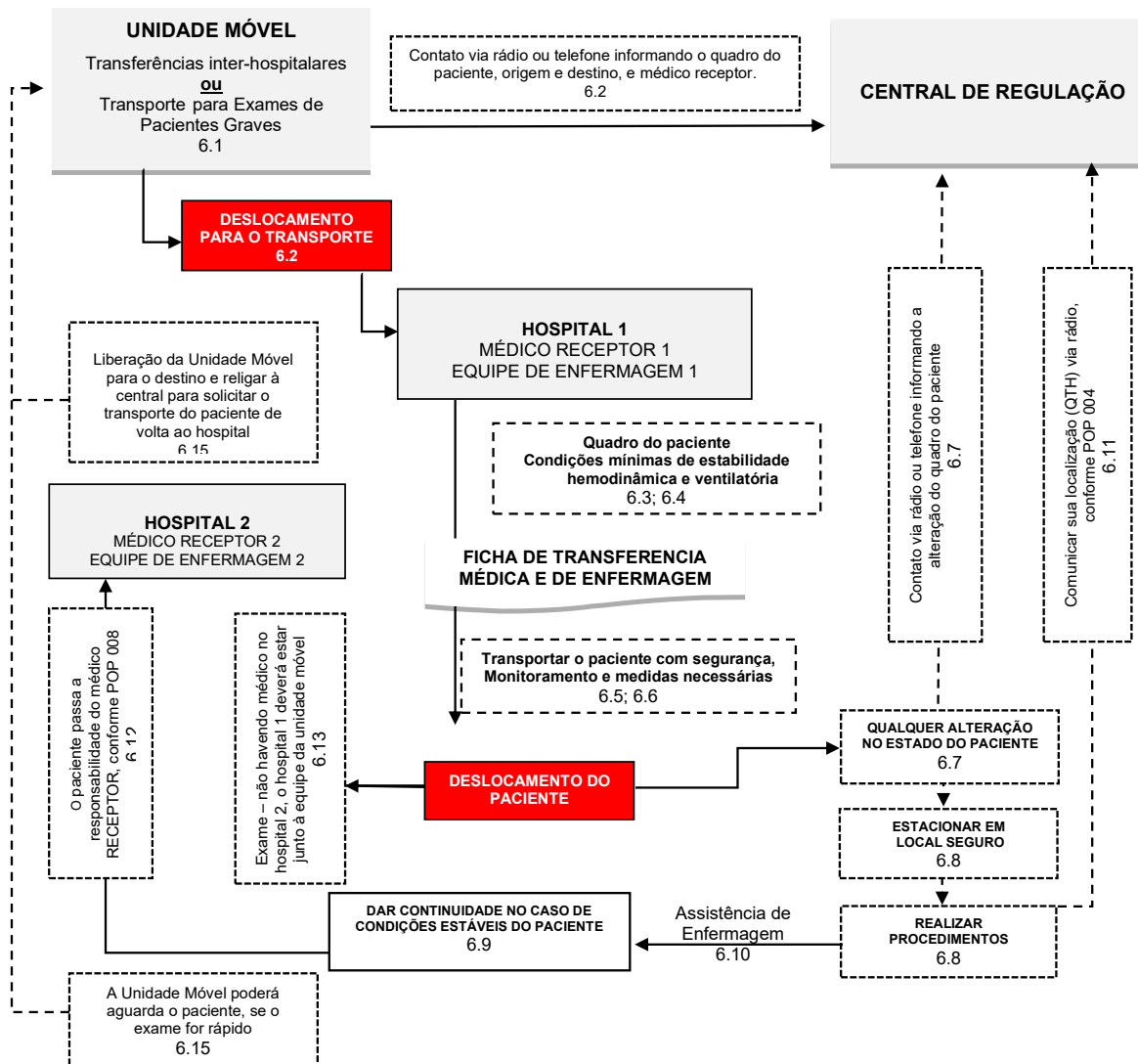
**Enfermeiro:** Avalia o estado do paciente, quais medicamentos e equipamentos estão em uso e se tem condições de ser transportado.

### Descrição

- Serão realizadas somente transferências intra-hospitalares ou Transportes para Exames de pacientes graves, que necessitem de cuidados intensivos durante o trajeto;
- Após o acionamento da Central de Regulação, via rádio ou telefone, repassando o quadro do paciente, origem e destino assim como o médico receptor, desloca-se para o transporte;
- Chegando na origem do paciente, solicitar a equipe do Hospital o quadro e evolução do paciente para conhecer a história assistencial do mesmo, assim como ficha de transferência médica e de enfermagem;
- Verificar se o paciente está em condições mínimas de estabilidade hemodinâmica e ventilatória para que o mesmo possa suportar um transporte;
- Transportar o paciente somente se estiver estável e com segurança até o destino, incluindo monitoramento e todas as medidas que se tornem necessárias;
- Acompanhar o quadro do paciente durante todo o trajeto;
- Comunicar à Central de Regulação qualquer alteração no quadro do paciente;
- Solicitar que o motorista estacione a unidade móvel, em lugar seguro, quando for necessário realizar qualquer procedimento mais delicado como punção venosa, intubação orotraqueal, desfibrilação cardíaca, etc.
- Continuar o trajeto assim que a situação na unidade móvel estiver controlada e que o paciente tenha condições de reiniciar o deslocamento;
- Prestar assistência de enfermagem necessária durante o transporte;
- Comunicar à Central de Regulação sua localização (QTH) via rádio, conforme POP da comunicação via rádio;
- Entregar o paciente à equipe e ao médico receptor ao chegar ao Hospital, conforme POP da Entrega do Paciente à Equipe do Hospital;
- No caso de Transportes para Exame, o paciente será de responsabilidade da equipe do SAMU somente durante o trajeto, ao chegar no destino deverá haver um profissional Médico e de Enfermagem que se responsabilizará pelo paciente;
- Quando não houver este médico no destino, o médico do hospital de origem do paciente deverá estar junto a equipe da unidade móvel até o destino, para acompanhar o paciente durante o exame;
- A equipe do SAMU seguirá as orientações da central de regulação que poderá decidir que a unidade aguarde o paciente (se o exame for rápido) ou pela liberação da unidade, sendo neste caso dado a orientação no destino para religar à central do SAMU para que seja solicitada o transporte do paciente de volta ao seu hospital de origem
- O fluxograma acima evidencia as etapas da transferência de paciente grave;
- Os Executantes devem verificar todas as etapas do fluxograma, e em caso em que qualquer etapa não esteja de acordo com o definido previamente, as soluções devem ser imediatamente encaminhadas e/ou solucionadas;
- Durante a transferência, os responsáveis devem monitorar e deslocar o paciente com segurança.



**FLUXOGRAMA DE TRANSFERENCIA DO PACIENTE GRAVE**



Atendimento Domiciliar

**Objetivo**

Apresentar sistemática para o Procedimento Operacional Padrão – POP - 010 – Atendimento Domiciliar, visando a padronização e implementação das rotinas SAMU 192 do Consórcio Intermunicipal do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência do Vale do Paraíba e da Região Serrana – CISAMU

**Responsabilidades**



**Médico:** estar pronto ao chamado e compor a equipe para atendimento avançado. No local de atendimento auxiliar no transporte das mochilas de atendimento e da maca quando se fizer necessário;

**Enfermeiro:** estar pronto ao chamado e compor a equipe para atendimento avançado. No local de atendimento auxiliar no transporte das mochilas de atendimento e da maca quando se fizer necessário;

**Técnico em enfermagem:** estar pronto ao chamado e compor a equipe para atendimento básico. Transportar a maca e equipamentos que se fizerem necessários;

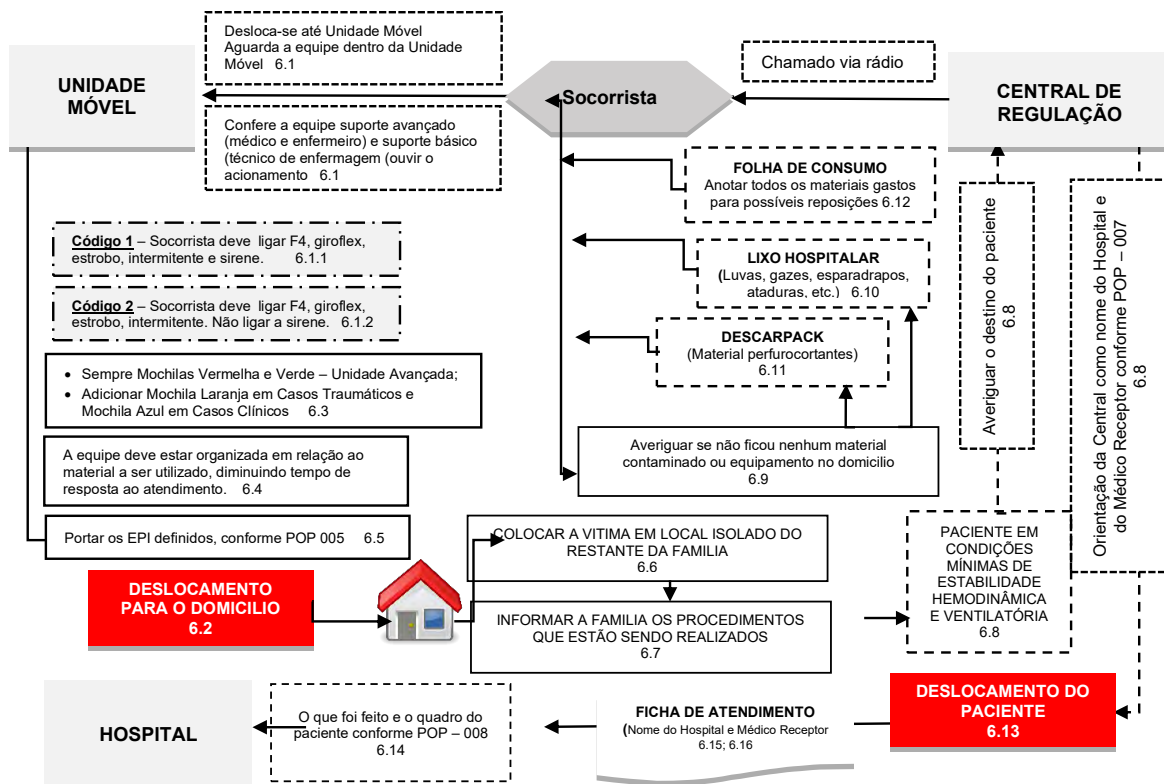
**Condutor socorrista:** pronto ao chamado e compor a equipe para atendimento Avançado/Básico. Auxiliar no transporte das mochilas de atendimento, maca e equipamentos que se fizerem necessários

### Descrição

- O condutor socorrista, ao ouvir o chamado da Central via rádio, desloca-se imediatamente para a unidade móvel e confere a equipe ouvir o acionamento; para a unidade básica (técnico de enfermagem) e para a unidade avançada (médico e enfermeiro), e aguarda o restante da equipe dentro da unidade móvel. A equipe terá para iniciar o deslocamento, 30 segundos nos códigos 1(emergência) e 1 minuto nos códigos 2 (urgência), sendo registrado através da comunicação com a Central e aviso de início do deslocamento (J9) conforme POP 004 - comunicação via rádio.
- Em caso de código 1 - o socorrista deve ligar (F4), giroflex, estrobo, intermitente e sirene;
- Em caso de código 2 - o socorrista deve ligar (F4), giroflex, estrobo, intermitente. Não ligar sirene!
- Independentemente do tipo de ocorrência a segurança da equipe é prioridade, portanto o motorista deve ter responsabilidade no trânsito e direção defensiva;
- Transportar sempre para o local da ocorrência as mochilas concernentes ao atendimento em questão: sempre as mochilas vermelha e verde, adicionando a mochila laranja quando se tratar de casos traumáticos e a mochila azul quando se tratar de casos clínicos;
- Dependendo do tipo de ocorrência, comunicada pelo médico regulador, a equipe deve se organizar em relação a que tipo de material e como transportá-lo, a fim de diminuir o tempo resposta do atendimento;
- Portar, em qualquer ocorrência, os EPI (equipamento de proteção individual): luva, máscara, óculos de proteção, capacete (quando há risco de desabamento), conforme POP 005 - Utilização dos EPI;
- Colocar a vítima, quando possível, em local isolado do restante da família para que sejam realizados os procedimentos necessários sem expor a vítima e os demais membros da família a estresse desnecessário;
- Ao atender o paciente no domicílio, não esquecer de informar a família os procedimentos que estão sendo realizados e a evolução do mesmo, de forma coerente e com responsabilidade;
- Após o atendimento, quando o paciente estiver em condições mínimas de estabilidade hemodinâmica e ventilatória, averiguar junto à Central de Regulação o destino do paciente, para depois colocá-lo na unidade móvel para transportá-lo;
- Após o atendimento, caberá ao motorista-socorrista averiguar se não ficou nenhum material contaminado ou equipamento no domicílio, colocando-os em recipientes adequados;
- Desprezar no lixo hospitalar da unidade móvel todo material utilizado no atendimento ao paciente (luvas, gases, esparadrapos, ataduras, etc.);



- Desprezar os materiais perfurocortantes utilizados no atendimento (agulha, scalp, abocath, bisturis, intracath, etc.) no descarpac (caixa de papelão rígido para desprezar perfurocortantes);
- Anotar tudo o que foi gasto de material na folha de consumo conforme já visto na troca de plantão para que o próximo enfermeiro tenha noção do que foi gasto e do que precisa repor na unidade; reescrever quem passa o plantão entrega com reposição de material feita.
- Transportar a vítima para o destino conforme orientação da central de regulação, anotando na ficha de atendimento o nome do Hospital e do médico receptor, conforme POP 007 - Transporte de Paciente;
- Entregar o paciente para o médico e equipe de enfermagem, passando o que foi feito no paciente e o quadro do mesmo, conforme POP 008 - Entrega do paciente à equipe do Hospital;
- Deixar uma cópia da ficha de atendimento com a equipe receptora ou com paciente ou familiares;
- Se solicitado a ficha de atendimento pelo paciente ou familiares, orientar para que seja solicitado à administração da base operacional local do SAMU de 2ª a 6ª feira em das 8:00 às 17:00 horas.
- O fluxograma acima evidencia as etapas do Atendimento Domiciliar;
- Os Executantes devem verificar todas as etapas do fluxograma, e em caso em que qualquer etapa não esteja de acordo com o definido previamente, as soluções devem ser imediatamente encaminhadas e/ou solucionadas.
- Durante a transferência, os responsáveis devem monitorar e deslocar o paciente com segurança.

**FLUXOGRAMA ATENDIMENTO DOMICILIAR**

**Atendimento em Via Pública**
**Objetivo**




Apresentar sistemática para o Procedimento Operacional Padrão – POP - 011 – Atendimento em via Pública, visando a padronização e implementação das rotinas SAMU 192 do Consórcio Intermunicipal do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência do Vale do Paraíba e da Região Serrana – CISAMU

### **Responsabilidades**

**Médico:** estar pronto ao chamado e compor a equipe para atendimento avançado. No local de atendimento auxiliar no transporte das mochilas de atendimento e da maca quando se fizer necessário;

**Enfermeiro:** estar pronto ao chamado e compor a equipe para atendimento avançado. No local de atendimento auxiliar no transporte das mochilas de atendimento e da maca quando se fizer necessário;

**Técnico em enfermagem:** estar pronto ao chamado e compor a equipe para atendimento básico. Transportar a maca e equipamentos que se fizerem necessários;

**Condutor socorrista:** pronto ao chamado e compor a equipe para atendimento Avançado/básico. Auxiliar no transporte das mochilas de atendimento, maca e equipamentos que se fizerem necessários.

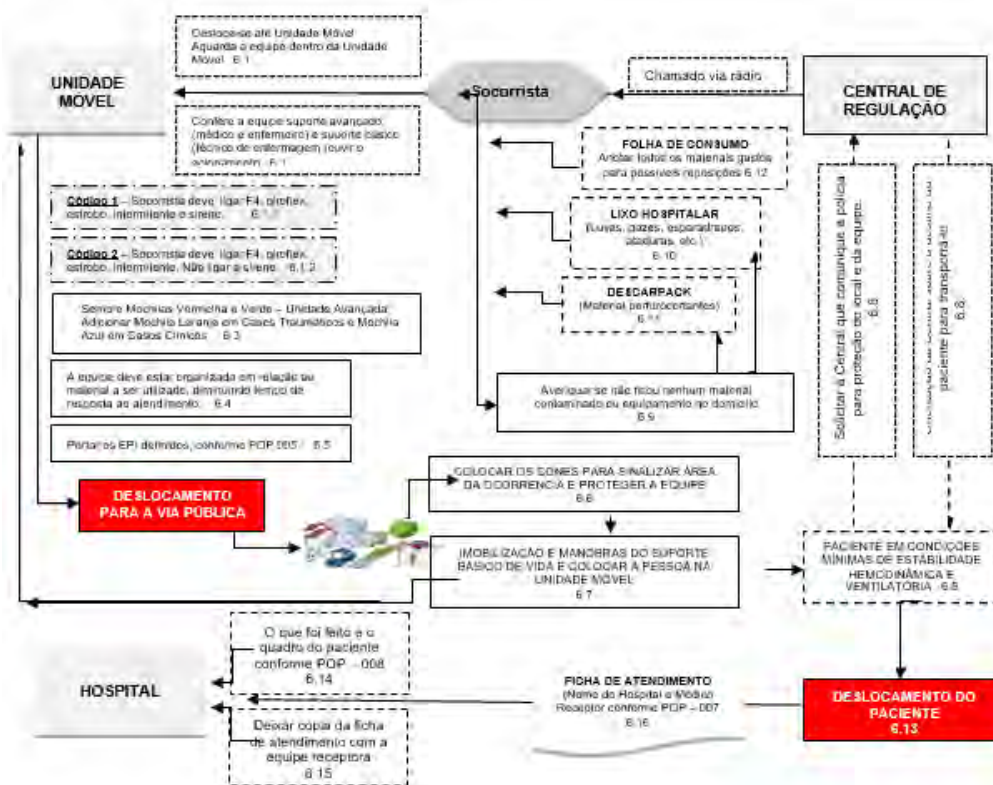
### **Descrição**

- O condutor socorrista, ao ouvir o chamado da Central via rádio, desloca-se imediatamente para a unidade móvel e confere a equipe ouvir o acionamento; para a unidade básica (técnico de enfermagem) e para a unidade avançada (médico e enfermeiro), e aguarda o restante da equipe dentro da unidade móvel. A equipe terá para iniciar o deslocamento, 30 segundos nos códigos 1(emergência) e 1 minuto nos códigos 2 (urgência), sendo registrado através da comunicação com a Central e aviso de início do deslocamento (J9) conforme POP 004 - comunicação via rádio.
- Em caso de código 1 - o socorrista deve ligar (F4), giroflex, estrobo, intermitente e sirene;
- Em caso de código 2 - o socorrista deve ligar (F4), giroflex, estrobo, intermitente. Não ligar sirene!
- Independentemente do tipo de ocorrência a segurança da equipe é prioridade, portanto o motorista deve ter responsabilidade no trânsito e direção defensiva;
- Transportar sempre para o local da ocorrência as mochilas concernentes ao atendimento em questão: sempre as mochilas vermelha e verde, adicionando a mochila laranja quando se tratar de casos traumáticos e a mochila azul quando se tratar de casos clínicos;
- Dependendo do tipo de ocorrência, comunicada pelo médico regulador, a equipe deve se organizar em relação a que tipo de material e como transportá-lo, a fim de diminuir o tempo resposta do atendimento;
- Portar, em qualquer ocorrência, os EPI (equipamento de proteção individual): luva, máscara, óculos de proteção, capacete (quando há risco de desabamento), conforme POP 005 - Utilização dos EPI;
- No Atendimento em via pública, deve-se ter o cuidado com o equipamento de proteção coletiva (cones) para sinalizar o local da ocorrência e proteger a equipe de terceiros, assim como solicitar que a central de regulação que comunique a polícia para fazer a proteção do local e da equipe;
- Após imobilização e manobras de suporte básico de vida, colocar a vítima na unidade móvel, procedendo os demais cuidados sem que a pessoa fique exposta a curiosos;



- Após o atendimento, quando o paciente estiver em condições mínimas de estabilidade hemodinâmica e ventilatória, averiguar junto à Central de Regulação o destino do paciente, para transportá-lo;
- Após o atendimento, caberá ao condutor socorrista averiguar se não ficou nenhum material contaminado ou equipamento no local do atendimento, colocando-os em recipientes adequados;
- Desprezar no lixo hospitalar da unidade móvel todo material utilizado no atendimento ao paciente (luvas, gazes, esparadrapos, ataduras, etc.);
- Desprezar os materiais perfurocortantes utilizados no atendimento (agulha, scalp, abocath, bisturis, intracath, etc.) no descartpack (caixa de papelão rígido para desprezar perfurocortantes);
- Anotar tudo o que foi gasto de material na folha de consumo conforme já visto na troca de plantão para que o próximo enfermeiro tenha noção do que foi gasto e do que precisa repor na unidade;
- Transportar a vítima para o destino conforme orientação da central de regulação, anotando na ficha de atendimento o nome do Hospital e do médico receptor, conforme POP 007 - Transporte de Paciente;
- Entregar o paciente para o médico e equipe de enfermagem, passando o que foi feito no paciente e o quadro do mesmo, conforme POP 008 - Entrega do paciente à equipe do Hospital;
- Deixar uma cópia da ficha de atendimento com a equipe receptora;
- Se solicitado a ficha de atendimento pelo paciente ou familiares, orientar para que seja solicitado à administração da base operacional local do SAMU de 2ª a 6ª feira em das 8:00 às 17:00 horas.
- O fluxograma acima evidencia as etapas do Atendimento em via pública;
- Os Executantes devem verificar todas as etapas do fluxograma, e em caso em que qualquer etapa não esteja de acordo com o definido previamente, as soluções devem ser imediatamente encaminhadas e/ou solucionadas.
- Durante a transferência, os responsáveis devem monitorar e deslocar o paciente com segurança.

**FLUXOGRAMA ATENDIMENTO EM VIA PÚBLICA**




## Higienização das Mãos

### Objetivo

Apresentar sistemática para o Procedimento Operacional Padrão – POP - 012 – Higienização das Mãos, visando a padronização e implementação das rotinas SAMU 192 do Consórcio Intermunicipal do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência do Vale do Paraíba e da Região Serrana – CISAMU

### Responsabilidades

**Todos os Profissionais:** Antes e após o atendimento, caberá aos profissionais realizarem a higienização das mãos antes e após os atendimentos;

### Descrição

- Confirmar a presença dos materiais necessários para o procedimento;
- Retirar adornos;
- Arregaçar a manga do vestuário até altura do cotovelo, se necessário;
- Posicionar-se em frente a pia, sem encostar-se à mesma;
- Abrir a torneira;
- Molhar as mãos;
- Fechar a torneira;
- Aplicar na palma da mão quantidade suficiente de sabão líquido neutro para cobrir toda superfície das mãos;
- Friccionar toda a superfície de 10 a 15 segundos:
  - palma contra palma;
  - palma direita sobre dorso da mão esquerda entrelaçando os dedos;
  - palma esquerda sobre o dorso da mão direita, entrelaçando os dedos;
  - palma contra palma com os dedos entrelaçados, friccionando os espaços interdigitais;
  - parte posterior dos dedos em oposição à palma, com movimentos de vaivém;
  - rotação dos polegares direito e esquerdo;
  - friccionar as polpas digitais e unhas da mão direita contra a palma da mão esquerda fechada em concha fazendo movimento circular e vice-versa;
  - esfregar punho esquerdo com auxílio da palma da mão direita em movimento circular e vice-versa;
- Abrir a torneira;
- Enxaguar as mãos no sentido dos dedos para os punhos;
- Enxugar as mãos com papel toalha, iniciando pelas mãos e seguindo pelos punhos;
- Fecha a torneira com auxílio do mesmo papel toalha que enxugou as mãos e despreza-lo na lixeira de resíduos comuns.

### Tempos de Atendimento



## Descrição

Durante a execução da operacionalização do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, existem diversos tempos de atendimento que podem ser aferidos, acompanhados e desenvolvidos. Por outro lado, alguns aspectos da operacionalização impedem que se defina um tempo máximo para a assistência operacional aos pacientes.

Não seria prudente estabelecer critérios de tempo máximo de atendimento, uma vez que a prioridade da equipe assistencial deve ser sempre o atendimento ao paciente, independente do tempo que isto leve. Uma vez seguindo aos protocolos mencionados anteriormente, menos importa o tempo, e mais importa a assistência ao paciente.

E foi pensando nisto, que estabelecemos o seguinte critério de monitoramento e aferição do tempo de atendimento, estabelecendo tempo máximo aos procedimentos que permitam a melhoria do atendimento ao usuário, sem apresentar prejuízos ao atendimento.

Todos os profissionais envolvidos no atendimento aos usuários devem atuar dentro de sua jornada de trabalho com eficiência e eficácia, buscando a diminuição do tempo-resposta de atendimento aos usuários.

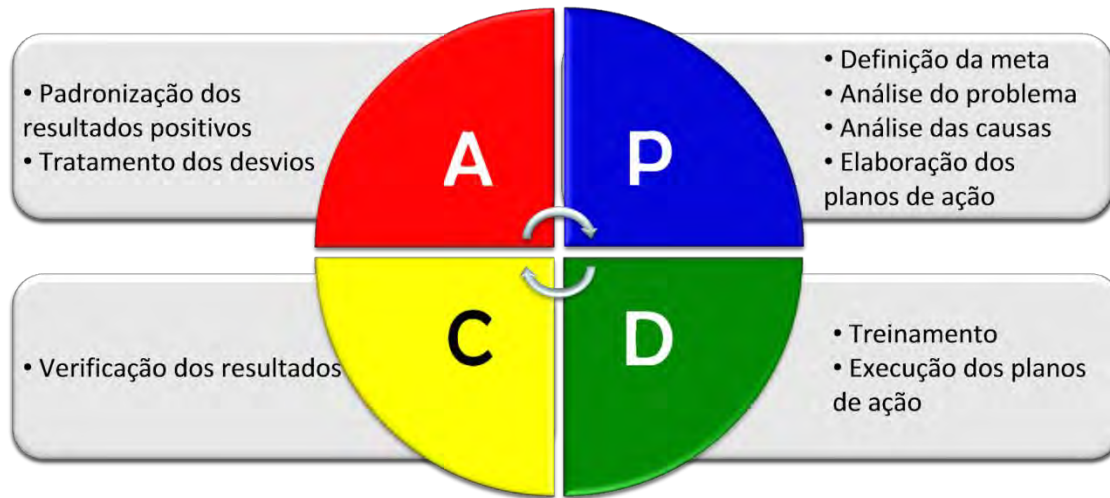
Ação 1	Telefone Toca	Ação 6	Início do Deslocamento até ao paciente	Ação 7	Equipe chega ao local e inicia atendimento	Ação 12	Equipe Disponível
Tempo 1	Ao TARM disponível, o tempo de atendimento deve ser, no máximo, 5 segundos.	Tempo 5	Equipe sai da Base em, no máximo, 1 minuto após confirmação de Recebimento do Chamado	Tempo 7	Início do atendimento, reportando ao médico regulador, decidindo terapia e destino ao paciente, utilizando o tempo necessário para a melhor assistência	Tempo 11	Equipe realiza limpeza, de acordo com protocolo, tendo como prazo máximo 30 minutos, de acordo com condições
Ação 2	Tarm Atende Telefone	Ação 5	Equipe recebe chamado	Ação 8	Equipe inicia traslado do paciente	Ação 11	Equipe retorna e inicia limpeza
Tempo 2	O Tarm segue o roteiro de atendimento e capta as informações essenciais em até 2 minutos	Tempo 4	R.O aciona equipe, informa chamado e confirma recebimento das informações em até 30 segundos	Tempo 8	Utilizar mesmo critério para o Tempo 6	Tempo 10	Utilizar mesmo critério para o Tempo 6
Ação 3	Tarm Transfere ao Médico	Ação 4	Médico Informa R.O	Ação 9	Chegada na Unidade de Saúde Referenciada	Ação 10	Equipe inicia retorno
Temp 3	Médico Atende ao Solicitante, Orienta e Decide Sobre o Envio de VTR, sendo prerrogativa do Médico decidir o tempo que necessita para esta ação.			Tempo 9	Equipe deixa paciente aos cuidados de Médico ou Enfermeiro, segundo protocolo, garantindo assistência contínua ao paciente, sendo acompanhado seu tempo médio dentro da série histórica, sem determinar tempo máximo, contudo, relatando tempos que extrapolam a média.		
Tempo 6	O tempo de deslocamento da equipe depende da distância percorrida, do trânsito, do acesso ao local da vítima e das condições climáticas, sendo acompanhado seu tempo médio dentro da série histórica, sem determinar tempo máximo, contudo, relatando tempos que extrapolam a média.						



### 3. GERENCIAMENTO ADMINISTRATIVO

#### Planejamento Estratégico

O Ciclo **PDCA** corresponde a uma eficiente ferramenta muito difundida na administração geral, na gestão de processos por seu caráter cíclico, em que há controle e melhoria dos processos de maneira contínua, sem pausas. Essa estratégia busca acelerar os processos, com consequente melhoria qualitativa e com cada etapa do ciclo contribuindo para identificar problemas e oferecer soluções.



#### P – Plan (Planejar)

Essa fase compreende todo o planejamento das ações e tem papel fundamental para o sucesso das demais etapas. Antes de mais nada, é necessário identificar o problema, para posterior análise do processo em que o mesmo se encontra inserido, estudando suas causas, seus agentes responsáveis por sua existência e os fatores que agravam tal problema. Através dessas descrições, são realizadas as ações que teoricamente resolverão o problema, surgindo então, o plano de ação a ser executado.

#### D - Do (Fazer)

Nessa etapa, coloca-se em prática o plano elaborado, ou seja, a execução do que foi planejado. É importante que a metodologia certa seja aplicada, seguindo o que foi previamente estudado e estabelecido. Com a prática das ações, podemos observar as mudanças previstas nos processos, sendo realizada uma análise com a coleta dos dados das mudanças, para que o aprendizado seja utilizado na próxima etapa do ciclo.

#### C – Check (Verificar)

Nesse momento, é realizado uma avaliação de checagem do que foi realmente executado, tendo tanto os dados prévios como os posteriores à intervenção. Proceda-se assim à comparação dos resultados, identificando aquilo que estava no plano de ação e o que foi efetivamente realizado na etapa seguinte. A interpretação dos dados obtidos por meio de índices e parâmetros, é



absolutamente fundamental, de forma a ver que as mudanças realizadas realmente surtiram o efeito esperado.

#### A – Act (Agir)

Na última etapa do ciclo, é hora de agir corrigindo quaisquer falhas encontradas durante o processo, ao mesmo tempo em que as mudanças provenientes das etapas anteriores que cumpriram seu papel de redução de custo e melhoria de processo são mantidas.

Em um processo cíclico, deve-se recomeçar para que as demais falhas não corrigidas sejam repensadas e ajustadas.

Por meio de execução do ciclo repetidas vezes, é que se consegue alcançar resultados cada vez melhores. Assim, os ciclos anteriores devem sempre ser considerados na primeira etapa do ciclo seguinte, a fim de coletar ainda mais informações para a correção de falhas.

O ciclo deve ser constantemente repetido nos mais diversos processos, inclusive tendo sua implementação em setores diferentes de forma simultânea, gerando melhorias nas equipes de maneira conjunta. A identificação dos problemas, deve ser encarada como uma oportunidade de melhoria e aprendizado organizacional.

O padrão IESP utiliza a lógica metodológica do PDCA como estratégia adotada para implantar e implementar as diretrizes pautadas aos serviços de saúde, e utiliza como ferramenta que visa estruturar os processos de forma sistemática, consistente e sustentável, levando em conta requisitos sistêmicos que se apresentam interfaceados, de modo a alcançar a melhoria contínua em seus processos e gestão.

#### Ciclo PDCA



**ISO 9001:2015; 14.001 : 2014 / OHSAS 18.001 : 2007**



### 3.1. Manual de Compras

*Método de aquisição, gestão e logística de acordo com recurso financeiro para este fim; exigências que serão direcionadas ao fornecedor, incluindo os documentos obrigatórios de acordo com a especificação de cada material; periodicidade de compras; critérios mínimos para aquisições; qualidade do produto; condições de pagamento, tempo de entrega.*

### **Manual de Regulamento de Compras de Compras e Contratação de Serviços**

Art. 1º - O presente regulamento aplica-se as compras e contratação de serviços pelo INTITUTO ESPERANÇA - IESP, especialmente para aquelas realizadas com Recursos Públicos recebidos por força de Instrumentos de Contratos de Gestão ou congêneres.

Parágrafo Primeiro - As compras serão centralizadas na Área Administrativo-Financeira, subordinado à Diretoria.

#### **Definição:**

Art. 2º - Para fins do presente regulamento, considera-se compra toda aquisição remunerada de materiais de consumo, prestação de serviços e bens permanentes para fornecimento de uma só vez, com a finalidade de suprir o IESP com os materiais necessários ao desenvolvimento de suas atividades.

Art. 3º - O procedimento de compras compreende o cumprimento das etapas a seguir especificadas:

requisição de compras;

seleção de fornecedores;

emissão do edital de compras;

solicitação de orçamentos;

apuração da melhor oferta com emissão de Relatório de Aprovação da Compra;

emissão do pedido de compra.

Art. 4º - O procedimento de compras terá início com o recebimento da requisição de compra, assinada pelo responsável da área requisitante, precedida de verificação pelo requisitante de corresponder a item previsto no orçamento do projeto a que se referir e que deverá conter as seguintes informações:

descrição pormenorizada do material ou bem a ser adquirido; II. especificações técnicas;

quantidade a ser adquirida;

regime de compra: rotina ou urgente;

informações especiais sobre a compra.



Art. 5º - Considera-se de urgência a aquisição de material ou bem, com imediata necessidade de utilização ou no atendimento que possa gerar prejuízo ou comprometer a segurança de pessoas, obras, serviços e equipamentos.

§ 1º - O setor requisitante deverá justificar a necessidade de adquirir o material ou bem em regime de urgência.

§ 2º - O Setor Administrativo/Financeiro poderá dar ao procedimento de compras o regime de rotina, caso conclua não estar caracterizada a situação de urgência, devendo informar o requisitante dessa decisão.

Art. 6º - O Setor Administrativo/Financeiro deverá selecionar criteriosamente os fornecedores que participarão da concorrência, considerando idoneidade, qualidade e menor custo, além da garantia de manutenção, reposição de peças, assistência técnica e atendimento de urgência, quando for o caso.

Parágrafo único - Para fins do disposto no "caput" deste artigo, considera-se menor custo aquele que resulta da verificação e comparação do somatório de fatores utilizados para determinar o menor preço avaliado, que além de termos monetários, encerram um peso relativo para a avaliação das propostas envolvendo, entre outros, os seguintes aspectos:

custos de transportes seguro até o local da entrega;

forma de pagamento;

prazo de entrega;

facilidade de entrega nas unidades;

agilidade na entrega nas unidades;

credibilidade mercadológica da empresa proponente;

disponibilidade de serviços;

quantidade e qualidade do produto;

assistência técnica;

garantia dos produtos;

custos para operação do produto, eficiência e compatibilidade;

durabilidade do produto;

eventual necessidade de treinamento de pessoa

Art. 7º - O processo de seleção compreenderá a cotação entre os fornecedores que deverá ser feita da seguinte forma:

compras com valor estimado de até R\$ 8.000,00 (oito mil reais) - mínimo de 03 (três) cotações de diferentes fornecedores, obtidas por meio de pesquisa de mercado, fax ou e-mail;

compras com valor estimado acima de R\$ 8.000,00 (oito mil reais) - mínimo de 03 (três) cotações de diferentes fornecedores, registradas em mapa de cotações e necessariamente acompanhado da confirmação escrita dos fornecedores por fax, carta ou e-mail





§ 1º - Para as compras realizadas em regime de urgência serão feitas cotações, por meio de telefone, fax ou e-mail;

§ 2º - Quando não for possível realizar o número de cotações estabelecido no presente artigo, a Diretoria poderá autorizar a compra com o número de cotações que houver, mediante justificativa escrita.

Art. 8º - A melhor oferta será apurada considerando-se os critérios contidos no art. 6º e seu parágrafo único do presente Regulamento e será apresentada à Diretoria da entidade, a quem competirá, exclusivamente, aprovar a realização da compra.

Art. 9º - Após aprovada a compra, o Setor Administrativo/Operacional emitirá o Pedido de Compra, em três vias, distribuindo-as da seguinte forma: uma via para o fornecedor; uma via para o Setor requisitante; uma via para o arquivo do Setor Administrativo.

Art. 10 - O Pedido de Compra corresponde ao contrato formal efetuado com o fornecedor. Ao encerrar o procedimento de compras, deve-se representar fielmente todas as condições em que foi realizada a negociação.

Parágrafo único - O Pedido de Compra deverá ser assinado pela Diretoria da entidade.

Art. 11 - O recebimento dos bens e materiais será realizado pela unidade compradora, responsável pela conferência dos materiais, consoante as especificações contidas no Pedido de Compra e ainda pelo encaminhamento imediato da Nota Fiscal ou Documento Comprobatório ao Setor Administrativo/Financeiro.

#### **Das compras e despesas de pequeno valor:**

Art. 12 - Para fins do presente Regulamento, considera-se compra de pequeno valor a aquisição com recursos do Caixa Fundo Fixo de materiais de consumo ou outras despesas devidamente justificadas cujo valor total não ultrapassem R\$ 1.000,00 (um mil reais).

Art. 13 - As compras e despesas de pequeno valor estão dispensadas do cumprimento das etapas definidas neste Regulamento.

Art. 14 - As compras e despesas de pequeno valor serão de responsabilidade da Diretora de cada unidade, seguindo as diretrizes pré estabelecidas pela Presidência com os seguintes dados:

Toda Nota Fiscal de Compras ou Serviços deverá estar em nome da Entidade, constar endereço completo, CNPJ, estar com data e ano, bem como, constar quantidade, valor unitário, valor total e sem rasuras;

Nos serviços de transporte de passeio, solicitar à empresa que quando for emitir a Nota Fiscal descreva no corpo da Nota o destino do passeio e a quantidade de pessoas;

As Notas Fiscais devem ser de acordo com a sua finalidade, ou seja, compra de mercadorias/produtos deverá ser emitidas por empresas que possuem Notas de Vendas. Para as Contratações de Serviços deverão ser emitidas Notas de Prestação de Serviços.

Art. 15 - A compra de materiais de consumo abaixo do valor de R\$ 8.000,00 (oito mil reais) fornecidos com exclusividade por um único fornecedor está dispensada das etapas definidas nos incisos II e III do art. 3º do presente Regulamento.



§ 1º - A condição de fornecedor exclusivo será atestada pelo Setor Administrativo/Financeiro com base no referido "caput" deste artigo e aprovada pela Diretoria da entidade.

Art. 16 - Para fins do presente Regulamento considera-se serviços, toda atividade destinada a obter determinada utilidade de interesse do INSTITUTO ESPERANÇA - IESP, por meio de processo de terceirização, tais como: conserto, instalação, montagem, operação, conservação, reparação, adaptação, manutenção, transporte, serviços técnicos especializados, etc.

Art. 17 - Aplicam-se a contratação de serviços, no que couber, todas as regras estabelecidas nos artigos "Das Compras" do presente Regulamento, com exceção dos serviços técnico-profissionais especializados que ficam dispensados da exigência estabelecida no art. 7º do presente Regulamento.

#### **Dos Serviços Técnico-Profissionais Especializados:**

Art. 18 - Para fins do presente Regulamento considera-se serviço toda atividade destinada a obter determinada utilidade de interesse do INSTITUTO ESPERANÇA, por meio de processo de terceirização, tais como: conserto, instalação, montagem, operação, conservação, reparação, adaptação, manutenção, transporte, locação de bens, publicidade, seguro, consultoria, assessoria, hospedagem, alimentação, serviços técnicos especializados, produção de eventos esportivos, serviços gráficos, bem como obras civis, englobando construção, reforma, recuperação ou ampliação.

Art. 19 – Para fins do presente Regulamento, consideram-se serviços técnico-profissionais especializados os trabalhos relativos a:

estudos técnicos, planejamentos e projetos básicos ou executivos;

pareceres, perícias e avaliações em geral;

assessorias ou consultorias técnicas, jurídicas e auditorias;

fiscalização, supervisão ou gerenciamento de obras ou serviços;

patrocínio ou defesa de causas judiciais ou administrativas;

treinamento e aperfeiçoamento de pessoal;

prestação de serviços de assistência à saúde em áreas específicas;

informática, inclusive quando envolver aquisição de programas;

área que envolve as atividades específicas (esportiva) de atuação do IRN (pesquisa, ação educativa, palestrantes, entre outros).

Art. 20 – A contratação de serviços técnicos profissionais especializados de pessoa jurídica ou deverá ser precedida de comprovação de regularidade de constituição da empresa e sua regularidade fiscal e será comprovada pela apresentação dos seguintes documentos:

contrato social registrado

cópia do CNPJ

certidões negativas:

a) municipais



- b) estaduais
- c) federais

§ 1º - Se necessários à completa avaliação do fornecedor, a critério da Diretoria, outros documentos poderão ser exigidos.

ART. 21 - A Diretoria deverá selecionar criteriosamente o prestador de serviços técnico-profissionais especializados, que deverá ser pessoa jurídica ou física, considerando a idoneidade, a experiência e a especialização do contratado, dentro da respectiva área.

#### **Disposições Finais:**

Art. 22 – As despesas ordinárias com serviços gerais, tais como: cópias, motoboy, galões de água, dentre outras, desde que não seja um fornecedor regular, não se submetem as regras de compras e contratações, no entanto, serão cotadas periodicamente para certificação de que os valores pagos estão de acordo com o preço de mercado.

Art. 23 - As despesas de produtos não duráveis, de uso regular da entidade, tais como: produtos de limpeza, gêneros alimentícios perecíveis estão dispensados de cotação e serão realizadas com base no preço do dia.

Art. 24 - As seguintes hipóteses também dispensam cotação:

- a) compra ou locação de bens imóveis destinados ao uso próprio;
- b) celebração de parcerias, convênios e/ou termos de cooperação, desde que formalizados por escrito;
- c) operação envolvendo concessionária de serviços públicos e o objeto do contrato for pertinente ao da concessão; e
- d) aquisição de equipamentos e componentes cujas características técnicas sejam específicas em relação aos objetivos a serem alcançados.

Parágrafo único: A dispensa da cotação deve ser previamente fundamentada por escrito e ser autorizada pela Diretoria do INSTITUTO ESPERANÇA – IESP.

Art. 25 - Os casos omissos ou duvidosos na interpretação do presente Regulamento serão resolvidos pela Diretoria, com base nos princípios gerais de administração.

Art. 26- Os valores estabelecidos no presente Regulamento serão revistos e atualizados pela Diretoria, se e quando necessário.

Art. 27 – O presente Regulamento entrará em vigor a partir da data da aprovação do Conselho de Administração.

#### **3.2. Fluxo Operacional para Material Médico-Hospitalar e Medicamentos**

*Fluxo que será instituído para: seleção, aquisição, armazenamento, controle e gestão de estoque, definição de ponto de ressuprimento e distribuição de medicamentos e materiais médico-hospitalares; Prever pedido à farmácia por meio de sistema informatizado; separação dos medicamentos e materiais solicitados pelo profissional da farmácia; ateste do recebimento dos itens*



*pela enfermagem, após conferência; dispensação de medicamentos, incluindo aqueles sujeitos a controle especial (conforme Portaria 344/98); realização de visitas sistemáticas, pelos profissionais da farmácia, aos setores com estoque de medicamentos e materiais para verificação da cota pré-estabelecida.*

### **Fluxo Operacional para Material Médico-Hospitalar e Medicamentos**

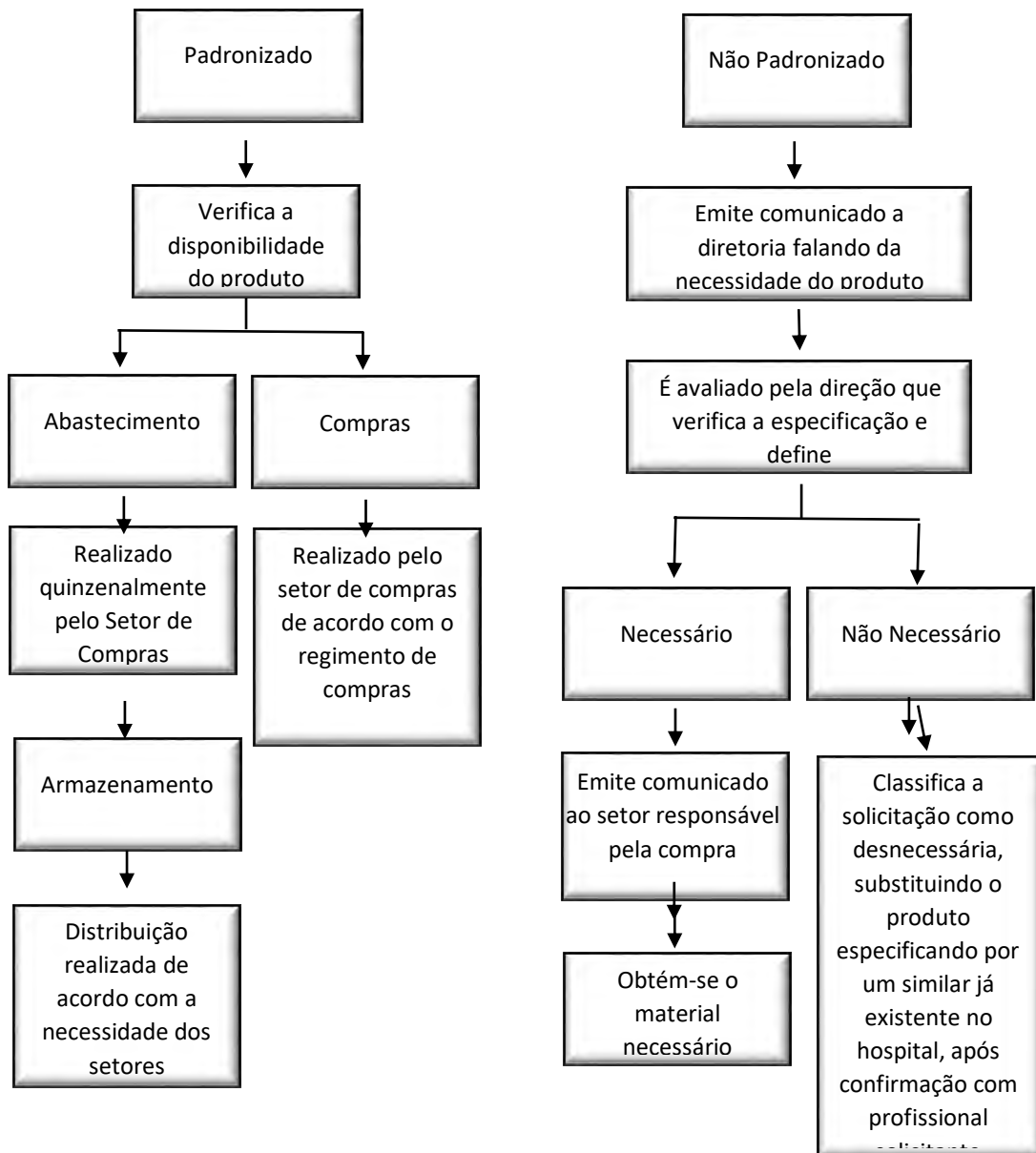
O objetivo desse fluxo será a dispensação de materiais e medicamentos pela farmácia e os modelos de especificação, seleção, padronização, classificação e codificação de materiais e medicamentos como as principais metodologias de gestão da logística hospitalar adotadas pelas organizações de saúde.

Materiais são considerados insumos ou fatores produtivos, de natureza física, com determinada durabilidade, empregados na realização de procedimentos/atividades assistenciais aos pacientes. A área de gestão de materiais e medicamentos é um dos setores que demandam maior controle, pois exige acompanhamentos constante do setor fármaco e de biossegurança. A gestão de materiais é um processo no qual se planeja, executa e controla, em condições mais eficientes e econômicas, o fluxo de materiais, partindo das especificações dos artigos a comprar até a entrega do produto.

Para tanto, a IESP, utilizará protocolos de controle de materiais que não estejam padronizados. Serão utilizados formulários onde os materiais deverão ser solicitados e liberados após a avaliação da equipe técnica e do diretor técnico, avaliando a necessidade do paciente, posteriormente serão enviados para o setor de compras viabilizando a compra dos mesmos.



### FLUXO DO MATERIAL MÉDICO HOSPITALAR E MEDICAMENTOS



Logística de suprimento



Ponto de Ressuprimento

Para pedidos de abastecimento do setor, deve ser obedecida a cota por item anteriormente estabelecida entre a farmácia e a enfermagem. Deverão ser realizadas, de forma sistemática, visitas aos setores com estoque de medicamentos e materiais para verificação de cota pré-estabelecida e recolhimento dos excessos, se necessário.

O ponto de ressuprimento será definido pela capacidade máxima de armazenamento de estoque dividida pelo volume de uso diário dos insumos, considerando a velocidade de entrega dos fornecedores, cadastrados previamente, para fornecimento de medicamentos, materiais médico-hospitalares e insumos.

O estoque central da Unidade ficará em constante vigilância pelo profissional de farmácia alocado no setor, não permitindo a saída de materiais ou medicamentos sem a devida requisição, na forma do que é preconizado para cada situação.

O estoque circulante será acompanhado de requisição, não podendo ser portado sem a devida prescrição, ou designação de destino. O profissional de farmácia fará rotas de inspeção periódicas, durante o plantão, para garantir a correta aplicação dos insumos nos setores destinados a eles.

Fluxo de distribuição de medicamentos




Ao final dos processos os medicamentos solicitados para a utilização da Unidade ficam dispostos no setor de Farmácia sendo dispensado por meio de receitas ao postos de enfermagem para a manutenção e aplicação de acordo com os protocolos. Para os medicamentos especiais, controlados e antibióticos há uma caixa lacrada; onde estará descrito todos os dados técnicos seguindo as diretrizes existentes.

O pedido à farmácia deve ser realizado, via sistema informatizado, por paciente de acordo com a prescrição médica. O plantonista da farmácia recebe via sistema o pedido e faz a separação dos medicamentos e materiais solicitados. A enfermagem atesta o recebimento, após a conferência

O pedido à farmácia deverá constar nome de paciente, de acordo com a prescrição médica; separação dos medicamentos e materiais solicitados pelo profissional da farmácia; ateste do recebimento dos itens pela enfermagem, após conferência; dispensação de medicamentos, incluindo aqueles sujeitos a controle especial.

A petição de Autorização Especial será protocolizada pelos responsáveis da Unidade junto à Autoridade Sanitária local. Após a inspeção da Unidade e Autorização Especial de acordo com os roteiros oficiais pré-estabelecidos, para avaliação das respectivas condições técnicas e sanitárias, emitindo parecer sobre a petição e encaminhando o respectivo relatório à Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde para recebimento do Certificado de Autorização Especial.

As eventuais alterações serão solicitadas mediante o preenchimento de formulário específico à Autoridade Sanitária local, que o encaminhará à Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde de acordo com a portaria 344/98; para os termolábeis uma geladeira e para os outros tipos de medicamentos em armário e gaveta, identificados com nomes em cada repartição específica. Sendo que apenas o responsável farmacêutico deverá ter acesso.

Para dispensação de medicamentos psicotrópicos (Portaria 344/98) deve ser exigida receita carimbada e assinada pelo médico solicitante.

Para pedidos de abastecimento do setor, deve ser obedecida a cota por item anteriormente estabelecida entre a farmácia e a enfermagem.

Deverão ser realizadas, de forma sistemática, visitas aos setores com estoque de medicamentos e materiais para verificação de cota pré-estabelecida e recolhimento dos excessos, se necessário.

A listagem dos itens padronizados da Unidade fica disponível aos profissionais. A solicitação de medicamentos e materiais não padronizados só poderá ser atendida após análise da justificativa médica e autorização do CISAMU e da Direção Clínica da Unidade.

A sistemática implantada na Unidade será definida através de rígido sistema de controle informatizado, com aferição diária dos produtos de alto custo e produtos controlados, em regime de prescrição especial, com contagem e aferição do almoxarifado de medicamento mensalmente.

O Planejamento das ações dentro do âmbito farmacêutico será regido pelas regras constantes no Conselho Regional de Farmácia, e coordenado dentro da Unidade pelo farmacêutico Responsável Técnico.

### 3.3. Protocolo de Manutenção de Ambulâncias

*Periodicidade da manutenção preventiva, protocolo para manutenção corretiva, reposição de peças, classificando as ações em baixa, média e alta complexidade.*



## **Regras Gerais do Protocolo de Manutenção de Ambulâncias**

Deve ter manutenção corretiva nos veículos sempre que necessário, devendo ainda apresentar um plano de manutenção preventiva contendo:

- Serviços de manutenção e reparos mecânicos em geral;
- Serviços de suspensão completa, bem como direção hidráulica e mecânica, balanceamento e geometria, montagem e desmontagem de pneus;
- Serviços de retífica parcial e total de motores, turbinas, bombas e bicos injetores;
- Reparos de radiadores a água, ar, óleo;
- Montagem e desmontagem e reparos em sistema de transmissão;
- Montagem e desmontagem e reparo em sistemas de frenagem hidráulicos e pneumáticos, e substituição dos componentes agregados ao sistema de freio;
- Mão de obra especializada em manutenção de sistemas de ar climatizados e ar condicionado;
- Serviços de manutenção e reparos elétricos em geral;
- Serviços de sistema elétrico / eletrônico, bem como gerenciamento eletrônico de motores;
- Serviços de funilaria, lataria, pintura, tapeçaria, vidraçaria;
- Serviços de conserto e troca de fechaduras, trincos, dobradiças;
- Substituição e recomposição de borrachas de vidros e portas em geral;
- Troca regular dos pneus de todas as viaturas que compõem a frota SAMU.
- A reposição de peças deverá correr por conta da OS, sempre com utilização de peças genuínas e de procedência, e que garanta máxima segurança dos usuários e o perfeito funcionamento das unidades;
- tempo de permanência das Unidades em oficinas deverá ser o mais breve possível, fazendo com que retorne as operações com rapidez e em perfeito funcionamento.
- Para manutenções preventivas ou corretivas de BAIXA complexidade, tais como, trocas de óleo e lubrificantes, pastilhas de freio, revisão elétrica, trocas de pneus, balanceamento e geometria, entre outros, o prazo máximo para retorno a operação será de 02 (dois) dias;
- Para manutenções preventivas ou corretivas de MÉDIA complexidade, tais como, substituição de peças que requeiram análise mais profunda ou mão de obra terceirizada, substituição de peças internas de motores, entre outros, o prazo máximo para retorno a operação será de 15 (quinze) dias;
- Para manutenções preventivas ou corretivas de ALTA complexidade, tais como, substituição de peças que requeiram análise mais profunda ou mão de obra terceirizada, retíficas dos motores, entre outros, o prazo máximo para retorno a operação será de 30 (trinta) dias;

**Manutenção Preventiva:** Sendo uma intervenção técnica, planejada, prevista e executada antes da ocorrência de falhas, ela é responsável por fazer um diagnóstico preciso das condições do veículo e determinar providências que impeçam prejuízos e acidentes no futuro.

**Pneus:** Verificar a situação dos pneus é uma medida que garante a segurança e eficiência na condução. Efetuar a troca no tempo correto é fundamental para garantir a conservação e segurança do veículo e dos tripulantes.

**Suspensão:** Avaliar as condições dos amortecedores, molas e, se for o caso, todo o sistema de suspensão, a fim de garantir que tudo está em ordem.

**Freios:** Conferir se os freios estão funcionando adequadamente é essencial para evitar acidentes e preservar a integridade física de seus colaboradores. É importante ressaltar que esse procedimento,





necessariamente, deve ser realizado de maneira preventiva, já que os danos de um problema como esse podem ser irreversíveis.

**Fluidos:** Conferir os níveis de fluidos (óleo motor, fluido de freio, líquido de arrefecimento) adequadamente é essencial para manter o bom funcionamento do veículo e evitar danos.

**Motor:** Fazer a checagem da saúde dos motores da frota também é indispensável, é importante sempre conferir os níveis e a pressão do óleo, a temperatura e o desempenho do motor e, dessa forma, evitar que problemas mais graves surjam e demandem algum tipo de manutenção corretiva que deixe o veículo parado.

**Sistema Elétrico:** A parte elétrica de um veículo também merece atenção durante os procedimentos de manutenção preventiva. Os veículos mais modernos possuem sistemas elétricos que comandam processos importantes para o seu funcionamento e, por isso, qualquer problema nesse ponto pode deixar o veículo inoperante.

**Manutenção Corretiva:** A manutenção corretiva é o conserto ou substituição de algum componente em razão da quebra ou desgaste excessivo. Ela possui custos muito mais elevados, se comparada à preventiva, já que, além de ter que fazer a reposição de peças, é comum que o veículo fique parado enquanto é consertado.

A manutenção corretiva serve para resgatar o funcionamento do veículo e conservar o seu estado inicial. Os veículos devem ser substituídos por um reserva, onde as manutenções corretivas ultrapassam 30 minutos de manutenção.

**Manutenção Funilaria e Pintura:** O serviço de funilaria e pintura deverá ser feito por oficina qualificada e serem aprovadas mediante 03 orçamentos e após a verificação de culpabilidade, conforme Termo de Responsabilidade por Utilização de Veículo da Empresa.

**Aquisição de peças:** As peças de reposição devem ser genuínas, com garantia e serem aprovadas mediante a 03 orçamentos.

#### **Fluxo de problemas com o veículo**

Comunicar a central de regulação médica e pedir apoio para transportar a vítima até a unidade de saúde, se necessário.

Comunicar a coordenação da frota sobre o problema e relatar o ocorrido com o veículo. A coordenação de frota deve informar a melhor conduta a ser tomada para a resolução do problema.

Comunicar o enfermeiro de plantão.

Acionar o guincho se necessário e encaminhar o veículo a oficina responsável pela manutenção.

**Oficina:** A oficina deve ter qualificação comprovada por carta de capacitação em veículos de emergência.

**Relatório de manutenção:** O relatório de custos deve permitir que se faça a mensuração precisa de todos os gastos com a frota, deixando claras as formas como os recursos estão sendo direcionados para a compra de combustíveis, manutenção, peças e pneus.

A oficina deve enviar uma ordem de serviço com detalhamento da manutenção executada, peças trocadas com valores e tempo de serviço.



**Controle de manutenção e serviços:** O Coordenador da frota irá projetar ações que gerem redução das despesas sem que haja prejuízo na dinâmica do setor. Mantendo relatório de controle de todas as manutenções preventivas e corretivas.

**Abastecimento:** O abastecimento deverá ser feito por posto bandeirado e com o combustível correto determinado pelo fabricante do veículo.

## PLANO DE MANUTENÇÃO PREVENTIVA – AMBULÂNCIA

COMPARTIMENTAÇÃO/SERVIÇO	Complexidade
<b>CARROCERIA/ACESSÓRIOS</b>	
CABINE/CARROCERIA/CHASSI: Efetuar lavagem completa	Baixa
CABINE/CARROCERIA/CHASSI: Verificar trincas e pontos de corrosão e reapertar parafusos de fixação	Baixa
5ª RODA: Verificar funcionamento, folgas, fixação e lubrificar	Baixa
ENGATE PARA REBOQUE: Verificar funcionamento folgas e fixação.	Baixa
TACOGRAFO: Verificar funcionamento	Baixa
CINTOS DE SEGURANÇA: Verificar estado e fixação	Baixa
FECHADURAS, ACIONAMENTO DOS VIDROS, CAPÔ DO MOTOR, BATENTES: Verificar funcionamento	Baixa
DOBRADIÇAS E FECHADURAS: Lubrificar	Baixa
TUBULAÇÃO DE ESCAPE/ SILENCIOSO: Verificar fixação de ruptura	Baixa
EIXOS/ ARTICULAÇÕES DOS PEDAIS: Lubrificar	Baixa
VELOCIMETRO: Verificar funcionamento	Baixa
EXTINTOR/ CHAVE DE RODAS/ MACACO/ TRIÂNGULO: Verificar existência; a pressão; validade da carga e funcionamento	Baixa
PORTAS: Verificar funcionamento, Desobstruir orifícios de drenagem	Baixa
<b>SUSPENSÃO</b>	
MOLA DIANTEIRA/MOLA TRASEIRA: Verificar lâminas e braçadeiras	Média
MOLA DIANTEIRA/MOLA TRASEIRA: Reapertar alças e grampos em "U"	Média
MANGA DE EIXO: Verificar estado	Média
AMORTECEDORES: Verificar fixação (borrachas) e vazamentos	Média
PARAFUSOS DE FIXAÇÃO: Reapertar	Baixa
PINO MESTRE: Verificar folga	Média
SUSPENSÃO DE AR: Verificar danos nos cones das câmaras de ar e limpar	Média
<b>DIREÇÃO</b>	
CAIXA DE DIREÇÃO: Verificar nível de óleo e vazamentos, completar se necessário	Alta
CAIXA E BRAÇOS INTERMEDIÁRIOS: Verificar fixação	Média
CAIXA E TERMINAIS: Verificar folga do setor; estado e folga do mecanismo e dos terminais da direção	Alta
AMORTECEDOR: Verificar fixação e vazamentos	Média
ALINHAMENTO: Verificar, corrigir se necessário	Média
<b>FREIOS</b>	
FREIO DE SERVIÇO: Verificar folga, regular se necessário	Média
FREIO DE ESTACIONAMENTO: Verificar ação, regular se necessário	Média
LONAS DE FREIO: Verificar espessura, trocar se necessário	Baixa
FREIO DE DISCO: Comprovar o desgaste das planilhas de freio. Se necessário substituir	Média
CILINDRO MESTRE: Verificar nível de óleo e completar se necessário	Média
CANALIZAÇÕES: Verificar quanto a vazamentos (óleo/ar)	Média
HIDROVÁCUO: Verificar ação, limpar filtro de ar	Baixa
CABO DO FREIO DE ESTACIONAMENTO: Lubrificar, inclusive articulações	Média

CILINDRO DE RODAS, MOLAS E TRAVAS: Verificar	Baixa
RESERVATÓRIO DE AR: Drenar água de condensação, limpar válvula de segurança	Baixa
BOMBA DE VÁCUO: Reapertar tubulações de óleo (depressor)	Média
<b>RODAS</b>	
ROLAMENTO DAS RODAS: Verificar e ajustar folga	Média
PNEUS: Verificar desgastes e calibrar, incluindo o pneu reserva, e efetuar o rodizio	Baixa
RODAS: Verificar estado e aperto	Baixa
CUBOS DAS RODAS: Verificar estado; Trocar a graxa a cada ano (ou 90.000 km) e os vedadores	Baixa
BALANCEAMENTO: Verificar, corrigir se necessário	Baixa
<b>TRANSMISSÃO</b>	
CARDÃO: Verificar folga e lubrificar	Média
CRUZETAS: Verificar folga e lubrificar	Média
ARVORE DA TRANSMISSÃO: Verificar folgas e desgaste da luva deslizante e do mancal intermediário	Média
ROLAMENTOS: Verificar folga e lubrificar	Média
DFERENCIAL: Verificar nível de óleo e vazamento, limpar os bujões magnéticos (trocar óleo a cada 90.000 km)	Alta
JUNTAS HOMOCINETICAS: Verificar coifas	Alta
<b>EMBREAGEM</b>	
DISCO: Examinar espessura e comprovar o desgaste	Média
PEDAL: Verificar folga, regular se necessário	Baixa
CABO: Verificar estado e lubrificar	Baixa
CILINDRO DA EMBREAGEM: Verificar nível do fluido	Baixa
EIXO: Lubrificar eixo de acionamento do rolamento da embreagem	Média
<b>CAIXA DE MUDANÇA</b>	
CAIXA DE CÂMBIO: Verificar fixação, nível de óleo e vazamentos (trocar óleo a cada 90.000 km)	Média
MARCHAS: Verificar engates (trambulador)	Média
CAIXA DE CÂMBIO: Limpar filtro de ar	Baixa
COXINS: Verificar estado	Média
TOMADA DE FORÇA: Verificar fixação e funcionamento	Alta
<b>SISTEMA ELÉTRICO</b>	
LIMPADOR DE PARA-BRISA: Verificar funcionamento e nível do liquido	Baixa
BORNES E TERMINAIS DA BATERIA: Limpar e reapertar	Média
MOTOR DE PARTIDA: Testar funcionamento	Média
BUZINA, FARÓIS, LANTERNAS E SNALIZADORES: Verificar funcionamento e efetuar regulagens	Baixa
INSTRUMENTOS DO PAINEL: Verificar funcionamento e efetuar regulagens	Baixa
GERADOR / REGUL. VOLTAGEM: Verificar desgaste das escovas e folga dos rolamentos; testar condições de carga	Média
FIOS E CONEXÕES: Verificar estado	Baixa
BATERIA: Limpar, reapertar, lubrificar cabos dos polos; medir densidade, completar o nível de solução se necessário	Baixa
<b>MOTOR</b>	
FILTRO DE ÓLEO: Trocar	Baixa
VALVULAS: Examinar folgas, regular com motor frio ou pelo menos 30 min. após tê-lo desligado se necessário	Baixa
MOTOR: Verificar vazamentos (óleo, e água)	Média
COXINS: Verificar estado e reapertar	Baixa
COLETOR DE ESCAPE: Reapertar	Média
ÓLEO DO CARTER: Trocar e limpar bujão magnético; Reapertar os parafusos de fixação observando o momento de força	Média
MOTOR: Verificar funcionamento, quanto a ruídos	Média

MANGUEIRAS: Verificar estado e vazamentos	Baixa
CABEÇOTE: Verificar aperto e vazamentos	Média
TANQUES DE ÓLEO DIESEL: Drenar água	Média
<b>IGNIÇÃO</b>	
PLATINADO: Verificar estado e regular abertura	Alta
EIXO EXCENTRICO: Lubrificar	Alta
IGNIÇÃO: Verificar ponto e funcionamento dos avanços	Alta
TAMPA DO DISTRIBUIDOR: Verificar trinca eletrodo	Média
VELAS: Limpar e testar, calibrar se necessário	Baixa
<b>ARREFECIMENTO</b>	
FILTRO: Trocar filtro de água de arrefecimento	Média
RADIADOR: Verificar fixação, danos, ou obstrução por insetos, bem como nível de água e vazamento	Média
CORREIAS: Verificar estado de regular tensão se necessário	Baixa
BOMBA D'AGUA: Verificar ruídos e vazamentos	Média
VENTILADOR: Verificar funcionamento	Baixa
INTERCOOLER: Verificar vazamento de pressão do turbo nas mangueiras (testar com pressão de ar 1 kg)	Média
<b>ALIMENTAÇÃO</b>	
BOMBA DE COMBUSTÍVEL: Limpar tela metálica	Média
FREIO DE ESTACIONAMENTO: Verificar ação, regular se necessário	Baixa
CARBURADOR: Limpar, verificar regulagem e lubrificar articulações e cabo do afogador	Baixa
BOMBA INJETORA: Controlar funcionamento; Verificar lacre e discos de acoplamento da bomba, regular se necessário	Média
BICO INJETOR: Verificar pressão, limpar e regular	Média
COPO DE SEDIMENTAÇÃO: Verificar e limpar	Média
FILTRO DE AR: Verificar estado e limpar válvula de descarga de pó	Baixa
MARCHA LENTA: Verificar funcionamento, regular se necessário	Média
SISTEMA DE ALIMENTAÇÃO: Verificar vazamentos e estado das mangueiras	Média
TUBULAÇÕES, CONEXÕES, BRAÇADEIRAS: Reapertar parafusos de fixações	Baixa
ESCAPE: Verificar e analisar a emissão de fumaça preta, efetuando o teste dos gases com aparelho Opacímetro digital	Alta
FILTRO DE COMBUSTÍVEL: Trocar o elemento filtrante	Baixa

### 3.4. Rotina Administrativa e Financeira

*Métodos direcionados ao controle de atividades exercidas administrativamente, controle exercido pela administração, cumprimento das metas e orçamentos e a observância à legislação e às normas gerais que regulam o exercício das atividades profissionais; controle da observância à legislação e às normas gerais; controle do uso e guarda dos bens; controle orçamentário e financeiro das receitas e despesas.*

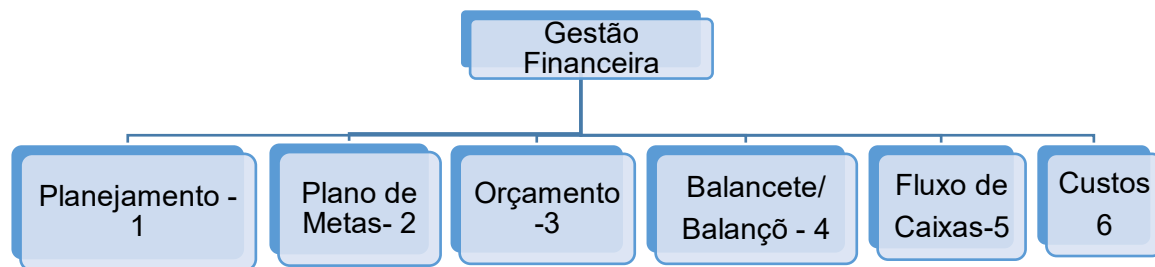
### Manual de Rotinas para Administração Financeira

#### Conceito Geral



As atividades desenvolvidas numa organização se traduzem em fluxos de entradas e saídas de dinheiro, os quais são necessários equilibrar-se. Na realidade, os responsáveis financeiros de uma organização cuidam para que a corrente de fluxos de caixa se mantenha sem rupturas. Assim, o processo da gestão financeira é uma atividade de planejamento, implementação e controle dos recursos.

As atividades envolvem o desembolso e /ou captação de recursos, sendo a gestão financeira fornecer informações adequadas para subsidiar as decisões relativas à prestação de serviços à sociedade e aos colaboradores.



**Planejamento:** É uma das funções básicas da administração. Determina como a empresa deverá agir para atingir seus objetivos. Envolve a seleção de estratégias particulares de ação com base no plano de metas estabelecido.

Planejar é decidir com antecedência o que precisa ser feito, como será realizado/quais os critérios para o seu desenvolvimento, quem será o responsável por cada tarefa e como controlar o desempenho.

**Plano de Metas:** É o instrumento pelo qual as metas deverão ser alcançadas. Note-se que meta é um objetivo quantificado.

As metas, para serem realizáveis, devem levar em consideração o cenário em que a organização atua. Devem incluir também uma avaliação realista quanto aos recursos humanos, materiais e tecnológicos existentes na entidade, e os que se encontram acessíveis e podem ser adquiridos.

Devem definir os setores envolvidos nelas, os objetivos, as atribuições e as responsabilidades inerentes à cada área.

**PLANO DE METAS- Ano .....**

(modelo)

Situação	Metas	Plano de Ação	1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre	4º Trimestre	Recursos Necessários
----------	-------	---------------	--------------	--------------	--------------	--------------	----------------------



--	--	--	--	--	--	--	--

**Orçamento:** Pode ser definido, em termos amplos, como o documento financeiro formal, que fixa a execução das responsabilidades, planejamento, coordenação e controle da administração.

Prevê Receitas e determina Despesas-para; um-período pré-fixado, - (geralmente um ano);

Um programa, orçamentário será sempre, útil, para qualquer organização, independentemente de seu-tamanho e grau -de complexidade -:A habilidade de se fazer orçamentos-, -previsão de receita e fixação de despesas, indispensável para a gestão. Precisamos exercitar, continuamente, a transformação de nossos objetivos e metas em valores financeiros.

**Balancete:** Permite demonstrar a situação financeira da entidade no mês bem como confrontar valores previstos com o realizado. Além disso, visa promover a correção de rumos quando necessária.

**Balanco Patrimonial:** É uma fotografia das características financeiras de uma entidade social. Como uma fotografia, o balanço retrata um momento específico da instituição, fornecendo a medida financeira do estoque dos bens da entidade bem como os, direitos e obrigações. Para isso, elaborar um plano de contas de acordo com os objetivos de cada empresa, as características de seu ramo ou setor de atividade.

Todo balanço deverá, obrigatoriamente, ser assinado por Contador devidamente registrado no Conselho Regional de Contabilidade -|CRC. Facultativamente, será assinado pelo Presidente e Tesoureiro. Obrigatoriamente, deverá ter o parecer do Conselho Fiscal e ser publicado em jornal de circulação.

**Fluxo de Caixa:** O controle financeiro de qualquer entidade social depende de um acompanhamento detalhado das entradas e saídas de dinheiro da entidade. Provavelmente, o fluxo de caixa é o. mais importante instrumento de controle e fornece elementos para um contínuo monitoramento; das finanças da entidade.

Funciona como um sistema de alerta que antecipa, eventuais dificuldades ou desvios dos objetivos planejados.

As principais fontes de caixa normalmente são subdivididas em:

- Saldo inicial de Caixa;
- Receitas de serviços prestados;
- Contratos e convênios governamentais;
- Doações de pessoas físicas ou jurídicas;
- Receitas financeiras;
- Vendas de bens de capital;



- Empréstimos;

As saídas de caixa geralmente são:

- Despesas operacionais (salários e encargos, alimentos, medicamentos, manutenção de equipamentos, etc.)
- Compras de bens de capital;
- Pagamentos de empréstimos. (juros e principal);
- Saldo final de Caixa.

**Custos:** Representa um instrumento cujo objetivo é proporcionar à administração informações confiáveis e oportunas, que lhe possibilitem obter maior segurança em cada processo de decisão e medir a eficiência com que as operações vêm sendo conduzidas. Neste caso, a Contabilidade de Custos seria importante base de dados para a mensuração dos custos de atendimento.

Utiliza nomenclatura própria, em que determinados termos apresentam sentido distinto do aplicado pela economia:

- Gasto: consumo de bens ou serviços;
- Custo: gasto (de recursos) relativo aos bens ou serviços utilizados na produção de outros bens de serviços;
- Custos diretos: são os custos aplicados diretamente e classificam-se em: material direto, mão-de-obra direta;
- Custos indiretos: são os custos que necessitam de critérios de rateio para sua alocação. Classificam-se em: mão-de-obra indireta, material indireto, outros custos indiretos;
- Custos fixos: são aqueles que permanecem constantes dentro de determinada capacidade instalada, não se alteram com as modificações na quantidade produzida, isto é, independente do volume de produção, o valor permanecerá o mesmo;
- Custos variáveis: são aqueles que acompanham o crescimento do volume de produção na mesma proporção ou com a mesma intensidade;
- Custo real de produção: devem ser considerados, na apuração do custo de produção: custos diretos (ex.: materiais diretos, mão-de-obra direta) e custos indiretos.

#### **Importante notas sobre Plano de Contas:**

Para instituições sem lucrativos, a correção monetária do patrimônio próprio deve ser agregada ao Plano de Contas diretamente. Além disso, no final de cada exercício, \*o superávit ou déficit desse mesmo exercício devem também ser levados contra ele, as doações, creditadas diretamente.

O mais correto não é ter apenas o Plano de Contas, mas o Manual de Contas. Este nada mais é do que o Plano com os comentários do uso e dos princípios de avaliação relativos a cada conta.



O grupo de contas apresentado, de compensação, é um grupo não publicáveis más que funciona muito bem para propiciar controles à entidade. É, também, quando bem utilizado, fonte para elaboração das notas explicativas.

Quando a entidade recebe valores vultosos e de diversas fontes, cada uma delas subordinando o uso desses recursos a uma determinada finalidade, o melhor é partir para a "Contabilidade de Fundos".

### **Conceitos básicos da gestão financeira**

- As tarefas da função financeira
- A função financeira na prática
- Objetivos e limites da função financeira
- Papel da análise financeira na gestão
- Origem e aplicação dos recursos financeiros
- Descrição dos documentos financeiros normalmente produzidos
- Contabilização de operações

A atividade financeira de uma empresa requer acompanhamento permanente dos seus resultados, de maneira a avaliar o desempenho, bem como proceder aos ajustes e correções necessários.

### **Atribuições do Administrador Financeiro:**

- Análise de registros e informações contábilísticas;
- Projeção de movimentos de fundos;
- Aplicação de fundos excedentes;
- Fornecimento de informações aos níveis hierárquicos de topo sobre as perspectivas financeiras futuras da organização;
- Elaboração de planos para fontes e usos de fundos, a curto e a longo prazos.
- Circuito de compras e gestão patrimônio
- Gestão de tesouraria

### **Papel do Gestor Financeiro:**

- Para desenvolver a sua atividade, a empresa necessita de **ativos reais**.

Alguns são tangíveis, como os equipamentos, as instalações fabris e escritórios, outros intangíveis, como os conhecimentos tecnológicos, as marcas registradas e as patentes. Todos eles têm de ser comprados.





– O gestor financeiro se posiciona na atividade operacional da empresa e os mercados financeiros onde os investidores adquirem os ativos financeiros emitidos pela empresa.

### As tarefas da função financeira

– A função financeira pode, em primeiro lugar, identificar---se com o papel do tesoureiro, ou seja, na função que consiste em efetuar os recebimentos e os pagamentos decorrentes do exercício da atividade da organização.

– As suas preocupações consistem na manutenção de um saldo de tesouraria que lhe permita assegurar o normal funcionamento da organização, na rapidez e segurança da cobrança das dívidas dos clientes e outros devedores da organização e no escalonamento adequado da liquidação dos débitos aos fornecedores.

– O gestor financeiro assume um papel muito ativo na gestão da empresa e, são lhe atribuídas algumas responsabilidades que excedem o campo restrito das decisões financeiras correntes.

A gestão financeira contemporânea engloba, assim, um conjunto de tarefas que podem sintetizar no seguinte esquema:

Gestão Financeira			
Gestão financeira estratégica		Gestão financeira corrente	
Ativos não correntes	Capital próprio		Passivos correntes
	Dividendos	Ativos correntes	
	Passivo não corrente		
Avaliação e gestão de performance		Planejamento e controlo da gestão corrente	

A gestão financeira estratégica, em certa medida, não é mais do que uma extensão da concepção tradicional da função financeira centrada sobre as fontes de financiamento, as formas de aplicação do capital, o seu planeamento e o controlo da rentabilidade do capital investido.

A gestão de tesouraria é como o próprio nome indica, um prolongamento das tarefas originais da função financeira – papel do tesoureiro –, em relação à qual se destaca;

– Gestão de ativos correntes: que compreende para além da gestão de caixa e equivalentes, a gestão ou controlo do crédito concedido aos clientes, controlo financeiro dos inventários de existências, etc.

– Gestão do passivo corrente: que engloba a gestão das relações financeiras com os fornecedores e restantes devedores correntes (ex. estados e outros entes públicos)

– Outro papel importante no curto prazo é o acompanhamento e o controlo da execução orçamental, função tipicamente atribuída ao *controller*.



O documento central da gestão financeira corrente é o Orçamento de Tesouraria, que não é mais do que a tradução do orçamento global da empresa em termos de recebimentos e pagamentos previsionais, com vista ao teste do equilíbrio da tesouraria no curto prazo

### **Objetivos e limites da função financeira**

A teoria financeira é uma aplicação da teoria microeconomia da empresa, cujo objetivo é tipicamente apresentado pela maximização do lucro. Acontece que o conceito de lucro não é, nem muito operacional, nem tão---pouco relevante para uma disciplina que se preocupa essencialmente com os fluxos de caixa.

Os principais objetivos:

- Obter o montante adequado para a continuidade do negócio.
- Conservar o Capital e saber obter o lucro com o uso desse Capital, para que os investimentos continuem fluindo.

### **Papel de análise financeira na gestão**

Compete à análise financeira a apreciação crítica dos objetivos da função financeira. Deve, assim, a análise financeira concluir se uma empresa tem ou não criado valor para os seus acionistas numa análise histórica, ou numa análise previsional (exemplo do plano estratégico) se é estimada a criação de valor. Deve então explicar as razões que levam, ou levaram naquela situação, à criação ou não criação de valor.

### **Áreas de decisão na administração financeira:**

- **Investimento:** Avaliação e escolha de alternativas de aplicação de recursos nas atividades normais da empresa. Conjunto de decisões visando dar a empresa e/ou organização a estrutura ideal em termos de ativos --- fixos e correntes --- para que os objetivos da empresa como um todo sejam atendidos.
- **Financiamento:** Definir e alcançar uma estrutura ideal em termos de fontes de recursos, dada a composição dos investimentos.
- **Utilização (destinação) do Lucro Líquido:** Também conhecida como Política de Dividendos, que se preocupa com a destinação dada aos recursos financeiros que a própria empresa gera em suas atividades operacionais e extra---operacionais.

### **Patrimônio**

O patrimônio é um conjunto de Bens, Direitos e Obrigações pertencente a uma unidade económica no exercício da sua função.



O Patrimônio será composto pelos valores em Caixa, Bancos, Edifícios, terrenos, equipamentos, veículos, mercadorias, dívidas a terceiros e dívidas dos terceiros etc.

Convém salientar que o Patrimônio difere de empresa para empresa conforme o seu caráter e dimensão. Por outro lado, também faz parte do seu patrimônio as dívidas para com terceiros pois que muitas das vezes as empresas são criadas com créditos de Instituições Financeiras.

Assim, o Patrimônio é o conjunto de ATIVO que engloba o conjunto de bens e direitos e PASSIVO, apenas conjuntos de Obrigações.

## **Contabilidade**

As contas têm nome, número e classificação. A essa classificação prévia chamamos de Plano Oficial de Contas.

No entanto, e dada a realidade das organizações, vamos debruçar sobre apenas algumas Contas e procedimentos contabilísticos mais correntes e que são movimentadas/efetuados com frequência:

⇒ **CAIXA** (Pagamentos e Recebimentos de valores em numerário)

⇒ **BANCO** (Pagamentos e recebimentos)

⇒ **RECONCILIAÇÃO DAS CONTAS BANCÁRIAS** (verificação dos registos que possuem na empresa e dos registos dos Bancos – se coincidem ou não).

⇒ **A CONFERÊNCIA DE CAIXA** deve ser prática na empresa como medida de gestão. A Direção deve aquando da elaboração do Regulamento Interno de Funcionamento definir a periodicidade das Conferências de Caixa em conjunto com a Direção Financeira.

⇒ **STOCKS** devem ser não só organizados como também inventariados. O inventário pode ser feito periodicamente ou permanentemente. O inventário é importante para evitar rupturas.

## **Origens e aplicações dos Recursos Financeiros**

O Balanço Patrimonial pode ser analisado sob uma óptica estritamente financeira, evidenciando por meio do passivo, as fontes de recursos financeiros que financiaram as atividades da empresa e/ou organização, se próprio ou de terceiros; e por meio do ativo, como esses recursos foram aplicados dentro da empresa, se em bancos, stocks, bens, etc.

Origens dos Recursos: Recursos próprios e Recurso de terceiros

Aplicação dos Recursos:

- Stock de mercadorias
- Bens/Investimentos
- Aplicações financeiras
- Contas a pagar (salários, impostos, entre outros)



### Descrição dos documentos financeiros

Os planos anuais e plurianuais de atividade são a base de todos os documentos financeiros normalmente produzidos.

Orçamento de Encargos de Funcionamento: neste orçamento vamos analisar e quantificar todas as despesas que a empresa terá para poder funcionar, tendo por meta, um Plano Anual., considerando-se:

- Fornecimento de Terceiros
- Serviços de Terceiros
- Impostos Indiretos
- Impostos Diretos
- Despesas C/ Pessoal
- Despesas Financeiras
- Outras Despesas e Encargos
- Amortizações e Reintegrações do exercício

Orçamento de Vendas: As vendas de produtos e serviços, (receitas)

Orçamento de Tesouraria: Quanto mais e melhor informação o Gestor tiver acesso mais facilitada se torna a sua tarefa. Devemos prever as entradas e saídas de dinheiro em cada mês pois que temos compromissos a cumprir. Temos salários e outras despesas e, como tal convém ter uma ideia de tudo o que temos a pagar e a receber em cada mês. Estes dados devem constar do Orçamento de Tesouraria.

Controle Orçamentário: Fazer previsões no tempo e não controlar se os planos a serem cumpridos é um erro que nenhum gestor deve cometer. Convém sempre e, pelo menos trimestralmente verificar se existem desvios aos planos. O mapa de Controle Orçamentário é o instrumento que nos permite avaliar tais casos e introduzir as correções necessárias. Utilizando o Orçamento de Encargos de Funcionamento podemos ver se o que fora previsto está a ser executado da mesma forma ou não.

Relatório e Contas de Gestão: As empresas têm por obrigação chegar ao fim de cada ano (Exercício Económico) e medir a eficácia da gestão. No fim de cada ano deve apresentar o Relatório e Contas de Gestão., Toda a informação deverá ser apresentada por mapas quantificados e com explicações como por exemplo o Balanço em 31 de dezembro de cada ano.

O parecer sobre a gestão é missão normalmente do Conselho Fiscal. O Conselho de Administração ou qualquer outra designação dada, analisará e decidirá sobre a Aplicação dos Resultados obtidos.



### 3.5. Protocolo de Manutenção de Equipamentos e Bens Móveis e Imóveis

*Periodicidade da manutenção preventiva, protocolo para manutenção corretiva, reposição de peças, classificando as ações em baixa, média e alta complexidade.*

#### **A ROTINA DE MANUTENÇÃO DE EQUIPAMENTOS BENS E MOVEIS E IMOVEIS**

A seguir foi elaborado um “passo a passo” de como se deve agir a empresa quando há o acionamento da Manutenção Corretiva.

1. A solicitação de manutenção de um determinado equipamento pode ser feita através de telefone, envio de ordem de serviço (OS), entrega pelo próprio usuário, entrega pelo serviço de patrimônio do SAMU (utilizado principalmente em serviços públicos) e notificação a qualquer técnico do grupo que ocasionalmente esteja próximo ao equipamento.

É necessário cuidado para o gerenciamento de ordens de serviços geradas por telefone. Por exemplo, o pessoal do grupo de manutenção emite uma OS quando recebe a chamada telefônica do usuário e este, por sua vez, também expede outra OS. Esse fato pode duplicar documentos e criar confusões para o controle mensal de serviços executados. Para evitar esse tipo de transtorno, o grupo de manutenção deve elaborar um protocolo que autorize somente o usuário a emitir uma OS ou pedir ao usuário para não expedir OS em solicitações de serviço por telefone. Entretanto, para maior rapidez do atendimento ao usuário, em nenhuma hipótese o grupo deve aguardar a chegada da OS a suas mãos. O serviço deve ser realizado assim que o técnico estiver disponível.

2. Qualquer que seja a forma da solicitação, a abertura de uma ordem de serviço deve ser feita de imediato. Existem grupos de manutenção que deixam um bloco de OS em cada departamento do SAMU para ser preenchida pelo próprio usuário. Outros grupos, com maiores recursos computacionais, já possuem todos os equipamentos do SAMU cadastrados em arquivos digitais e simplesmente providenciam junto ao solicitante o código do equipamento ou seu número de série, o nome do solicitante, o departamento e a causa da solicitação de conserto. Os técnicos do grupo devem ser sempre notificados de que equipamentos consertados sem abertura de OS não serão computados nem para o técnico, nem para o departamento, caindo, assim, a produtividade de ambos.

3. Em princípio, a OS deve ser encaminhada ao responsável pelo grupo, que deve verificar imediatamente se o equipamento está dentro do período de garantia de aquisição ou garantia de serviço (informação contida no Formulário para Histórico de Equipamento).

Se o equipamento estiver em garantia, a rotina a ser adotada é a explicada na sub-rotina de garantia. Antes de enviar o equipamento a uma empresa ou representante técnico, é importante que o técnico tente identificar a causa da falha do equipamento, independentemente do defeito acusado na OS pelo usuário. A identificação da causa será registrada tanto no Formulário para Histórico de Equipamento quanto na Ficha Para Controle de Serviços Externos.

4. Para equipamentos sob contrato de manutenção (informação contida no Formulário para Histórico de Equipamento), é necessário que o responsável verifique o tipo de contrato efetuado para o equipamento em questão. Se for contrato de manutenção por período determinado, deve então solicitar a presença do técnico ou enviar o equipamento para as oficinas da empresa prestadora de serviço.



Em serviços sob contratos que exigem a presença do técnico da empresa contratada no local, é muito importante que ele esteja sempre acompanhado de técnico pertencente ao grupo de manutenção. O acompanhamento do serviço por um técnico interno é valioso tanto para a sua aprendizagem como para a fiscalização do trabalho executado.

5. Caso o equipamento não esteja em garantia, o responsável deve definir a equipe ou o técnico que executará o serviço. É importante nessa etapa a elaboração de uma forma de registro da data de entrega do equipamento para o técnico, que servirá para o controle do tempo de reparo do equipamento. Sugerimos a utilização de uma agenda com a anotação da data prevista para a conclusão do serviço, a identificação do equipamento e o nome do técnico.

6. Nem sempre o equipamento está disponível no departamento de manutenção. Em vários casos, o equipamento deve ser localizado e levado para a oficina de manutenção, se necessário. Equipamentos de grande porte só podem ser consertados no local onde estão instalados. Para o caso de consertos fora da oficina de manutenção, é importante que o técnico vá ao local de reparo já com a maleta de ferramentas e o esquema elétrico ou mecânico do equipamento (caso este esteja disponível no departamento).

7. Antes do início de qualquer reparo, o técnico deve seguir alguns procedimentos para evitar a abertura de um equipamento cuja falha pode ser simplesmente devida a erro de operação, queima de fusível ou qualquer outra causa de fácil solução. Para isso, é necessário que o responsável, em colaboração com o grupo, desenvolva algumas rotinas iniciais de manutenção e instrua cada técnico contratado dos procedimentos que devem ser adotados. Reuniões periódicas com o grupo de técnicos para discussão e estabelecimento dos procedimentos iniciais de manutenção corretiva constituem uma das melhores maneiras de desenvolver essas rotinas, que devem ser idênticas para grupos específicos de equipamentos.

8. Quando o técnico não conseguir identificar ou reparar o defeito, é necessário o contato com o fabricante ou com a assistência técnica. Para isso, o técnico deve devolver a OS ao responsável pelo grupo, que localizará a assistência técnica à qual será solicitada a visita de um técnico ou para onde será enviado o equipamento para reparo, seguindo a rotina de controle de serviços de terceiros.

Existem casos em que o reparo do equipamento representa um custo bastante alto – nesse caso recomenda-se a desativação do equipamento. O método a ser seguido para esse processo não é assunto deste manual por ser relativamente complexo.

A decisão de desativação de um equipamento depende não somente do custo da mão-de-obra (mesmo sendo serviço interno), mas também da dificuldade de obtenção de peças de reposição, do número de vezes que este equipamento vem apresentando falhas nos últimos anos, da existência de tecnologias mais modernas com um menor custo de operação, da disponibilidade financeira do SAMU, etc. Nos casos de desativação, o que ocorre também em relação a serviços terceirizados, o responsável pelo grupo de manutenção deve preparar um relatório à administração justificando o motivo de sua sugestão para a desativação do equipamento. O termo “sugestão” foi colocado entre aspas para lembrar que não é o responsável pelo grupo que decide sobre a desativação de um equipamento; este apenas recomenda e justifica a necessidade desse procedimento para a administração.

9. Durante o reparo, é possível a necessidade de substituição de peças. Cada peça substituída deve ser rigorosamente anotada na OS. O controle de peças em estoque depende muito do sistema de almoxarifado adotado pelo SAMU. Para peças de reposição de uso intenso e diário (resistores, capacitores, porcas, parafusos, arruelas, etc.), sugerimos o acesso livre dos técnicos, a quem caberia



também o controle de estoque mínimo. Para cada peça retirada, seria dada baixa em uma ficha específica daquele item, localizada na gaveta ou caixa onde a peça está armazenada. Para cada peça que o técnico retirar da gaveta, ele deve contar o número de peças restantes daquele determinado item e, se estiver abaixo do estoque mínimo, ele mesmo deve emitir uma solicitação de aquisição.

Esse procedimento compartilharia o controle de material e eliminaria a necessidade de um almoxarife só para o grupo ou a necessidade de armazenamento e controle em local distante da oficina de manutenção. Para peças de maior valor e baixa taxa de substituição, o armazenamento pode ser feito em almoxarifado central, já existente no SAMU.

**10.** Para os casos em que a peça de reposição não esteja disponível, sugerimos que a OS seja devolvida ao responsável pelo grupo, acompanhada do formulário de aquisição, descrição da peça e a quantidade a ser solicitada. Tanto no caso de peças abaixo do estoque mínimo como para peças não disponíveis no almoxarifado, o pedido de compra deve ter o mesmo formato e seguir o mesmo procedimento.

No formulário para requisição devem constar a quantidade e todas as características da peça a ser comprada. Entretanto, o processo de aquisição pode se tornar bastante complicado, pois nem sempre as características de uma determinada peça são de fácil descrição. Frequentemente, a pessoa que solicita desconhece o número com que o fabricante designa a peça ou a existência do desenho explodido do local onde a peça é colocada.

Em grupos em que o próprio técnico executa a aquisição, esse processo pode ser significativamente facilitado, pois a pessoa que solicita é a mesma que descreve a peça ao fornecedor. Por outro lado, o tempo que o técnico despense nesse procedimento compromete significativamente sua produtividade. Em grupos com um único comprador (normalmente com perfil administrativo), a falta de informações para a aquisição pode comprometer bastante o tempo de retorno do equipamento ao usuário.

Para agilizar o processo de aquisição e reduzir a possibilidade de compra de peças erradas, recomenda-se que, quando o responsável recebe a OS de volta com a Ficha de Solicitação de Aquisição, este verifique se todos os dados relativos à peça estão corretamente preenchidos. Somente após essa verificação e possível correção com o pessoal técnico é que a ficha será enviada ao sistema de compras.

**11.** Como foi mencionado, são fundamentais o treinamento e a conscientização do pessoal técnico da importância de um cuidadoso reparo em equipamentos. Muitos deles são fundamentais para a segurança e principalmente para a sustentação da vida do usuário.

**12.** O controle de qualidade oferecido pelo grupo após a manutenção tem um reflexo bastante positivo para o usuário. É importante que o grupo crie alguns protocolos de teste que devem obrigatoriamente ser efetuados após a manutenção de equipamentos, principalmente aqueles que oferecem riscos ao operador. Cada teste deve ser baseado nos recursos materiais (equipamentos de teste e simuladores) disponíveis no grupo. Uma vez elaborados, esses testes podem ser efetuados pelo próprio técnico e, através deles, verificar diversos itens do equipamento, desde o estado da pintura externa até a sua calibração. A elaboração dos testes pode ser baseada no próprio manual de operação do equipamento e no manual de manutenção (caso exista).

**13.** Na OS há um campo para a assinatura do usuário, que deve ser obtida no momento do retorno do equipamento ao usuário. Entretanto, nem sempre a pessoa que solicitou o serviço é a que está presente no momento da entrega do equipamento. Nessa situação, o responsável pelo grupo de



manutenção deve conversar com cada departamento do SAMU e solicitar que sejam nomeadas uma ou mais pessoas que ficariam responsáveis pelo recebimento do equipamento.

**14.** A OS é encerrada e arquivada para posterior utilização no controle periódico desenvolvido pelo grupo de manutenção. Após o encerramento da rotina de manutenção corretiva ou preventiva de cada equipamento, tenha sido ela executada através de serviço interno ou externo, é importante que haja um documento que faça um resumo do serviço executado, das peças que foram substituídas e do custo de manutenção (interna ou externa). Esse resumo ou histórico do equipamento serve como informação tanto para os técnicos do grupo de manutenção no início de cada serviço, como para que o responsável pelo grupo possa gerenciar o andamento da manutenção de cada equipamento sob sua responsabilidade. Esse documento deve conter toda a história do equipamento de modo bastante resumido, desde sua chegada ao local de serviço até a desativação. Dele devem ser extraídas as seguintes informações:

- a. número e tipo de falhas ocorridas no equipamento;
- b. comparação das falhas que foram relatadas pelo grupo interno de manutenção e aquelas relatadas pelas empresas prestadoras de serviço;
- c. tipo e número de peças que estão sendo substituídas no equipamento, tanto em serviços internos como externos;
- d. custo por serviço (interno e externo) e custo acumulado;
- e. datas de realização de cada serviço;
- f. no caso de serviços externos, a pessoa de contato para cada serviço executado na(s) empresa(s) de prestação de serviço.

Formulário para o histórico de equipamento

Apresentamos na página seguinte uma sugestão para a elaboração de um formulário para histórico. O campo destinado à identificação do equipamento pode ser preenchido somente uma vez. Aquele reservado para a descrição da história do equipamento pode ser repetido até quatro vezes em uma mesma folha (usando frente e verso). Assim, por exemplo, somente após quatro serviços em um mesmo equipamento será necessária uma nova folha de papel.

Os dados a serem preenchidos no formulário para histórico já foram descritos em formulários anteriores. Entretanto, dois deles (falha acusada e falha relatada) necessitam de uma explicação. No item falha acusada usuário/grupo, se o serviço executado foi interno, a falha acusada deve ser a mesma descrita pelo usuário na OS e, conseqüentemente, o item falha relatada grupo/ empresa deve ser preenchido pelo grupo de manutenção com a descrição da falha na OS. Porém, se o serviço executado foi externo, o item falha acusada usuário/grupo deve ser preenchido com a falha descrita pelo grupo de manutenção na OS, quando do envio do equipamento para manutenção externa. Nesse caso, o item falha acusada grupo/empresa deve ser preenchido com o relato que a empresa envia junto com a devolução do equipamento após a manutenção, conforme exigido na ficha de controle de serviço externo.

No campo onde o equipamento é identificado pode ser utilizado o mesmo formulário para cadastramento. Isso evitaria a consulta a outro documento, caso surja alguma dúvida com relação às suas características ou peças acompanhantes durante a fase de instalação. Por outro lado, a constante manipulação do formulário de cadastramento pode danificá-lo. Assim, sugerimos que o





formulário utilizado para cadastramento seja guardado na mesma pasta usada para o arquivamento desse formulário para histórico, mas como documentos independentes.

### **Manutenção Predial**

A manutenção predial é essencial para o bom funcionamento das unidades e deve considerar tanto a manutenção preventiva e corretiva. As atividades de manutenção predial incluem:

1. Rotinas de manutenção preventiva e corretiva das instalações eletromecânicas, com estabelecimento de fichas de serviços de equipamentos;
2. Rotinas de manutenção preventiva e corretiva da estrutura predial: Fichas de ordens serviços: (serralheria, vidraçaria, marcenaria, pintura, pedreiro, mobiliário metálico e de madeira);
3. Rotinas de manutenção preventiva e corretiva do sistema de Gasoterapia: (Fichas de controles);
4. Rotinas de manutenção preventiva e corretiva das instalações eletromecânicas;
5. Rotinas de manutenção preventiva e corretiva da estrutura predial: Fichas de ordens serviços: (Hidráulica e elétrica);
6. Rotinas de manutenção preventiva e corretiva de extintores de incêndio.

Rotina de Manutenção e Prevenção Diárias:

#### **a) MANUTENÇÃO ELÉTRICA DE BAIXA TENSÃO**

Revisão de interruptores, tomadas, iluminação fluorescentes, iluminação incandescente, disjuntores, reatores, painéis elétricos, aparelhos telefônicos, interfonos e redes telefonia.

Rotina de Manutenção e Prevenção Semanais:

#### MANUTENÇÃO ELÉTRICA DE BAIXA TENSÃO DAS INSTALAÇÕES PREDIAIS:

- a) Quadro de Distribuição: Reaperto de terminais, conectores, disjuntores e chaves elétricas;
- b) Quadro de Comandos elétricos: Reaperto de terminais, limpeza de contatos, reaperto de fusíveis, substituição de cabos danificados, revisão de botoeiras, sinalizadores, lâmpadas e limpeza geral.

Rotina de Manutenção e Prevenção Mensais:

#### MANUTENÇÃO ELÉTRICA DE BAIXA TENSÃO DAS INSTALAÇÕES PREDIAIS

- a) Revisão geral de todos os disjuntores da subestação primária e secundária, assim como instrumentos de medição, manutenção de todos os sistemas elétricos, instrumentação e motores.

Rotina de Manutenção e Prevenção Anuais:

#### MANUTENÇÃO ELÉTRICA DE ALTA TENSÃO DAS INSTALAÇÕES PREDIAIS:

- a) Limpeza geral de barramentos, limpeza de TC e TP, disjuntores de alta tensão e revisão eletroeletrônica de todos os instrumentos de medição.

Rotina de Manutenção e Prevenção da Estrutura:

Instalação Hidráulica e elétrica.

Rotina de Manutenção e Prevenção Hidráulica das Instalações Prediais:



**a) PROCEDIMENTOS DIÁRIOS**

Revisão de pias, lavatórios, vasos sanitários, torneiras, sifões, descargas, tampas de vasos, registros, engates, duchas Higiênicas, válvulas, engavetamento de válvulas, misturadores, ralos, caixas sanfonadas, tubulações hidráulicas.

**b) PROCEDIMENTOS SEMESTRAIS**

Lavagem de reservatórios de água com fornecimento de teste bacteriológico antes e após lavagem.

Durante a visita para os procedimentos de manutenção preventiva e corretiva o Funcionário responsável deverá preencher formulário específico:

- Preencher no campo Setor, com referência ao local onde será executado o serviço;
- Identificar o objeto onde será executado o serviço, onde consistirá na solução de problemas que ocorreram entre o período de visitas, (semana a semana) a exemplo de defeitos ou danos, bem como na mão de obra para todos os reparos incluindo substituição de materiais, peças e acessórios, de forma a garantir o perfeito funcionamento do equipamento, móveis ou instalações prediais e eletromecânicas, na qual deverá ser feito durante o período de visita;
- No caso da necessidade de substituição de peças, o profissional deverá fazer a requisição de pedido de substituição, discriminando corretamente os materiais em ordem de serviço específica;
- Após a conclusão do serviço, o profissional levará a ordem de serviço ao responsável do setor para a devida conferência e assinatura do mesmo;
- Após todos os procedimentos concluídos, a ordem de serviço deverá ser entregue ao chefe do setor de manutenção para ser vista e arquivada;

Ressaltando que todo o serviço de manutenção será realizado por empresa especializada terceirizada a ser contratada.

**Engenharia Clínica**

- A manutenção corretiva pode ocorrer através de chamado, via telefone ou software de gerenciamento de equipamento médico-assistenciais, ou detectada, a necessidade, durante as rondas. Para tanto seguem abaixo as etapas para a realização da manutenção corretiva:
- O técnico responsável deve analisar e avaliar o equipamento no setor ao qual foi requisitado, buscando identificar o problema. Se for observado que o mesmo é impropriedade, ou seja, causado por manuseio inadequado ou equipamento sem defeito, fechar a Ordem de Serviço (O.S.) e colocar uma observação para avaliar a possibilidade de treinamento do corpo clínico.
- Se o problema for detectado, verificar a possibilidade de resolução do mesmo, no próprio setor;
- Se for necessário retirar o equipamento, verificar a existência de um backup, para não deixar o setor desassistido;
- Verificar se o equipamento está em garantia, ou tem um contrato de manutenção com empresa externa.
- Caso o conserto seja feito pela engenharia, após a conclusão do serviço, testar o equipamento, registrar todas as informações no sistema e fechar O.S
- Caso seja necessário enviar para um serviço externo, a empresa de engenharia clínica deve abrir chamado junto ao fornecedor externo, solicitar visita para análise, ou agendar a retirada do



equipamento para envio este fornecedor. Neste caso, deverá haver a emissão de documento de saída emitido e respectiva Nota Fiscal de saída emitida;

- Testar o equipamento, em suas funcionalidades, quando este retornar do fornecedor externo, e após isto devolver ao setor de origem;

### 3.6. Contratação de Terceiros

*Método de escolha, descrição dos serviços e os termos do contrato adotado na contratação de serviços terceiros não executáveis diretamente pela empresa.*

#### **Dos Serviços Técnico-Profissionais Especializados:**

Para fins do presente Regulamento considera-se serviço toda atividade destinada a obter determinada utilidade de interesse do INSTITUTO ESPERANÇA, por meio de processo de terceirização, tais como: conserto, instalação, montagem, operação, conservação, reparação, adaptação, manutenção, transporte, locação de bens, publicidade, seguro, consultoria, assessoria, hospedagem, alimentação, serviços técnicos especializados, produção de eventos esportivos, serviços gráficos, bem como obras civis, englobando construção, reforma, recuperação ou ampliação.

Para fins do presente Regulamento, consideram-se serviços técnico-profissionais especializados os trabalhos relativos a:

- I. estudos técnicos, planejamentos e projetos básicos ou executivos;
- II. pareceres, perícias e avaliações em geral;
- III. assessorias ou consultorias técnicas, jurídicas e auditorias;
- IV. fiscalização, supervisão ou gerenciamento de obras ou serviços;
- V. patrocínio ou defesa de causas judiciais ou administrativas;
- VI. treinamento e aperfeiçoamento de pessoal;
- VII. prestação de serviços de assistência à saúde em áreas específicas;
- VIII. informática, inclusive quando envolver aquisição de programas;
- IX. área que envolve as atividades específicas (esportiva) de atuação do IRN (pesquisa, ação educativa, palestrantes, entre outros).

A contratação de serviços técnicos profissionais especializados de pessoa jurídica ou deverá ser precedida de comprovação de regularidade de constituição da empresa e sua regularidade fiscal e será comprovada pela apresentação dos seguintes documentos:

contrato social registrado

cópia do CNPJ

certidões negativas: municipais, estaduais, federais

Se necessários à completa avaliação do fornecedor, a critério da Diretoria, outros documentos poderão ser exigidos.



A Diretoria deverá selecionar criteriosamente o prestador de serviços técnico-profissionais especializados, que deverá ser pessoa jurídica ou física, considerando a idoneidade, a experiência e a especialização do contratado, dentro da respectiva área.

As despesas ordinárias com serviços gerais, tais como: cópias, motoboy, galões de água, dentre outras, desde que não seja um fornecedor regular, não se submetem as regras de compras e contratações, no entanto, serão cotadas periodicamente para certificação de que os valores pagos estão de acordo com o preço de mercado.

As despesas de produtos não duráveis, de uso regular da entidade, tais como: produtos de limpeza, gêneros alimentícios perecíveis estão dispensados de cotação e serão realizadas com base no preço do dia.

As seguintes hipóteses também dispensam cotação:

- a) compra ou locação de bens imóveis destinados ao uso próprio;
- b) celebração de parcerias, convênios e/ou termos de cooperação, desde que formalizados por escrito;
- c) operação envolvendo concessionária de serviços públicos e o objeto do contrato for pertinente ao da concessão; e
- d) aquisição de equipamentos e componentes cujas características técnicas sejam específicas em relação aos objetivos a serem alcançados.

A dispensa da cotação deve ser previamente fundamentada por escrito e ser autorizada pela Diretoria do INSTITUTO ESPERANÇA – IESP.

É vedada a contratação de pessoas jurídicas e fornecedores cujos sócios sejam cônjuge, ou parente em linha reta, colateral ou por afinidade, até o terceiro grau, dos Diretores Executivos e demais dirigentes da Organização Social que tenham poder de decisão.

É vedada a contratação de pessoas jurídicas e fornecedores cujos sócios sejam agentes políticos de Poder, membros do Ministério Público ou dirigentes de órgão ou entidade da Administração Pública celebrante, bem como seus respectivos cônjuges, companheiros ou parentes, até o terceiro grau, em linha reta, colateral ou por afinidade.

Todas as despesas efetuadas pela Organização Social serão regidas pelos princípios básicos da moralidade, probidade, legalidade, publicidade, concorrência, eficiência, economicidade e busca permanente de qualidade e durabilidade, bem como pela adequação aos objetivos do Instituto.

Fica vedada a participação do fornecedor candidato declarado suspenso para licitar ou contratar com a Administração Pública Estadual ou Federal enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição.

### 3.7. Monitoramento de Indicadores

*Metodologia aplicada ao acompanhamento e gerenciamento dos indicadores descritos no edital, considerando apresentação de modelos de relatórios.*



As informações obtidas com indicadores têm várias aplicações. Dentre as mais importantes estão aquelas aplicações que permitem subsidiar a tomada de decisões, propiciar acompanhamento, monitoramento e avaliação das políticas públicas e seus respectivos programas, além de criar situações de aprendizagem organizacional. Para isso, os indicadores não podem estar dissociados da realidade de onde essas informações são extraídas. Ao mesmo tempo, as fontes de dados e informações estatísticas associadas ao indicador devem ser confiáveis, bem como as principais tecnologias para sua utilização devem estar disponíveis como parte de um processo que é diferente para cada programa ou política.

Indicadores podem ser utilizados em vários momentos como parte do processo de elaboração de políticas e programas públicos. Contudo, independente da configuração e número de estágios, todos servem para sistematizar uma política sob a forma de um fluxo lógico que contém fases discretas de execução na forma de um processo. Como qualquer modelagem, a ideia de ciclo tem suas utilidades e limitações, principalmente por se tratar de uma simplificação da realidade.

Diante da grande quantidade de instrumentos de gestão pública disponíveis, qualquer processo de construção ou seleção de indicadores deve buscar o maior grau possível de aderência a algumas propriedades que os caracterizem como adequados às políticas a que eles se referem. São considerados adequados aqueles indicadores por meio dos quais é possível não só medir o desempenho, como também informar com clareza aspectos essenciais de um objeto ou fenômeno, econômico, ambiental, cultural, dentre outros, a depender do tema tratado pela política em questão.

As propriedades dos indicadores apresentadas são:

**Utilidade:** capacidade de suportar decisões seja no nível operacional, tático ou estratégico. Os indicadores devem, portanto, basear-se nas necessidades dos decisores;

**Validade:** capacidade de representar, com a maior proximidade possível, a realidade que se deseja medir e modificar. Um indicador deve ser significativo ao que está sendo medido e manter essa significância ao longo do tempo;

**Confiabilidade:** indicadores devem ter origem em fontes confiáveis, que utilizem metodologias reconhecidas e transparentes de coleta, processamento e divulgação;

**Disponibilidade:** os dados básicos para seu cômputo devem ser de fácil obtenção.

**Simplicidade:** indicadores devem ser de fácil comunicação e entendimento pelo público em geral, interno ou externo. Ou seja, devem ser de fácil compreensão tanto por seus executores como por aqueles que receberão seus resultados;

**Clareza:** o indicador deve ser capaz de expressar sua mensagem de modo assertivo, transmitindo a informação de modo inteligível para seus usuários;

**Sensibilidade:** o indicador deve repercutir as variações do fenômeno, mesmo que essas sejam mínimas.

**Desagregabilidade:** capacidade de representação regionalizada de grupos sociodemográficos, considerando que a dimensão territorial se apresenta como um componente essencial na implementação de políticas públicas;

**Economicidade:** capacidade do indicador de ser obtido a custos módicos; a relação entre os custos de obtenção e os benefícios advindos deve ser favorável;



**Estabilidade:** capacidade de estabelecimento de séries históricas estáveis, que permitam monitoramentos e comparações das variáveis de interesse;

**Auditabilidade ou Rastreabilidade:** qualquer pessoa deve sentir-se apta a verificar a boa aplicação das regras de uso dos indicadores.

**Publicidade:** os indicadores devem ser públicos, isto é, conhecidos e acessíveis a todos os níveis da instituição, bem como à sociedade e aos demais entes da administração pública.

**Temporalidade:** a identificação dos indicadores deve considerar algumas questões temporais. Em primeiro lugar, o momento em que deve começar a medição; em segundo lugar, a disponibilidade de obtenção quando os diferentes resultados começarem a acontecer; e, em terceiro lugar, a possibilidade de que, por meio dessas medidas, seja possível realizar um acompanhamento periódico do desempenho do Programa.

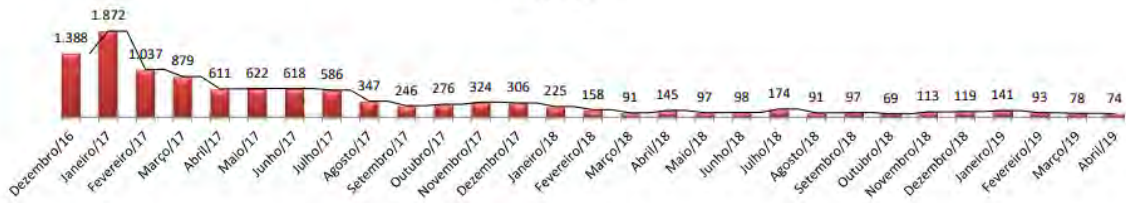
**Factibilidade:** os dados necessários para as medições são constituídos de informações que fazem parte dos processos de gestão da instituição e, portanto, são obtidos através de instrumentos de coleta, seja por amostra ou censo, estatísticas, aplicação de questionários, observação, etc., dependendo do aspecto a ser medido. Uma proposta de elaboração de indicadores deverá garantir que a medição seja factível, em momentos adequados e com periodicidade que equilibre as necessidades de informação com os recursos técnicos e financeiros disponíveis.

**Modelos para Utilização:**

	CAMPOS DO JORDÃO	LAGOINHA	NATIVIDADE DA SERRA	REDEÇÃO DA SERRA	SANTO ANTONIO DO PINHAL	SÃO LUIZ DO PARAITINGA	TAUBATÉ	TREMEMBÉ	Total	
<b>Chamados Telefônicos</b>	<b>Total de Chamados</b>	<b>624</b>	<b>57</b>	<b>59</b>	<b>64</b>	<b>97</b>	<b>110</b>	<b>3.895</b>	<b>303</b>	<b>5.234</b>
	Informação	124	9	9	13	17	17	1.403	56	1.669
	Engano	1	0	1	1	0	0	389	0	396
	Queda de Ligação	7	0	0	0	0	0	377	2	386
	Trote	0	0	0	0	0	0	74	0	74
<b>Empenho de Viaturas</b>	Atendimentos Regulados	492	48	49	50	80	93	1.652	245	2.709
	<b>Regulado com Empenho de Viatura</b>	<b>355</b>	<b>39</b>	<b>37</b>	<b>37</b>	<b>57</b>	<b>76</b>	<b>1.204</b>	<b>178</b>	<b>1.983</b>
	Clínico	208	20	18	18	38	46	753	114	1.215
	Trauma	81	17	9	11	14	13	259	35	439
	Pediatria	33	0	6	3	1	2	50	7	102
	Obstétrico	17	1	2	5	0	7	53	14	99
	Neonato	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Psiquiatria	16	1	2	0	4	8	89	8	128
	Recusa Atendimento/Remoção	19	0	0	0	1	3	124	7	154
	Removido por Terceiros/Evasão	33	1	4	2	1	3	94	11	149
<b>Destino Pacientes</b>	<b>Atendimento sem Remoção</b>	<b>7</b>	<b>2</b>	<b>7</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>85</b>	<b>10</b>	<b>118</b>
	Centro de Saúde de Santo Antonio do Pinhal	0	0	0	0	38	0	0	0	38
	Centro de Saúde III de Redenção da Serra	0	0	0	5	0	0	0	0	5
	Hospital e Maternidade Policlin - Particular	0	0	0	0	0	0	2	0	2
	Hospital Regional do Vale do Paraíba - Particular	0	1	1	1	1	0	44	1	49
	Hospital Regional do Vale do Paraíba - Trauma	5	9	2	8	5	8	151	16	204
	Hospital São Lucas - Particular	0	0	0	1	0	0	18	1	20
	Hospital Universitário de Taubate (PSGO)	0	1	2	5	0	5	51	12	76
	Pronto Atendimento Moreira Cesar	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Pronto Atendimento Municipal de Tremembé	0	0	0	0	0	0	0	120	120
	Pronto Socorro de Lagoinha	0	14	0	0	0	0	0	0	14
	Pronto Socorro Monteiro Lobato	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Pronto Socorro Municipal de Campos do Jordão	291	0	0	0	11	0	0	0	302
	Pronto Socorro Municipal de Taubaté	0	8	14	10	0	8	228	0	268
	Pronto-Socorro Infantil	0	1	5	2	0	0	26	0	34
	Santa Casa de Misericórdia de Pindamonhangaba	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Santa Casa de Misericórdia de São Luis do Paraitinga	0	0	0	0	0	45	0	0	45
	UBS Natividade da Serra	0	0	2	0	0	0	0	0	2
	UPA Cecap	0	0	0	0	0	0	109	0	109
	UPA San Marino	0	2	0	0	0	0	158	0	160
	UPA Santa Helena	0	0	0	0	0	0	114	0	114
	<b>Total Destino Pacientes (somente Unidades de Saúde)</b>	<b>296</b>	<b>36</b>	<b>26</b>	<b>32</b>	<b>55</b>	<b>66</b>	<b>901</b>	<b>150</b>	<b>1.562</b>

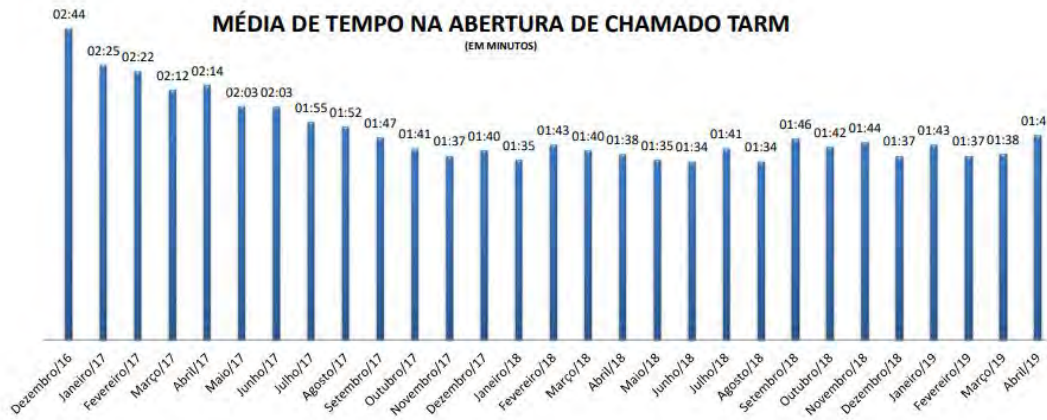


**TROTOS**



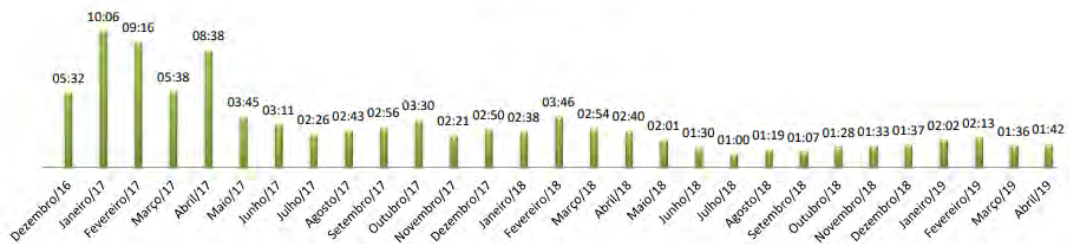
**MÉDIA DE TEMPO NA ABERTURA DE CHAMADO TARM**

(EM MINUTOS)



**MÉDIA TEMPO SAÍDA VTR DA BASE APÓS EMPENHO**

(EM MINUTOS)

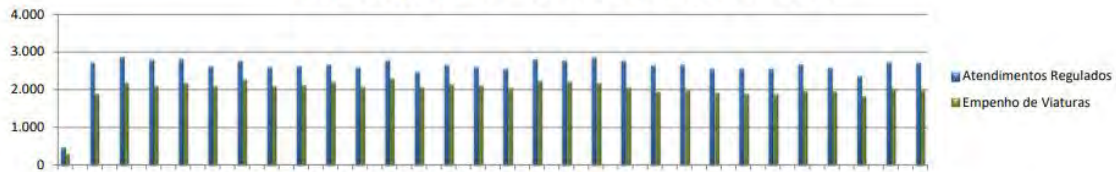


**MÉDIA DE TEMPO RESPOSTA**

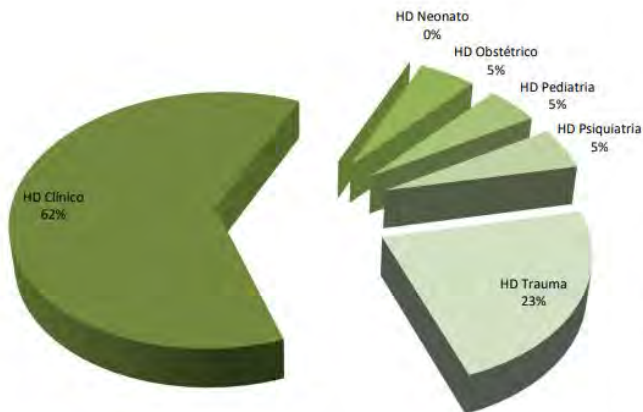
DA ABERTURA DO CHAMADO ATÉ A CHEGADA NA UNIDADE DE SAÚDE




## PROJEÇÃO DE INDICADORES 2019



### HIPÓTESE DIAGNÓSTICA NO EMPENHO DA VIATURA



PERÍODO	CHAMADOS REGULADOS	CHAMADOS C/ ENVIO VTR	CHAMADOS S/ ENVIO VTR	%RESOLVIDO S/ ENVIO VTR
novembro-16	480	317	163	33,96%
dezembro-16	2.711	1.879	832	30,69%
janeiro-17	2.858	2.166	692	24,21%
fevereiro-17	2.783	2.094	689	24,76%
março-17	2.802	2.170	632	22,56%
abril-17	2.610	2.087	523	20,04%
maio-17	2.756	2.260	496	18,00%
junho-17	2.594	2.078	516	19,89%
julho-17	2.613	2.116	497	19,02%
agosto-17	2.659	2.198	461	17,34%
setembro-17	2.583	2.067	516	19,98%
outubro-17	2.764	2.292	472	17,08%
novembro-17	2.460	2.059	401	16,30%
dezembro-17	2.646	2.137	509	19,24%
janeiro-18	2.593	2.101	492	18,97%
fevereiro-18	2.544	2.043	501	19,69%
março-18	2.796	2.229	567	20,28%
abril-18	2.759	2.204	555	20,12%
maio-18	2.850	2.163	687	24,11%
junho-18	2.755	2.050	705	25,59%
julho-18	2.645	1.935	710	26,84%
agosto-18	2.658	1.981	677	25,47%
setembro-18	2.546	1.909	637	25,02%
outubro-18	2.552	1.890	662	25,94%
novembro-18	2.543	1.872	671	26,39%
dezembro-18	2.661	1.957	704	26,46%
janeiro-19	2.573	1.944	629	24,45%
fevereiro-19	2.357	1.824	533	22,61%
março-19	2.714	2.020	694	25,57%

## ATENDIMENTOS REGULADOS

### HORÁRIO x DIA DA SEMANA

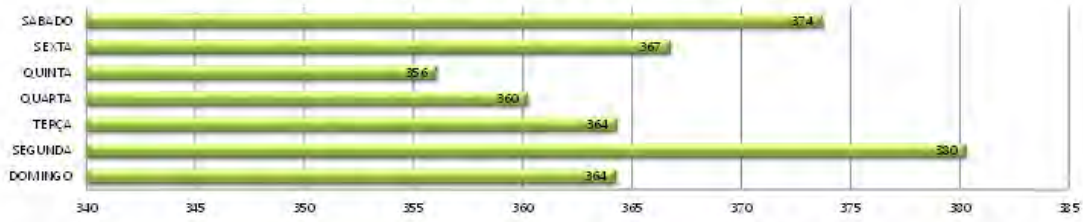
MÉDIA HISTÓRICA COMPREENDENDO O PERÍODO DE 24/11/2016 À 30/04/2019

HORÁRIO ▾	DIA ►	DOMINGO	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA	SABADO	MEDIA TOTAL FAIXA DE HORÁRIO
00:00		14	12	10	11	10	11	12	79
01:00		13	10	10	9	8	10	12	72
02:00		12	8	7	7	7	8	10	60
03:00		11	8	7	7	6	7	9	55
04:00		9	7	6	6	6	7	8	48
05:00		8	5	5	6	5	6	7	43
06:00		8	9	8	8	7	8	8	56
07:00		10	13	13	13	12	12	10	85
08:00		13	19	17	17	17	16	13	113
09:00		16	22	19	20	20	20	17	133
10:00		16	22	22	20	22	21	20	144
11:00		18	23	20	20	21	20	20	142
12:00		18	22	21	19	21	20	20	141
13:00		17	22	20	23	20	20	19	142
14:00		18	21	21	20	20	22	19	140
15:00		19	18	19	18	18	18	19	128
16:00		17	19	19	18	16	17	18	123
17:00		18	20	17	17	20	18	20	130
18:00		21	19	21	22	20	19	19	139
19:00		20	20	19	20	18	20	20	136
20:00		19	19	18	17	18	18	20	128
21:00		18	17	16	17	16	17	21	122
22:00		17	14	16	14	15	16	18	110
23:00		15	13	12	13	13	15	16	97
<b>MÉDIA TOTAL DIA DA SEMANA MENSAL</b>		<b>364</b>	<b>380</b>	<b>364</b>	<b>360</b>	<b>356</b>	<b>367</b>	<b>374</b>	<b>2.566</b>

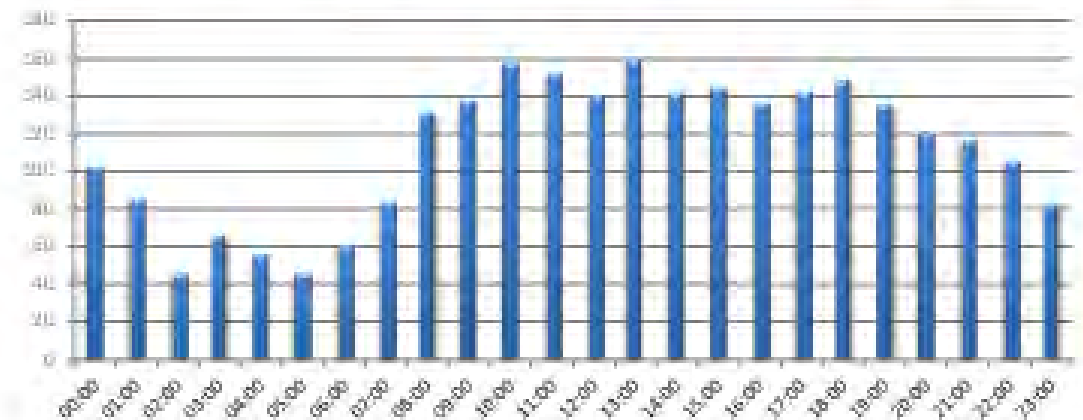
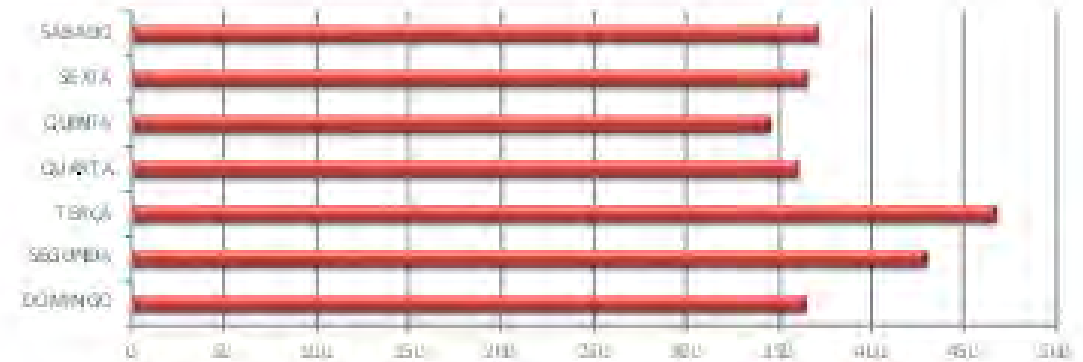
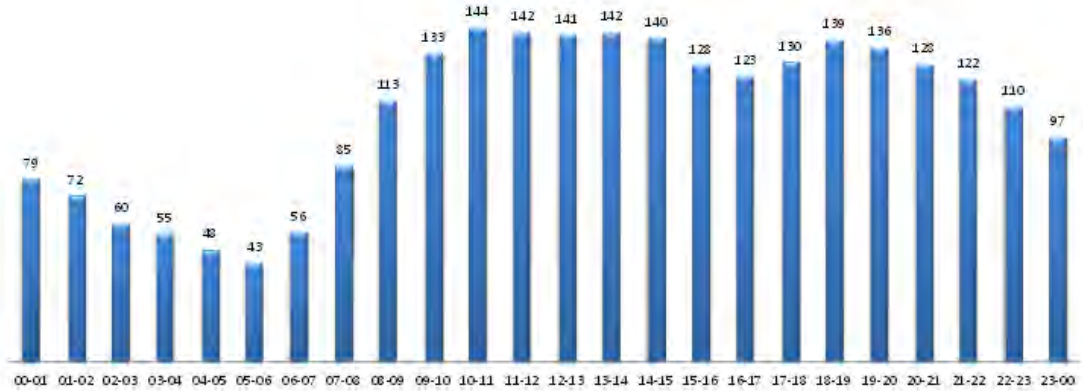




**MÉDIA TOTAL POR FAIXA DE HORÁRIO X DIA DA SEMANA**




**MÉDIA DE TELEFONEMAS POR FAIXA DE HORÁRIO**




**SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - REGIÃO TAUBATÉ**

ABRIL - 2019

	Tempo Médio								Tempo Resposta		
	Tarm	Rádio Operador	Regulação	Saída VTR	Ligação até Saída VTR	Deslocamento Equipe	No Local da Ocorrência	Ligação até Destino Paciente	Mínimo	Médio	Máximo
Campos do Jordão	0:01:44	0:07:40	0:01:52	0:04:40	0:18:12	0:09:53	0:13:11	0:54:51	0:05:23	0:24:04	2:21:13
Lagoinha	0:01:46	0:08:41	0:03:47	0:01:16	0:19:26	0:10:54	0:23:30	1:35:57	0:07:25	0:28:51	1:43:27
Natividade da Serra	0:01:57	0:10:10	0:01:55	0:01:21	0:17:13	0:15:13	0:15:21	1:43:34	0:06:54	0:32:27	2:06:27
Pindamonhangaba											
Redenção da Serra	0:02:02	0:03:45	0:02:55	0:01:17	0:12:02	0:10:55	0:11:35	1:07:56	0:03:19	0:23:04	1:17:04
Santo Antônio do Pinhal	0:01:51	0:05:46	0:02:28	0:01:28	0:13:24	0:08:22	0:12:59	0:49:44	0:06:49	0:21:54	1:25:31
São Luís do Paraitinga	0:01:46	0:06:40	0:02:24	0:00:59	0:15:58	0:13:50	0:16:37	1:02:35	0:05:18	0:27:34	1:15:32
Taubaté	0:01:40	0:10:18	0:03:20	0:01:16	0:18:28	0:10:39	0:13:46	0:52:51	0:03:36	0:28:47	5:32:43
Tremembé	0:01:39	0:07:57	0:03:30	0:01:20	0:16:46	0:11:59	0:11:26	0:50:19	0:06:15	0:28:08	3:33:12
MÉDIA TOTAL REGIONAL	0:01:48	0:07:37	0:02:46	0:01:42	0:16:26	0:11:28	0:14:48	1:07:13	0:05:37	0:26:51	2:24:24

CONTRATAÇÃO DE SERVIÇOS	INDICADORES	PREVISÃO	STATUS	PLANO AÇÃO/RESULTADOS
<u>Manutenção de Equipamentos</u> Corretivas e Preventivas	Assegurar em 100% os equipamentos mantidos	Anual 2021	Ação permanente/ contínua	Ação Rotineira/Permanente Plano de Manutenção Corretiva e Preventiva dos Equipamentos – Acompanhamento Mensal
<b>RELATÓRIOS MENSAIS DISPONÍVEIS NO IESP.</b> Solicitação, via e-mail. nmc.sst.servicos@gmail.com Nádia Conceição	Contratação de Prestadores de Serviço – Empresa MANUTECH	Anual 2021	Ação Permanente/ contínua	Ação Rotineira/Permanente Plano de Manutenção Corretiva e Preventiva dos Equipamentos com Acompanhamento Mensal. (PLANO DE MANUTENÇÃO PREVENTIVA E PREDITIVA – REVISÃO DA PLANILHA Os equipamentos estão sendo mantidos – Acompanhamento Mensal - Relatório de Dezembro/18 disponível no IESP. Renovação para manutenção preventiva e corretiva a partir de abril/17 pelos prestadores Juca Pneu e TAMEL.
<u>Manutenção de Viaturas</u> Corretivas e Preventivas <b>RELATÓRIOS MENSAIS DISPONÍVEIS NO IESP.</b> Solicitação, via e-mail. nmc.sst.servicos@gmail.com Nádia Conceição	Prestadores de Serviço MARIMAR LTDA  100% Efetividade 100% Eficácia  Avaliação de Qualidade			Manutenção realizada conforme Plano de Manutenção das Viaturas – Relatório de Dezembro de 2018. (PLANO DE MANUTENÇÃO PREVENTIVA E PREDITIVA – REVISÃO DA PLANILHA  Os veículos estão sendo mantidos – Acompanhamento Mensal.



TEMPO RESPOSTA SINTÉTICA			
TEMPO MÉDIO REPOSTA	TEMPO RESPOSTA MÍNIMO	TEMPO RESPOSTA MÁXIMO	TOTAL OCORRENCIAS
00:35:14	00:03:26	1d 00:20:12	1491
TEMPO MÉDIO REPOSTA	TEMPO RESPOSTA MÍNIMO	TEMPO RESPOSTA MÁXIMO	TOTAL OCORRENCIAS
00:35:43	00:03:18	05:55:17	1665
TEMPO MÉDIO REPOSTA	TEMPO RESPOSTA MÍNIMO	TEMPO RESPOSTA MÁXIMO	TOTAL OCORRENCIAS
00:31:50	00:02:29	06:27:24	1634
TEMPO MÉDIO REPOSTA	TEMPO RESPOSTA MÍNIMO	TEMPO RESPOSTA MÁXIMO	TOTAL OCORRENCIAS
00:28:20	00:03:14	05:02:01	1708
TEMPO MÉDIO REPOSTA	TEMPO RESPOSTA MÍNIMO	TEMPO RESPOSTA MÁXIMO	TOTAL OCORRENCIAS
00:26:59	00:02:54	05:15:21	1771
TEMPO MÉDIO REPOSTA	TEMPO RESPOSTA MÍNIMO	TEMPO RESPOSTA MÁXIMO	TOTAL OCORRENCIAS
00:25:09	00:02:01	02:54:56	1908

**TEMPO RESPOSTA SINTÉTICA**  
**01/04/2021 a**

TEMPO MÉDIO REPOSTA	TEMPO RESPOSTA MÍNIMO
00:30:50	00:01:13

**ANÁLISE:**

Observa-se que ao longo do período de abril de 2021, o tempo de resposta vem se mantendo, com uma diminuição aos meses avaliados. As ocorrências se mantêm com uma diminuição de 12,70% em relação à média

**Identificação dos motivos dos chamados – HD no chamado, no período de outubro de 2019 a março de 2020.**

HIPÓTESE DIAGNÓSTICO - HD NO CHAMADO												
DESCRIÇÃO	ABRIL 21	%	MAIO 21	%	JUNHO 21	%	JULHO 21	%	AGOSTO 21	%	SETEMBRO 21	%
NÃO INFORMADO	903	31,32	1163	33,97	1199	37,03	1038	32,50	1002	31,39	944	29,29
CLÍNICO	1260	43,70	1479	43,20	1341	41,41	1363	42,67	1340	41,98	1350	41,89
NEONATO	2	0,07	0	-	1	0,03	1	0,03	0	-	1	0,03
OBSTÉTRICO	66	2,29	73	2,13	57	1,76	75	2,35	61	1,91	70	2,17
PEDIATRA	36	1,25	33	0,96	29	0,90	49	1,53	56	1,75	66	2,05
PSIQUIATRIA	125	4,34	112	3,27	117	3,61	112	3,51	142	4,45	182	5,65
TRAUMA	491	17,03	564	16,47	494	15,26	556	17,41	591	18,52	610	18,93
<b>TOTAL</b>	<b>2883</b>	<b>100%</b>	<b>3424</b>	<b>100%</b>	<b>3238</b>	<b>100%</b>	<b>3194</b>	<b>100%</b>	<b>3192</b>	<b>100%</b>	<b>3223</b>	<b>100%</b>

**HIPÓTESE DIAGNÓSTICO - HD NO CHAMADO CONSOLIDADO**  
 01/10/2019 a 31/03/2020

DESCRIÇÃO	TOTAL	%
NÃO INFORMADO	6249	32,63
CLÍNICO	8133	42,46
NEONATO	5	0,03
OBSTÉTRICO	402	2,1
PEDIATRA	269	1,4
PSIQUIATRIA	790	4,12
TRAUMA	3306	17,26
<b>TOTAL</b>	<b>19.154</b>	<b>100</b>

**ANÁLISE:**

Observa-se que ao longo do período de ABRIL/21 a SETEMBRO/21, os motivos que resultaram nos chamados telefônicos têm o clínico como o maior número desses chamados, aproximadamente com uma média de 42,46%, seguido de trauma com uma média de 17,26% e psiquiatria com 4,12%. Os resultados se mantêm no período analisado em termos proporcionais.



NÚMERO CHAMADOS POR SEXO														
SEXO	ABRIL	%	MAIO	%	JUNHO	%	JULHO	%	AGOSTO	%	SETEMBRO	%	TOTAL	%
FEMININO	854	29,62	1032	30,14	966	29,83	947	29,65	1277	37,88	1017	27,68	6093	30,80
MASCULINO	1244	43,15	1437	41,97	1304	40,27	1408	44,08	1128	33,46	1440	39,19	7961	40,24
NÃO INFORMADO	785	27,23	955	27,89	968	29,89	839	26,27	966	28,66	1217	33,12	5730	28,96
<b>TOTAL</b>	<b>2883</b>	<b>100%</b>	<b>3.424</b>	<b>100%</b>	<b>3238</b>	<b>100%</b>	<b>3194</b>	<b>100%</b>	<b>3371</b>	<b>100%</b>	<b>3674</b>	<b>100%</b>	<b>19784</b>	<b>100,00</b>

**LOCAL DE SOLICITAÇÃO - LOCAL DAS OCORRÊNCIAS**

DESCRIÇÃO	ABRIL	%	MAIO	%	JUNHO	%	JULHO	%	AGOSTO
CASA DE REPOUSO	18	0,90	18	0,78	23	1,11	20	0,92	21
COMÉRCIO	46	2,30	63	2,74	61	2,95	57	2,62	63
ESCOLA	1	0,05	5	0,22	8	0,39	3	0,14	15
HOSPITAL	4	0,20	16	0,70	12	0,58	17	0,78	33
INDÚSTRIA	1	0,05	4	0,17	5	0,24	1	0,05	7
RESIDÊNCIA	1406	70,23	1553	7,61	1376	66,44	1445	66,44	1495
RODOVIA	7	0,35	12	0,52	1	0,05	6	0,28	5
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE	109	5,44	121	5,27	92	4,44	93	4,28	102
VIA PÚBLICA	406	20,28	495	21,55	484	23,37	525	4,14	450
ZONA RURAL	4	0,20	10	0,44	9	0,43	8	0,37	10
<b>TOTAL</b>	<b>2002</b>	<b>100</b>	<b>2297</b>	<b>100</b>	<b>2071</b>	<b>100</b>	<b>2175</b>	<b>100</b>	<b>2201</b>

**TOTAL DE CHAMADOS POR FAIXA ETÁRIA**

DESCRIÇÃO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO
NEONATAL (ATÉ 29 DIAS)	4	0	1	7
LACTENTE (1 MÊS A 2 ANOS)2	39	73	41	47
CRIANÇA I (3 A 7 ANOS)	26	26	17	26
CRIANÇA II (8 A 14 ANOS)	27	32	37	31
ADOLESCENTE (15 A 20 ANOS)	115	134	141	145
ADULTO JOVEM (21 A 30 ANOS)	247	324	276	292
ADULTO I (31 A 40 ANOS)	304	338	292	339
ADULTO II (41 A 50 ANOS)	299	308	321	307
ADULTO III (51 A 60 ANOS)	265	332	327	327
IDOSO I (61 A 70 ANOS)	245	257	224	256
IDOSO II (71 A 80 ANOS)	219	234	200	243
IDOSO III (81 A 90 ANOS)	158	186	177	161
IDOSO IV (91 A 100 ANOS)	52	60	61	46
IDOSO V (ACIMA DE 100 ANOS)	2	0	4	5
NÃO INFORMADO	881	1120	1121	967
<b>TOTAL</b>	<b>2883</b>	<b>3424</b>	<b>3238</b>	<b>3194</b>



## 4. EXPERIÊNCIA

### 4.1. Comprovação de experiência em gestão compatível

*Experiência anterior em gestão de serviços de saúde compatíveis com o objeto do Edital, por meio de Atestado de Capacidade Técnica com assinatura autenticada e extrato do Contrato publicado em Diário Oficial.*

Atestado de Capacidade Técnica emitida pela Prefeitura de Quissamã-RJ



República Federativa do Brasil – Estado do Rio de Janeiro  
**Prefeitura de Quissamã**  
Secretaria Municipal de Saúde

### **ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA**

Atestamos para os devidos fins, que o Instituto Esperança-IESP, Organização Social de Saúde, pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativo, inscrita no CNPJ 10.779.749/0001-32, com sede na Avenida Itália nº 928, 15º andar, sala 1.508, Jardim das Nações, Taubaté - SP, CEP 12.030-212, vencedora do contrato de gestão 015/2016, detém qualificações técnicas para a gestão, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde do Hospital Municipal Maria Mariana de Jesus (126 leitos, com: UTI adulto; Cirurgia Geral; Ginecologia; Ortopedia e Traumatologia; Clínica Geral; Obstetria Cirúrgica e Clínica; Pediatria Cirúrgica e Clínica; e Psiquiatria), da Unidade de Pronto Atendimento Mário Barros Wagner - UPA24h (10 leitos), e do Centro de Saúde Benedito Pinto das Chagas.

Atestamos ainda que o IESP cumpri fielmente com suas obrigações contratuais, não existindo em nossos registros até a presente data, fatos que desabonem sua conduta e responsabilidades com as obrigações assumidas.

Quissamã-RJ, 13 de julho de 2016.



*Assinatura*  
Simone Flores Soares de Oliveira Barros  
Secretária Municipal de Saúde



Rua Conde de Araruama, 425 – Centro Quissamã – RJ Cep: 28.735-000  
Telefone: (22) 2768-9300  
[www.quissama.rj.gov.br](http://www.quissama.rj.gov.br) E-mail: [semsa@quissama.rj.gov.br](mailto:semsa@quissama.rj.gov.br)

SOTO S DE S LAGES  
Escritório  
Mat. 94/30703



**Contrato de Gestão nº 015/2016, celebrado entre o município de Quissamã-RJ e o IESP**



**Prefeitura Municipal de Quissamã**

R. Conde de Araruama, 425 - Quissamã - Rio de Janeiro - RJ

**CONTRATO Nº 015/2016**

**CONTRATO DE GESTÃO Nº 015/2016, QUE ENTRE SI CELEBRAM O MUNICÍPIO DE QUISSAMÃ/RJ E INSTITUTO ESPERANÇA-IESP, QUALIFICADA COMO ORGANIZAÇÃO SOCIAL NA ÁREA DE SAÚDE PARA GESTÃO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO MUNICÍPIO DE QUISSAMÃ.**

Pelo presente instrumento particular, de um lado, o **MUNICÍPIO DE QUISSAMÃ**, com sede nesta cidade, na Rua Conde de Araruama, n.º 425 – Centro- Quissamã – RJ, representada pela Secretária Municipal de Saúde, Sr.ª **Simone Flores Soares de Oliveira Barros**, portadora da carteira de identidade n.º 10.605.491-9, expedida pelo IFP/RJ, inscrito no CPF sob o n.º 074.058.417-08, (doravante denominado simplesmente **CONTRATANTE**) e, de outro lado, **INSTITUTO ESPERANÇA-IESP**, inscrita no CNPJ sob o n.º 10.779.749/0001-32, com endereço à Rua Santa Tereza, n.º 15 – Bairro Cristo Rei – São Fidélis/RJ, CEP: 28.400-000, neste ato representada por **Pedro Cipriano da Silva Júnior** na qualidade de Diretor Presidente, portador da Cédula de Identidade n.º. 03.692.782-0, expedida pelo IFP/RJ e inscrito no CPF Nº 362.210.317-53, residente e domiciliado a Rua Marapendí, n.º 376, Marechal Hermes, Rio de Janeiro, CEP: 21.577-130, (doravante denominada **CONTRATADA**), selecionada através do processo administrativo n.º 7.779/2015 tendo em vista o que dispõe a Lei Federal n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, Lei Estadual n.º 6043, de 19/09/11, regulamentada pelo Decreto Estadual n.º 43.261 de 27 de outubro de 2011 e alterações constantes no Decreto Estadual n.º 43.303 de 24 de novembro de 2011, Lei Municipal n.º 1.430, de 27 de novembro de 2014, regulamentada pelo Decreto Municipal n.º 1.965, de 9 de dezembro de 2014, Decreto Municipal n.º 2077 de 09 de dezembro de 2015, considerando o Edital de Chamamento Público Nº 003/2015 e correspondente ato de Homologação publicado no jornal Diário Costa do Sol de 09/03/2016, inserido nos autos do Processo n.º 6420/2015, em conformidade com as diretrizes e normas do Sistema Único de Saúde – SUS emanadas do Ministério da Saúde – MS resolvem celebrar o presente **CONTRATO DE GESTÃO** referente ao apoio ao gerenciamento e execução das atividades e serviços de saúde a serem desenvolvidos nas unidades de saúde especializadas do Município de Quissamã, ficando permitido o uso dos respectivos





**Prefeitura Municipal de Quissamã**

R. Conde de Araruama, 425 – Quissamã – Rio de Janeiro – RJ

equipamentos de saúde pelo período de vigência do presente Contrato de Gestão, mediante as seguintes cláusulas e condições:

**CLÁUSULA PRIMEIRA – OBJETO**

1.1 O presente **CONTRATO DE GESTÃO** tem por objeto a contratação de entidade de direito privado sem fins lucrativos, qualificada como Organização Social na área de atuação de saúde, para **GESTÃO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE**, das unidades de urgência e emergência do Município de Quissamã.

1.2 A execução do presente **CONTRATO DE GESTÃO** dar-se-á pela **CONTRATADA**, desde que observadas todas as condições propostas pela **CONTRATADA** no Programa de Trabalho, no Edital e demais diplomas legais.

1.3 Fazem parte integrante deste **CONTRATO DE GESTÃO** o Edital de Seleção e todos seus Anexos, principalmente:

- (i) Anexo I – Termo de Referência
- (ii) Anexo VI – Termo de Permissão de Uso
- (iii) Anexo X – Transferência de Recursos Orçamentários

**CLÁUSULA SEGUNDA – DA PERMISSÃO DE USO DOS BENS**

Conforme Termo de Permissão de Uso (Anexo VI) os imóveis de propriedade do Município de Quissamã e do Estado do Rio de Janeiro referentes às unidades de saúde especializadas do Município Quissamã e os bens móveis têm o seu uso permitido pela **CONTRATANTE** e/ou pela **INTERVENIENTE** durante a vigência do presente **CONTRATO DE GESTÃO**.

**CLÁUSULA TERCEIRA – OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA**

Compromete-se a **CONTRATADA**:

- 3.1 Prover os serviços ora contratados, com pessoal adequado e capacitado em todos os níveis de trabalho;
- 3.2 Comunicar à fiscalização do **CONTRATO DE GESTÃO**, por escrito e tão logo constatado problema ou a impossibilidade de execução de qualquer obrigação contratual, para a adoção das providências cabíveis;
- 3.3 Responder pelos serviços que executar, na forma do ato convocatório e da legislação aplicável;






**Prefeitura Municipal de Quissamã**

R. Conde de Araruama, 425 – Quissamã- Rio de Janeiro – RJ

- 3.4 Reparar, corrigir, remover, reconstruir ou substituir, no todo ou em parte e às suas expensas, bens ou prestações objeto do contrato em que se verificarem vícios, defeitos ou incorreções resultantes de execução irregular ou do emprego ou fornecimento de materiais inadequados ou desconformes com as especificações;
- 3.5 Manter em estoque um mínimo de materiais, peças e componentes de reposição regular e necessários à execução do objeto do contrato;
- 3.6 Manter, durante toda a duração deste contrato, em compatibilidade com as obrigações assumidas, as condições de habilitação e qualificação exigidas para participação na seleção pública;
- 3.7 Assegurar a organização, administração e gerenciamento das unidades de saúde objeto do presente **CONTRATO DE GESTÃO**, através de técnicas adequadas que permitam o desenvolvimento da estrutura funcional e a manutenção física da referida Unidade e de seus equipamentos, além do provimento dos insumos (materiais) e medicamentos necessários à garantia do seu pleno funcionamento;
- 3.8 Prestar os serviços de saúde que estão especificados nos Anexo I do Edital, de acordo com o estabelecido neste **CONTRATO DE GESTÃO** e nos exatos termos da legislação pertinente ao SUS – Sistema Único de Saúde, especialmente o disposto na Lei nº. 8080, de 19 de setembro de 1990, com observância dos princípios veiculados pela legislação, e em especial:
- (i) Universalidade de acesso aos serviços de saúde;
  - (ii) Gratuidade de assistência, sendo vedada a cobrança em face de população privada de liberdade ou seus representantes, responsabilizando-se a **CONTRATADA** por cobrança indevida feita por seu empregado ou preposto;
  - (iii) Preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
  - (iv) Igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
  - (v) Direito de informação às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
  - (vi) Divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
  - (vii) Fomento dos meios para participação da comunidade;







**Prefeitura Municipal de Quissamã**  
R. Conde de Araruama, 425 - Quissamã - Rio de Janeiro - RJ

(viii) Prestação dos serviços com qualidade e eficiência, utilizando-se dos equipamentos de modo adequado e eficaz.

3.9 Na prestação dos serviços descritos no item anterior, a **CONTRATADA** deverá observar:

(i) Respeito aos direitos da população privada de liberdade, atendendo-os com dignidade de modo universal e igualitário;

(ii) Manutenção da qualidade na prestação dos serviços;

(iii) Respeito à decisão do usuário em relação ao consentimento ou recusa na prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de morte ou obrigação legal;

(iv) Garantia do sigilo dos dados e informações relativas a população privada de liberdade;

(v) Esclarecimento dos direitos da população privada de liberdade, quanto aos serviços oferecidos.

(vi) Responsabilidade civil e criminal pelo risco de sua atividade;

(vii) Inserção obrigatória dos procedimentos autorizados e dos medicamentos dispensados nos protocolos terapêuticos estabelecidos pelas instâncias municipal, federal e estadual;

3.10 Apoiar e integrar o complexo regulador da SEMSA;

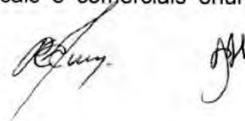
3.11 Utilizar, para a contratação de pessoal, critérios exclusivamente técnicos e inclusive quanto ao gerenciamento e controle de recursos humanos, observando as normas legais vigentes, em especial as trabalhistas e previdenciárias;

3.12 Selecionar seu pessoal de forma pública, objetiva e impessoal, nos termos do regulamento próprio a ser editado pela **CONTRATADA**.

3.13 Contratar serviços de terceiros para atividades acessórias sempre que necessário, responsabilizando-se pelos encargos daí decorrentes;

3.14 Responsabilizar-se exclusiva e diretamente por qualquer tipo de dano causado por seus agentes ao **CONTRATANTE** ou ao **INTERVENIENTE** ou a terceiros na execução do contrato, não excluída ou reduzida essa responsabilidade pela presença de fiscalização ou pelo acompanhamento da execução por órgão da Administração. A **CONTRATADA** também será a exclusiva responsável por eventuais danos oriundos de relações com terceiros, como por exemplo, fornecedores e prestadores de serviços.

3.15 A **CONTRATADA** é responsável por encargos trabalhistas, inclusive decorrentes de acordos, dissídios e convenções coletivas, previdenciários, fiscais e comerciais oriundos da





**Prefeitura Municipal de Quissamã**

R. Conde de Araruama, 425 – Quissamã – Rio de Janeiro – RJ

- execução do contrato, podendo o **CONTRATANTE**, a qualquer tempo, exigir a comprovação do cumprimento de tais encargos, como condição do pagamento dos créditos da **CONTRATADA**.
- 3.16 Providenciar seguro contra incêndio, danos, avarias e responsabilidade civil para o prédio e bens móveis cedidos. A contratação do seguro deverá contemplar a descrição dos bens a serem segurados, as coberturas pretendidas e a garantia contra perda total ou parcial dos bens sinistrados;
- 3.17 Adotar o símbolo e o nome designativo das unidades de saúde cujo uso lhe for permitido;
- 3.18 Administrar os imóveis e os bens móveis que tiverem o uso permitido em conformidade com o disposto no Termo de Permissão de Uso – Anexo VI do Edital que deverá definir as responsabilidades da **CONTRATADA**, até sua restituição ao Poder Público;
- 3.19 O Termo especificará os bens, o estado de conservação e definirá as responsabilidades da **CONTRATADA** quanto à sua guarda e manutenção;
- 3.21 A instalação de bens móveis ou imobilizados nos equipamentos objeto da permissão de uso, assim como as benfeitorias realizadas naqueles já existentes serão incorporados ao patrimônio estadual, sem possibilidade retenção ou retirada sem prévia autorização do Poder Público;
- 3.22 Os equipamentos e instrumental necessários para a realização dos serviços contratados deverão ser mantidos pela **CONTRATADA** em perfeitas condições;
- 3.23 Os equipamentos, instrumentos e quaisquer bens permanentes, que porventura venham a ser adquiridos com recursos oriundos deste **CONTRATO DE GESTÃO** ou recebidos em doação para instalação nestas Unidades, serão automaticamente incorporados ao patrimônio do Município de Quissamã devendo a **CONTRATADA** entregar a **CONTRATANTE** e/ou **INTERVENIENTE** a documentação necessária ao processo regularização da incorporação dos referidos bens;
- 3.23.1 As aquisições de materiais e equipamentos permanentes serão efetuadas através da transferência de recursos oriundos deste **CONTRATO DE GESTÃO**, estimadas no item Investimento da Planilha de Despesas de Custeio e Investimento, item 7.4 do Anexo I. As aquisições deverão ser incorporadas e patrimonializadas pela PMQ, devendo a **CONTRATADA** apresentar os documentos e informações pertinentes tão logo realize a aquisição.
- 3.23.2 Deverá ser realizada a atualização cadastral do Mobiliário, Materiais e Equipamentos Permanentes e de Informática, através de um inventário de todos os equipamentos existentes, informando sua localização, o nome e tipo do equipamento, assim como seu número de patrimônio. O Mobiliário, Materiais e Equipamentos Permanentes e de Informática adquiridos com recursos do **CONTRATO DE GESTÃO** também deverão ser objeto de patrimonialização pelo Órgão designado pelo Município.





**Prefeitura Municipal de Quissamã**  
R. Conde de Araruama, 425 - Quissamã - Rio de Janeiro - RJ

3.23.3 Deverá ser mantida na unidade de saúde uma ficha histórica com as intervenções sofridas nos equipamentos ao longo do tempo, especificando o serviço executado e as peças substituídas.

3.23.4 Deverão ser informados à PMQ todos e quaisquer deslocamentos do mobiliário, Materiais e Equipamentos Permanentes e de Informática para outros setores, assim como deverá ser atualizada sua localização na ficha cadastral.

3.24 Deverão ser enviadas à PMQ, cópias de todos os contratos de prestação de serviços firmados pela Organização Social, devidamente assinados já na prestação de contas referente ao primeiro trimestre do **CONTRATO DE GESTÃO**.

3.25 Restituir ao Poder Público o saldo dos recursos líquidos resultantes dos valores repassados, em caso de rescisão do presente **CONTRATO DE GESTÃO**.

3.26 No caso do item anterior, a **CONTRATADA** deverá transferir, integralmente, à **CONTRATANTE** os legados ou doações que lhe foram destinados, benfeitorias, bens móveis e imobilizados instalados nos equipamentos de saúde, bem como os excedentes financeiros decorrentes da prestação de serviços de assistência à saúde cujo uso dos equipamentos lhe fora permitido.

3.27 Disponibilizar permanentemente toda e qualquer documentação para auditoria do Poder Público, inclusive os seguintes comprovantes:

a) Pagamento de salários a empregados, incluídas as horas extras devidas e outras verbas que, em razão da percepção com habitualidade, devam integrar os salários; ou a repartição das cotas, em se tratando de cooperativas, até o quinto dia útil de cada mês seguinte ao vencimento ou na forma estabelecida no Estatuto, no último caso;

b) Pagamento de vale-transporte e o auxílio-alimentação de seus empregados;

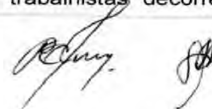
c) Anotações em Carteiras de Trabalho e Previdência Social de seus empregados; e

d) Recolhimentos dos tributos, contribuições e encargos, incluindo aqueles relativos aos empregados vinculados ao Contrato.

3.27.1 É vedada a contratação de cooperativa fornecedora de mão de obra.

3.28 A **CONTRATADA** será obrigada a reapresentar a Certidão Negativa de Débito junto ao INSS (CND) e a Certidão Negativa de Débitos de Tributos e Contribuições Federais, Certificado de Regularidade do FGTS (CRF) e Certidão Negativa de Débitos perante a Justiça do Trabalho nos termos do Título VII-A da Consolidação das Leis do Trabalho, sempre que expirados os respectivos prazos de validade.

3.29 Responsabilizar-se integralmente pela contratação e pagamento do pessoal necessário à execução dos serviços inerentes às atividades da **CONTRATADA**, ficando esta como a única responsável pelo pagamento dos encargos sociais e obrigações trabalhistas decorrentes,





**Prefeitura Municipal de Quissamã**

R. Conde de Araruama, 425 – Quissamã - Rio de Janeiro – RJ

- obras e aquisições necessários à execução do **CONTRATO DE GESTÃO**, bem como para compras com emprego de recursos provenientes do Poder Público, de acordo com o que prescreve a Lei nº 6.043 de 19 de setembro de 2011, de forma atender aos princípios constitucionais do caput do art.37 da CRFB, especialmente aos da publicidade, impessoalidade, moralidade e eficiência;
- 3.39 Responsabilizar-se integralmente por todos os compromissos assumidos neste **CONTRATO DE GESTÃO**.
- 3.40 Manter registro atualizado de todos os atendimentos efetuados nas unidades de saúde de atenção especializada do Município de Quissamã, disponibilizando a qualquer momento à **CONTRATANTE** e às auditorias do SUS, as fichas de atendimento da população privada de liberdade, assim como todos os demais documentos que comprovem a confiabilidade e segurança dos serviços prestados nas unidades de saúde.
- 3.41 Apresentar a **CONTRATANTE** até o 5º dia do mês seguinte, Relatórios Gerenciais e comprovantes, na forma que lhe for indicada pela **CONTRATANTE**.
- 3.42 Providenciar e manter atualizadas todas as licenças e alvarás junto às repartições competentes, necessários à execução dos serviços objeto do presente **CONTRATO DE GESTÃO**;
- 3.43 Consolidar a imagem das unidades de saúde, como centro de prestação de serviços públicos da rede assistencial do Sistema Único de Saúde – SUS, comprometido com sua missão de atender às necessidades terapêuticas da população privada de liberdade, primando pela qualidade da assistência;
- 3.44 Devolver à **CONTRATANTE** e à **INTERVENIENTE**, após o término de vigência deste **CONTRATO DE GESTÃO**, toda área, equipamentos, instalações e utensílios, em perfeitas condições de uso, respeitado o desgaste natural pelo tempo transcorrido, substituindo aqueles que não mais suportarem recuperação;
- 3.45 Os bens móveis permitidos em uso poderão ser permutados por outros de igual ou maior valor, que passam a integrar o patrimônio do Município, após prévia avaliação e expressa autorização do **CONTRATANTE** e do **INTERVENIENTE**;
- 3.46 Implantar, após prévia aprovação da SEMSA, um modelo normatizado de pesquisa de satisfação pós-atendimento;
- 3.47 Realizar seguimento, análise e adoção de medidas de melhoria diante das sugestões, queixas e reclamações que receber com respostas a população, no prazo máximo de 5 dias úteis;





**Prefeitura Municipal de Quissamã**

R. Conde de Araruama, 425 – Quissamã - Rio de Janeiro – RJ

3.48 Não adotar qualquer medida unilateral de mudanças na carteira de serviços, nos fluxos de atenção consolidados, ou na estrutura física das unidades de saúde sem prévia ciência e aprovação da PMQ.

3.49 O balanço e os demonstrativos financeiros anuais da **CONTRATADA** devem ser elaborados de acordo com as regras de contabilidade privada, obedecido o disposto na Lei nº 6.043/2011;

3.50 Ao final de cada exercício financeiro, a **CONTRATADA** apresentará ao órgão supervisor a prestação de contas, contendo, em especial, relatório de gestão, balanço e demonstrativos financeiros correspondentes, devendo ser elaborada em conformidade com o **CONTRATO DE GESTÃO** e demais disposições normativas sobre a matéria.

3.51 Encaminhar, semestralmente, a relação de processos judiciais em que a **CONTRATADA** figure como ré e que contenham pretensões indenizatórias, bem como as decisões que lhes foram desfavoráveis e os valores das condenações.

3.52 Responsabilizar-se por todos os ônus, encargos e obrigações comerciais, fiscais, sociais, tributárias, ou quaisquer outras previstas na legislação em vigor, bem como com todos os gastos e encargos com materiais e concessionárias, tais como água, energia elétrica, telefone, gás natural, e outros.

**CLÁUSULA QUARTA – OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE**

Para execução dos serviços objeto do presente **CONTRATO DE GESTÃO**, a **CONTRATANTE** obriga-se a:

4.1 Disponibilizar à **CONTRATADA** os meios necessários à execução do presente objeto, conforme previsto neste **CONTRATO DE GESTÃO** e em seus anexos;


4.2 Garantir os recursos financeiros para a execução do objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO** nos termos do Anexo I do Edital, a partir da efetiva assunção do objeto pela **CONTRATADA**;

4.3 Programar no orçamento, para os exercícios subsequentes ao da assinatura do presente **CONTRATO DE GESTÃO**, os recursos necessários, para fins de custeio da execução do objeto contratual;

4.4 Permitir o uso dos bens móveis, nos termos da legislação vigente, mediante Termo de Permissão de Uso;

4.5 Para a formalização do Termo, a **CONTRATANTE** deverá inventariar, avaliar e identificar previamente os bens;

4.6 Promover a cessão de servidores públicos para a **CONTRATADA**, nos termos do art. 14 da Lei nº 6.043/2011, desde que haja requerimento desta, autorização do Poder Público para a cessão e a concordância do funcionário;





**Prefeitura Municipal de Quissamã**

R. Conde de Araruama, 425 – Quissamã- Rio de Janeiro – RJ

4.7 Reter repasse de recursos à **CONTRATADA** quando a **CONTRATANTE** for demandada em nome próprio, primariamente, por condutas ilícitas e danosas praticadas por agentes da **CONTRATADA**, a exemplo dos itens 3.15 e 3.30 deste **CONTRATO DE GESTÃO**.

**CLÁUSULA QUINTA – VIGÊNCIA**

O **CONTRATO DE GESTÃO** vigorará pelo prazo de 24 (vinte e quatro) meses, a contar de data da ordem de início de serviços, renovável uma vez por igual período e outra, pela metade, se atingidas, pelo menos 80% (oitenta por cento) das metas definidas pelo período anterior.

**CLÁUSULA SEXTA – DOS RECURSOS FINANCEIROS**

7.1 Os recursos financeiros para a execução do objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO** serão alocados para a **CONTRATADA** mediante transferências oriundas do **CONTRATANTE**, sendo permitido à **CONTRATADA** o recebimento de doações e contribuições de entidades nacionais e estrangeiras, rendimentos de aplicações dos ativos financeiros da Organização Social e de outros pertencentes ao patrimônio que estiver sob a sua administração.

7.2 Os recursos financeiros repassados pelo FMS\_Quissamã provenientes do **CONTRATO DE GESTÃO** deverão ser aplicados, em até 02 (dois) dias úteis, contados a partir do crédito na conta bancária da **CONTRATADA**, exclusivamente em caderneta de poupança de instituição financeira oficial.

7.3 Os excedentes financeiros deverão ser restituídos à **CONTRATANTE** ou aplicados nas atividades objeto **CONTRATO DE GESTÃO**, desde que com prévia aprovação da Prefeitura Municipal de Quissamã.

**CLÁUSULA SETIMA – DO REPASSE DE RECURSOS**

O detalhamento da Transferência de Recursos Orçamentários está regulado no Anexo I do Edital.

**CLÁUSULA OITAVA – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

As despesas decorrentes deste **CONTRATO DE GESTÃO** correrão por conta dos recursos da Dotação Orçamentária a seguir especificada:

**Programa de Trabalho: 001.001.10.302.0013.2118**

**Natureza da Despesa: 3350390000 – Ficha: 668**

**Fonte de Recurso: 612**





**Prefeitura Municipal de Quissamã**  
R. Conde de Araruama, 425 - Quissamã- Rio de Janeiro - RJ

#### **CLÁUSULA NONA – VALOR DO CONTRATO**

Dá-se a este **CONTRATO DE GESTÃO** o valor total de **R\$ 35.205.422,16 (trinta e cinco milhões, duzentos e cinco mil, quatrocentos e vinte e dois reais e dezesseis centavos)**.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA – DAS CONDIÇÕES DE TRANSFERÊNCIA DE RECURSOS**

O detalhamento do Sistema de Transferência de Recursos está descrito no Anexo I do Edital. Cada parcela mensal da Transferência de Recursos terá o valor de **R\$ 1.466.892,59** (um milhão, quatrocentos e sessenta e seis mil, oitocentos e noventa e dois reais e cinquenta e nove centavos) e será depositada na conta-corrente nº **26.739-2**, agência **0454-5**, Banco do Brasil, de titularidade da **CONTRATADA**, junto à instituição financeira contratada pelo PMQ.

#### **PARÁGRAFO ÚNICO**

No caso de a **CONTRATADA** estar estabelecida em localidade que não possua agência da instituição financeira contratada pelo Município ou caso verificada pelo **CONTRATANTE** a impossibilidade de a **CONTRATADA**, em razão de negativa expressa da instituição financeira contratada pelo Município, abrir ou manter conta-corrente naquela instituição financeira, a transferência poderá ser feita mediante crédito em conta-corrente de outra instituição financeira. Nesse caso, eventuais ônus financeiros e/ou contratuais adicionais serão suportados exclusivamente pela **CONTRATADA**.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – REPACTUAÇÃO**

Decorrido o prazo de 12 (doze) meses da data da apresentação da proposta ou do orçamento a que essa proposta se referir, poderá a **CONTRATADA** fazer jus a repactuação do valor contratual, mediante avaliação da variação efetiva do custo de produção ou dos insumos utilizados na consecução do objeto contratual.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DO ACOMPANHAMENTO, AVALIAÇÃO E FISCALIZAÇÃO DO CONTRATO DE GESTÃO**

13.1 O acompanhamento e a fiscalização da execução do **CONTRATO DE GESTÃO**, sem prejuízo da ação institucional dos órgãos de controle interno e externo do município e do estado, serão efetuados pela SEMSA e pelo Conselho Municipal de Saúde.

13.2 A execução do presente **CONTRATO DE GESTÃO** será efetuada por intermédio da Comissão de Acompanhamento e Fiscalização nomeada pela Secretária Municipal de Saúde, constituída por membros da Secretaria Municipal de Saúde.





**Prefeitura Municipal de Quissamã**

R. Conde de Araruama, 425 – Quissamã - Rio de Janeiro – RJ

13.3 Nos termos do Decreto nº 43.261 de 27 de outubro de 2011 e alterações constantes no Decreto nº 43.303 de 24 de novembro de 2011, os resultados e metas alcançados com a execução do **CONTRATO DE GESTÃO** serão avaliados, mensalmente pela Comissão de Avaliação, formalmente designada pela **CONTRATANTE**;

13.4 A **CONTRATADA** declara, antecipadamente, aceitar todas as condições, métodos e processos de inspeção, verificação e controle adotados pela fiscalização, obrigando-se a lhes fornecer todos os dados, elementos, explicações, esclarecimentos e comunicações de que este necessitar e que forem julgados necessários ao desempenho de suas atividades.

13.5 A instituição e a atuação da fiscalização do serviço objeto do contrato não excluem ou atenuam a responsabilidade da **CONTRATADA**, nem a exime de manter fiscalização própria.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DA PRESTAÇÃO DE CONTAS**

13.1 A prestação de contas está regulada no Anexo I do Edital.

13.2 A **CONTRATADA** deverá apresentar à **CONTRATANTE** mensalmente:

13.2.1 Relação dos valores financeiros repassados, com indicação da Fonte de Recursos,

13.2.2 Relatório Consolidado da Produção Contratada X Produção Realizada,

13.2.3 Relatório Consolidado do alcance das metas de qualidade (Indicadores).

#### **CLÁUSULA QUARTA – DA SANÇÃO, RESCISÃO E SUSPENSÃO DO CONTRATO DE GESTÃO**

A rescisão do **CONTRATO DE GESTÃO** poderá ser efetivada:

14.1 Por ato unilateral da **CONTRATANTE**, na hipótese de descumprimento, por parte da **CONTRATADA**, ainda que parcial, das cláusulas que inviabilizem a execução de seus objetivos e metas previstas no presente **CONTRATO DE GESTÃO**, decorrentes de má gestão, culpa e/ou dolo;

14.2 Por acordo entre as partes reduzido a termo, tendo em vista o interesse público;

14.3 Por ato unilateral da **CONTRATADA** na hipótese de atrasos dos repasses devidos pela **CONTRATANTE** superior a 90 (noventa) dias da data fixada para o pagamento, cabendo à **CONTRATADA** notificar a **CONTRATANTE**, com antecedência mínima de 90 (noventa) dias, informando do fim da prestação dos serviços contratados;







**Prefeitura Municipal de Quissamã**

R. Conde de Araruama, 425 - Quissamã - Rio de Janeiro - RJ

14.4 Na hipótese da cláusula 16.3, a **CONTRATANTE** responsabilizar-se-á apenas pelos prejuízos suportados pela **CONTRATADA** exclusivamente em decorrência do retardo na transferência de recursos, cabendo à **CONTRATADA** a comprovação do nexo de causalidade entre os prejuízos alegados e a mora da **CONTRATANTE**.

14.5 Verificada qualquer uma das hipóteses de rescisão contratual, o **CONTRATANTE** providenciará a revogação da permissão de uso existente em decorrência do presente instrumento.

14.6 A **CONTRATADA** terá o prazo máximo de 90 (noventa) dias, a contar da data da rescisão do **CONTRATO DE GESTÃO**, para quitar suas obrigações e prestar contas de sua gestão à **CONTRATANTE**, conforme disposto no Art.10, inciso VI, da Lei nº 6.043/11.

14.7 Configurar-se-á infração contratual a inexecução dos serviços, total ou parcial, execução imperfeita, mora ou inadimplemento na execução, inobservância do Decreto Nº 43.261, na Lei nº 6.043/2011 e, especialmente, se a **CONTRATADA**:

14.7.1 Utilizar de forma irregular os recursos públicos que lhe forem destinados;

14.7.2 Incurrir em irregularidade fiscal ou trabalhista;

14.7.3 Deixar de promover a manutenção dos bens públicos permitidos ou promover desvio de sua finalidade;

14.7.4 Violar os princípios que regem o Sistema Único de Saúde.

14.7.5 A ocorrência de infração contratual sujeita a **CONTRATADA**, sem prejuízo da responsabilidade civil ou criminal que couber, assegurado o contraditório e a prévia e ampla defesa, as seguintes penalidades:

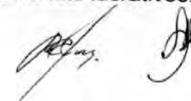
a) advertência;

b) multa de até 5% (cinco por cento) sobre o valor do **CONTRATO DE GESTÃO**, aplicada de acordo com a gravidade da infração e proporcionalmente às parcelas não executadas. Nas reincidências específicas, a multa corresponderá ao dobro do valor da que tiver sido inicialmente imposta, observando-se sempre o limite de 20% (vinte por cento);

c) Desqualificação da entidade como organização social.

14.7.6 Os diretores da **CONTRATADA** serão responsabilizados pessoalmente, no caso de eventual aplicação de penalidade de cunho pecuniário, incidindo as penas sobre o seu patrimônio, considerando que Organização Social é uma entidade sem fins lucrativos.

**PARAGRAFO ÚNICO** - Os diretores da **CONTRATADA** serão responsabilizados pessoalmente, no caso de eventual aplicação de penalidade de cunho pecuniário, incidindo as penas sobre o seu patrimônio, considerando que Organização Social é uma entidade sem fins lucrativos.





**Prefeitura Municipal de Quissamã**  
R. Conde de Araruama, 425 – Quissamã - Rio de Janeiro – RJ

14.8 A rescisão contratual será formalmente motivada nos autos do processo administrativo, assegurado a **CONTRATADA** o direito ao contraditório e a prévia e ampla defesa.

14.9 A declaração de rescisão deste contrato, independentemente da prévia notificação judicial ou extrajudicial, operará seus efeitos a partir da publicação em Diário Oficial do Município.

14.10 Na hipótese de rescisão administrativa, além das demais sanções cabíveis, o Município poderá:

- a) reter, a título de compensação, os créditos devidos à contratada e cobrar as importâncias por ela recebidas indevidamente;
- b) cobrar da contratada multa de 10% (dez por cento), calculada sobre o saldo reajustado dos serviços não executados e;
- c) cobrar indenização suplementar se o prejuízo for superior ao da multa.

14.11 O **CONTRATO DE GESTÃO** poderá ser rescindido ou resolvido quando do advento de circunstância superveniente que comprometa o fundamento de validade do mesmo e a sua regular execução.

**PARÁGRAFO PRIMEIRO** – A imposição das penalidades é de competência exclusiva do **CONTRATANTE**.

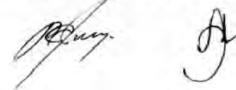
**PARÁGRAFO SEGUNDO** – A sanção prevista na alínea b desta Cláusula poderá ser aplicada cumulativamente a qualquer outra.

**PARÁGRAFO TERCEIRO** – A aplicação de sanção não exclui a possibilidade de rescisão administrativa do Contrato, garantido o contraditório e a defesa prévia.

**PARÁGRAFO QUARTO** – A multa administrativa prevista na alínea b não tem caráter compensatório, não eximindo o seu pagamento a **CONTRATADA** por perdas e danos das infrações cometidas.

**PARÁGRAFO QUINTO** – O atraso injustificado no cumprimento das obrigações contratuais sujeitará a contratada à multa de mora de até 1% (um por cento) por dia útil que exceder o prazo estipulado, a incidir sobre o valor da transferência mensal, respeitado o limite do art. 412 do Código Civil, sem prejuízo da possibilidade de rescisão unilateral do contrato pelo **CONTRATANTE** ou da aplicação das sanções administrativas.

**PARÁGRAFO SEXTO** - No exercício de sua função decisória, poderá a **CONTRATANTE** firmar acordos com a **CONTRATADA**, a fim de estabelecer o conteúdo discricionário do ato sancionatório, salvo impedimento legal ou decorrente da natureza e das circunstâncias da relação jurídica envolvida, observados os princípios da transparência, legalidade, finalidade, motivação, razoabilidade, proporcionalidade, moralidade, ampla defesa, contraditório, segurança jurídica, impessoalidade, eficiência, celeridade, oficialidade, publicidade,





**Prefeitura Municipal de Quissamã**

R. Conde de Araruama, 425 - Quissamã - Rio de Janeiro - RJ

participação, proteção da confiança legítima e interesse público, desde que a opção pela solução consensual, devidamente motivada, seja compatível com o interesse público.

**CLÁUSULA DECIMA QUINTA - PUBLICAÇÃO**


O presente **CONTRATO DE GESTÃO** deverá ser publicado, em extrato, no Diário Oficial do Município, dentro do prazo de 20 (vinte) dias contados de sua assinatura, por conta do **CONTRATANTE**, ficando condicionada a essa publicação a plena eficácia do mesmo.

**CLÁUSULA DECIMA SEXTA- FORO**

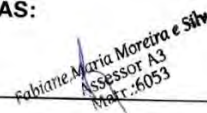
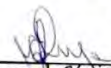
Fica eleito o Foro da Comarca de Carapebus e Quissamã do Estado do Rio de Janeiro para dirimir qualquer questão oriunda do presente **CONTRATO DE GESTÃO** ou de sua execução, renunciando a **CONTRATADA** a qualquer outro foro que tenha ou venha a ter, por mais privilegiado que seja. E, por estarem de pleno acordo, firmam as partes o presente instrumento, em quatro vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo:

Quissamã, 07 de fevereiro de 2016.

  
**Simone Flores Soares de Oliveira Barros**  
Secretaria Municipal de Saúde

  
**Instituto Esperança**  
CNPJ: 10.779.749/0001-32  
Organização Social

**TESTEMUNHAS:**

1.   
Fabiane Maria Moreira e Silva  
Assessor A3  
Matr.:6053  
CPF: 083.150.787-31
2.   
Vanusa de Cássia F. de Souza  
Assessor A3  
Matr.:4981  
CPF: 090.131.257-60



Atestado de Capacidade Técnica Emitida pela Prefeitura de Tremembé e o IESP



**PREFEITURA MUNICIPAL DA ESTÂNCIA TURÍSTICA DE TREMEMBÉ**

(Lei Estadual nº. 8.506 de 27 de dezembro de 1993)

**"PAÇO MUNICIPAL VEREADOR RENATO VARGAS"**

(Lei Municipal nº. 3.452 de 16 de outubro de 2009)

CNPJ 46.638.714/0001-20

Rua 7 de Setembro, nº. 701 – Centro – Tremembé/SP – CEP 12120-000  
www.tremembe.sp.gov.br | Tel. (12) 3607-1000 | tremembe@tremembe.sp.gov.br

**ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA**

O Município da Estância Turística de Tremembé, inscrito no CNPJ sob o nº. 46.638.714/0001-20, com sede na Rua Sete de Setembro nº 701, Centro, Tremembé/SP, CEP: 12.120.000, neste ato representado pelo Secretário Municipal de Saúde, Dr. Carlo Guilherme da Silveira e Lima, RG. nº. 23.178.897-6, CPF nº. 183.843.428-30, atesta para os devidos fins que o INSTITUTO ESPERANÇA, inscrito no CNPJ: 10.779.749/0001-32, entidade privada sem fins lucrativos, localizado na Av. Itália nº 928, sala 1508, Jardins das Nações, Taubaté/SP, CEP: 12030-212, consta qualificada como Organização Social no município da Estância Turística de Tremembé, com contrato de Gestão vigente desde 15 de Maio de 2018 até a presente data, para gerenciamento, operacionalização e execução de serviços de Saúde nas unidades de Saúde no Município de Tremembé/SP, prestando serviços no Centro de Saúde, Centro de Diagnose, Estratégia de Saúde da Família, Unidades da Atenção Básica e Pronto Atendimento do Município, disponibilizando o RH que compreende médicos especialistas como: Clínica Médica, Clínica Geral, Pediatras, Emergencistas, Ginecologistas/obstetras, Ortopedistas, Vascular, Neurologistas, Dermatologistas, Psiquiatras, Cardiologistas, entre demais especialidades, além de todas as equipes técnicas (psicólogos, assistente social, equipe de enfermagem, farmacêuticos e outros) e administrativas (atendentes, recepcionistas, oficiais administrativos e outros) necessárias a execução total do serviço. Atendendo ao que se pede no contrato firmado entre as partes, não tendo nada que desabone sua conduta na prestação dos serviços contratados.

Tremembé, 15 de setembro de 2021

Atenciosamente,

  
**Dr. Carlo Guilherme da Silveira e Lima**  
**Secretário Municipal de Saúde**



**Contrato de Gestão nº 020/2018, celebrado entre o município de Tremembé-SP e o IESP**



**PREFEITURA MUNICIPAL DA ESTÂNCIA TURÍSTICA DE TREMEMBÉ**  
(Lei Estadual nº 8.506 de 27 de dezembro de 1993)  
**“PAÇO MUNICIPAL VEREADOR RENATO VARGAS”**  
(Lei Municipal nº 3.452 de 16 de outubro de 2009)

**CONTRATO DE GESTÃO Nº 20/2018**

CONTRATO QUE ENTRE SI CELEBRAM O MUNICÍPIO DE TREMEMBÉ E A ORGANIZAÇÃO SOCIAL INSTITUTO ESPERANÇA QUALIFICADA COMO ORGANIZAÇÃO SOCIAL, COM VISTAS AO DESENVOLVIMENTO DAS AÇÕES E SERVIÇOS COMPLEMENTARES DE SAÚDE PÚBLICA.

Pelo presente instrumento, de um lado o **MUNICÍPIO DA ESTÂNCIA TURÍSTICA DE TREMEMBÉ**, pessoa jurídica de direito público, inscrito no CNPJ sob nº 46.638.714/0001-20, com sede na Rua Sete de Setembro, 701, centro, neste ato representado pelo Prefeito Municipal, **Marcelo Vaqueli**, brasileiro, casado, portador da Cédula de Identidade RG nº 18.044.364-1 SSP/SP e inscrito no CPF sob nº 103.921.948-99, residente e domiciliado na Rua Taubaté, nº 215, Bairro Parque das Fontes, Tremembé/SP – CEP: 12.120-000, doravante denominado **CONTRATANTE**, e de outro lado, **Organização Social Instituto Esperança**, a Entidade de direito privado, sem fins lucrativos, inscrita no CNPJ sob nº 10.779.749/0001-32, com endereço na Rua Coronel João Sanches, nº 283, Centro, São Fidélis/RJ – CEP: 28.400-000, instituída como Organização Social Municipal, por meio de Decreto Municipal nº 4.988/2016, representada neste ato por seu Presidente Pedro Cipriano da Silva Júnior, portador da Cédula de Identidade RG nº 03.692.782-0 e inscrito no CPF sob nº 362.210.317-53, residente e domiciliado na Rua Marapendi, nº 376, Bairro Marechal Hermes, CEP 21.557-130 – Rio de Janeiro/RJ, doravante denominada **CONTRATADA**, tendo em vista o que dispõe a Lei Municipal nº 3.914/2013, Decreto Municipal nº 4.422/2013, Lei Federal nº 8.666/93, com alterações posteriores, e ainda em conformidade com os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde – SUS, estabelecidos pelas Leis nº 8.080/90 e 8.142/90, com fundamento na Constituição Federal, em especial no seu artigo 196 e seguintes, RESOLVEM celebrar o presente CONTRATO DE GESTÃO, mediante as seguintes cláusulas e condições:

**CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO**

**1.1.** O presente **CONTRATO DE GESTÃO** tem por objeto o apoio ao gerenciamento, operacionalização e execução dos serviços de saúde nas UNIDADES DE SAÚDE do MUNICÍPIO DE TREMEMBÉ/SP.

**1.2.** A execução do presente CONTRATO DE GESTÃO dar-se-á pela CONTRATADA, desde que observadas todas as condições propostas pela CONTRATADA no Programa de Trabalho, no Edital e demais diplomas legais.

**1.3.** Fazem parte integrante deste CONTRATO DE GESTÃO o Edital de Seleção e todos os anexos, em especial o Plano de Trabalho.

**CLÁUSULA SEGUNDA – DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA**

**2.1** - Em cumprimento ao definido no Contrato de Gestão cabe à Contratada, além dos compromissos constantes das especificações técnicas, nos ANEXOS e dos estabelecidos na

Rua 7 de Setembro, 701 – CEP 12120-000 – PABX: 3607-1000 – site: www.tremembe.sp.gov.br – SP



**PREFEITURA MUNICIPAL DA ESTÂNCIA TURÍSTICA DE TREMEMBÉ**

(Lei Estadual nº 8.506 de 27 de dezembro de 1993)

**“PAÇO MUNICIPAL VEREADOR RENATO VARGAS”**

(Lei Municipal nº 3.452 de 16 de outubro de 2009)

legislação referente ao SUS, bem como nos diplomas federal e estadual que regem o presente contrato, as seguintes obrigações:

**2.1.1** - Assegurar a organização e gerenciamento das ações de assistência à saúde a que se propõe através do desenvolvimento de técnicas modernas que permitam a adequação da estrutura funcional, a locação e manutenção física dos equipamentos da Unidade, para garantia do pleno funcionamento e execução do plano de trabalho do município de Tremembé;

**2.1.2** - Prestar os serviços de saúde que estão especificados no EDITAL e seus ANEXOS que são partes indissociáveis deste contrato;

**2.1.3** - Assistir de forma integral a clientela do SUS, que demande as Unidades, espontaneamente, sem exclusões, procedendo aos devidos registros e expedidas as Autorizações, segundo os critérios do parceiro e do Ministério da Saúde;

**2.1.4** - Garantir na execução dos planos de trabalho, quadro de recursos humanos, qualificado e compatível com o porte da unidade, e dos serviços combinados, conforme estabelecido nas normas atinentes à espécie, tendo definida como parte de sua infraestrutura técnico-administrativa;

**2.1.5** - Adotar uma identificação especial (crachá) e uniforme, com identificação da imagem para todos os seus empregados, assim como, assegurar a sua frequência através de controle digital, para assegurar a pontualidade e boa conduta profissional;

**2.1.6** - Responder pelas obrigações, despesas, encargos trabalhistas, securitários, previdenciários, fundiários e outros, na forma da legislação em vigor, relativos aos empregados ou colaboradores utilizados na execução dos serviços ora contratados, sendo-lhe defeso invocar a existência desse contrato, para tentar eximir-se daquelas obrigações ou transferi-las ao PODER PÚBLICO;

**2.1.7** - Responsabilizar-se integralmente por todos os compromissos assumidos no Contrato de Gestão;

**2.1.8** - Apresentar a Secretaria Municipal de Saúde até o 5º (quinto) dia útil do mês seguinte ao da prestação dos serviços, a Nota Fiscal/Fatura dos serviços efetivamente executados no mês anterior, acompanhada de Relatórios Gerenciais e comprovantes, Documentos Fiscais e de Pagamento de Pessoal e Encargos Trabalhistas, na forma que lhe for indicada e assim sucessivamente;

**2.1.9** - Arcar com todo e qualquer dano ou prejuízo, de qualquer natureza, causado ao PODER PÚBLICO e/ou a terceiros, por sua culpa, ou em consequência de erro, imperícia, imprudência e ou negligência própria ou de auxiliares que estejam sob sua responsabilidade na execução dos serviços contratados;

**2.1.10** - A responsabilidade de que trata o inciso anterior estende-se aos casos de danos causados por falhas relativas à prestação dos serviços, nos estritos termos do art. 14 da Lei nº 8.078, de 11/09/90 - Código de Defesa do Consumidor;

**2.1.11** - Consolidar a imagem da Secretaria Municipal de Saúde de Tremembé, como entidade prestadora de serviços públicos, da rede assistencial do Sistema Único de Saúde - SUS, comprometido com sua missão de atender às necessidades dos pacientes, primando pela contínua melhoria na qualidade da assistência;

**2.1.12** - Encaminhar a Secretaria Municipal de Saúde, nos prazos e instrumentos por ela

Rua 7 de Setembro, 701 – CEP 12120-000 – PABX: 3607-1000 – site: [www.tremembe.sp.gov.br](http://www.tremembe.sp.gov.br) – SP



**PREFEITURA MUNICIPAL DA ESTÂNCIA TURÍSTICA DE TREMEMBÉ**

(Lei Estadual nº 8.506 de 27 de dezembro de 1993)

**“PAÇO MUNICIPAL VEREADOR RENATO VARGAS”**

(Lei Municipal nº 3.452 de 16 de outubro de 2009)

definidos, os Relatórios de Atividades expressando a produtividade e qualidade da assistência oferecida aos usuários SUS, os Relatórios de Execução Financeira expressando os

gastos de custeio e investimento dos serviços, e os Relatórios de Execução Fiscal tratando dos pagamentos de taxas e tributos, além de pagamento (folhas) de pessoal e encargos trabalhistas, todos acompanhados das devidas comprovações;

**2.1.13** - Implantar um sistema de pesquisa de satisfação pós-atendimento e manter um serviço de atendimento ao usuário, no prazo de 30 (trinta) dias contados a partir da data de assinatura do CONTRATO DE GESTÃO, devendo o inquérito/questionário ser previamente submetido e aprovado pela Secretaria de Saúde de Tremembé, emitindo os respectivos relatórios mensais, a partir do mês de vigência do contrato;

**2.1.13.1** - No que tange a pesquisa de satisfação e serviço de atendimento ao usuário realizar um seguimento, análise e adoção de medidas de melhoria diante das sugestões, queixas e reclamações, oferecendo respostas destas aos usuários, no prazo máximo de 15 dias úteis;

**2.1.13.2** - Instalar um serviço de Atendimento ao Cliente, conforme diretrizes estabelecidas pela Secretaria Municipal de Saúde, encaminhando mensalmente relatório de suas atividades;

**2.1.14** - Não adotar nenhuma medida unilateral de mudanças nos planos de trabalhos sem prévio relatório a Secretaria de Saúde de Tremembé e aprovação expressa pela mesma;

**2.1.15** - Alcançar os índices de produtividade e qualidade definidos no Plano de Trabalho e seus ANEXOS;

**2.1.16** - Realizar os ajustes necessários quanto à oferta e à demanda de serviços de acordo com as necessidades da população usuária do SUS, referenciadas e definidos pelo Gestor da Saúde Municipal;

**2.1.17** - Utilizar ferramentas gerenciais que facilitem a horizontalização da gestão, da qualificação gerencial, profissional e educação continuada além do enfrentamento das questões corporativas, rotinas técnicas e operacionais e sistema de avaliação de custos e das informações gerenciais;

**2.1.18** - Garantir transparência do processo de gestão administrativo-financeira, com abertura de planilhas financeiras e de custos, para acompanhamento das partes;

**2.1.19** - Alimentar regularmente os sistemas de informações vigentes ou novos que venham a ser implementados em substituição ou em complementaridade aos atuais;

**2.1.20** - Desenvolver ações de Educação Permanente para os trabalhadores das unidades, objetivando o trabalho interdisciplinar, a diminuição da segmentação do trabalho e a implantação do cuidado integral;

**2.1.21** - Promover ambiência acolhedora à comunidade interna e externa dos serviços;

**2.1.22** - Responsabilizar-se pela indenização de dano decorrente de ação ou omissão voluntária, ou de negligência, imperícia ou imprudência, que seus agentes, nessa qualidade, causarem a paciente, aos órgãos do SUS e a terceiros a estes vinculados, assegurando-se o direito de defesa e aplicação de punição contra o responsável nos casos de dolo ou culpa, sem prejuízo da aplicação das demais sanções cabíveis;

**2.1.23** - Restituir, em caso de desqualificação, ao Poder Público, o saldo dos recursos

Rua 7 de Setembro, 701 – CEP 12120-000 – PABX: 3607-1000 – site: [www.tremembe.sp.gov.br](http://www.tremembe.sp.gov.br) – SP





**PREFEITURA MUNICIPAL DA ESTÂNCIA TURÍSTICA DE TREMEMBÉ**

(Lei Estadual nº 8.506 de 27 de dezembro de 1993)

**“PAÇO MUNICIPAL VEREADOR RENATO VARGAS”**

(Lei Municipal nº 3.452 de 16 de outubro de 2009)

líquidos resultantes dos valores dele recebidos;

**2.1.24** - Prestar esclarecimentos a Secretaria Municipal de Saúde por escrito sobre eventuais atos ou fatos noticiados que envolvam a CONTRATADA, independentemente de solicitação;

**2.1.25** - Divulgar informações acerca da prestação dos serviços objeto do Contrato de Gestão somente havendo autorização da Secretaria de Saúde de Tremembé;

**2.1.26** - Responsabilizar-se por cobrança indevida feita ao paciente ou ao seu representante, por profissional empregado ou preposto, em razão da execução do CONTRATO;

**2.1.27** - Atender os pacientes com dignidade e respeito, de modo universal e igualitário, mantendo-se sempre a qualidade na prestação dos serviços contratados;

**2.1.28** - Notificar a Secretaria Municipal de Saúde de eventual alteração de sua razão social ou de mudança em sua diretoria, ou estatuto, enviando-lhe no prazo de 60 (sessenta) dias contados a partir da data do registro de alteração, acompanhado de cópia autenticada da Certidão da Junta Comercial ou do Cartório de registro Civil das Pessoas Jurídicas;

**2.1.29** - Transferir, integralmente ao PODER PÚBLICO em caso de distrato ou extinção da CONTRATADA, o patrimônio, os legados ou doações que lhe foram destinados, bem como os excedentes financeiros decorrentes da prestação de serviços de assistência à saúde, cujo uso lhe fora permitido;

**2.1.30** - Manter conta bancária específica para movimentação dos recursos financeiros pagos pelo PODER PÚBLICO para execução do serviço;

**2.1.31** - Os profissionais contratados pela OS terão seus salários registrados conforme legislação vigente e de acordo com o piso salarial de cada categoria;

**2.1.32** - Devem ser observadas as regras de referência e contra referência, estando seus profissionais de saúde obrigados a responder em formulário próprio da Secretaria Municipal de Saúde, quando forem solicitados;

**2.1.33.** Manter, durante toda a duração deste contrato, em compatibilidade com as obrigações assumidas, as condições de habilitação e qualificação exigidas para participação na seleção pública;

**2.1.34.** Utilizar, para a contratação de pessoal, critérios exclusivamente técnicos e inclusive quanto ao gerenciamento e controle de recursos humanos, observando as normas legais vigentes, em especial as trabalhistas e previdenciárias;

**2.1.35.** Selecionar seu pessoal de forma pública, objetiva e impessoal, nos termos do regulamento próprio a ser editado pela CONTRATADA.

**2.2.** Os equipamentos, instrumentos e quaisquer bens permanentes, que porventura venham a ser adquiridos com recursos oriundos deste CONTRATO DE GESTÃO ou recebidos em doação para instalação nas Unidades de Saúde, serão automaticamente incorporados ao patrimônio do Município de Tremembé/SP, devendo a CONTRATADA entregar a CONTRATANTE a documentação necessária ao processo regularização da incorporação dos referidos bens;

**2.3.** Deverão ser enviadas à Secretaria Municipal da Saúde cópias de todos os contratos de prestação de serviços firmados pela Organização Social, devidamente assinados, já nas prestações de contas referentes ao primeiro trimestre do CONTRATO DE GESTÃO.

**2.4.** Disponibilizar permanentemente toda e qualquer documentação para auditoria do Poder



**PREFEITURA MUNICIPAL DA ESTÂNCIA TURÍSTICA DE TREMEMBÉ**

(Lei Estadual nº 8.506 de 27 de dezembro de 1993)

**“PAÇO MUNICIPAL VEREADOR RENATO VARGAS”**

(Lei Municipal nº 3.452 de 16 de outubro de 2009)

Público, inclusive os seguintes comprovantes:

- a) Pagamento de salários a empregados, incluídas as horas extras devidas e outras verbas que, em razão da percepção com habitualidade, devam integrar os salários, até o quinto dia útil de cada mês seguinte ao vencimento ou na forma estabelecida no Estatuto, no último caso;
- b) Pagamento de vale-transporte e o auxílio-alimentação de seus empregados;
- c) Anotações em Carteiras de Trabalho e Previdência Social de seus empregados; e
- d) Recolhimentos dos tributos, contribuições e encargos, especialmente aqueles relativos aos empregados vinculados ao Contrato.

**2.5.** É vedada a contratação de cooperativa fornecedora de mão de obra.

**2.6.** Uma vez constatada a existência de débitos previdenciários, decorrentes da execução do presente CONTRATO DE GESTÃO pela CONTRATADA, que resulte no ajuizamento de reclamação trabalhista, com a inclusão do MUNICÍPIO de Tremembé/SP no pólo passivo como responsável subsidiário, desde que não tenham sido motivados pelo atraso do repasse de recursos a CONTRATADA, a CONTRATANTE poderá reter, das parcelas vincendas, o correspondente ao montante dos valores em cobrança, que serão complementados a qualquer tempo com nova retenção em caso de insuficiência.

**2.6.1.** A retenção prevista no item anterior será realizada na data do conhecimento pela CONTRATANTE da existência da ação trabalhista ou da verificação da existência de débitos previdenciários ou relativos ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço dos empregados da CONTRATADA para consecução do objeto do presente CONTRATO DE GESTÃO.

**2.6.2.** A retenção somente será liberada com o trânsito em julgado da decisão de improcedência dos pedidos ou do efetivo pagamento do título executivo judicial ou do débito previdenciário pela CONTRATADA.

**2.6.3.** Ocorrendo o término do CONTRATO DE GESTÃO sem que tenha se dado a decisão final da ação trabalhista ou decisão final sobre o débito previdenciário, o valor ficará retido e será pleiteado em processo administrativo após o trânsito em julgado e/ou o pagamento da condenação/dívida.

**2.7.** Não distribuir, sob nenhuma forma, lucros ou resultados entre seus diretores ou empregados.

**2.8.** Encaminhar à CONTRATANTE para publicação, no prazo máximo de 90 (noventa) dias contados da assinatura deste CONTRATO DE GESTÃO, regulamento próprio contendo os procedimentos que adotará para a contratação de serviços, necessários à execução do CONTRATO DE GESTÃO, de acordo com o que prescreve a Lei Municipal nº 3.914, de 08 de agosto de 2013, de forma atender aos princípios constitucionais do caput do art. 37 da Constituição, especialmente aos da publicidade, impessoalidade, moralidade e eficiência;

**CLAUSULA TERCEIRA – DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE**

**3.1.** - Em cumprimento ao definido no Contrato de Gestão cabe ao poder público além dos compromissos constantes das especificações técnicas, nos ANEXOS e dos estabelecidos na legislação referente ao SUS, bem como nos diplomas Federal, Estadual e Municipal que regem o Contrato, as seguintes obrigações:

**3.1.1** - Disponibilizar à CONTRATADA prédios públicos municipais com mobiliários e

Rua 7 de Setembro, 701 – CEP 12120-000 – PABX: 3607-1000 – site: [www.tremembe.sp.gov.br](http://www.tremembe.sp.gov.br) – SP



**PREFEITURA MUNICIPAL DA ESTÂNCIA TURÍSTICA DE TREMEMBÉ**

(Lei Estadual nº 8.506 de 27 de dezembro de 1993)

**“PAÇO MUNICIPAL VEREADOR RENATO VARGAS”**

(Lei Municipal nº 3.452 de 16 de outubro de 2009)

equipamentos existentes devidamente patrimoniados. A administração municipal, para a consecução dos objetivos do projeto se incumbirá, também, do pagamento relativo aos serviços de energia, água, esgoto e a coleta e destino de resíduos de serviços de saúde, limpeza, tecnologia de informação - TI, monitoramento de câmera e vigia.

**3.1.2** - Prover à CONTRATADA os recursos financeiros necessários à execução do CONTRATO DE GESTÃO, conforme acordado, e programar para os exercícios subsequentes, os recursos necessários no orçamento do município de Tremembé, para custear o contrato de acordo com o sistema de pagamento previsto, a fim de evitar desequilíbrio financeiro e consequente prejuízo à parceria;

**3.1.3** - Prestar esclarecimentos e informações à CONTRATADA que visem orientá-lo na correta prestação dos serviços pactuados, dirimindo as questões omissas neste instrumento assim como lhe dar ciência de qualquer alteração no presente contrato de gestão;

**3.1.4** - Desenvolver controle e avaliação continuados ao contrato, através de uma Comissão designada pela Secretaria de Saúde que observará “in loco” o desenvolvimento das atividades de assistência ao usuário SUS, de atenção do serviço de saúde, inspecionando documentos para a verificação de sua pertinência, observando-se que a não efetivação dessa atividade não isenta a CONTRATADA de desenvolver adequadamente as atividades a que se propôs;

**3.1.5** - Analisar, sempre que necessário a capacidade e as condições de prestação de serviços, para verificar se a mesma mantém suficiente nível técnico assistencial para a execução do objeto do contrato de gestão;

**3.1.6.** Reter repasse de recursos à CONTRATADA quando a CONTRATANTE for demandada em nome próprio, primariamente, por condutas ilícitas e danosas praticadas por agentes da CONTRATADA, dentro deste CONTRATO DE GESTÃO.

**CLAUSULA QUARTA – DA VIGÊNCIA**

**4.1.** O CONTRATO DE GESTÃO vigorará pelo prazo de 12 (doze) meses, a contar de sua respectiva celebração, podendo ser prorrogado mediante termo aditivo, por igual período até o limite permitido pela legislação.

**CLÁUSULA QUINTA – DOS RECURSOS FINANCEIROS**

**5.1.** Os recursos financeiros para a execução do objeto deste CONTRATO DE GESTÃO serão alocados para a CONTRATADA mediante transferências oriundas do CONTRATANTE, sendo permitido à CONTRATADA o recebimento de doações e contribuições de entidades nacionais e estrangeiras, rendimentos de aplicações dos ativos financeiros da Organização Social e de outros pertencentes ao patrimônio que estiver sob a sua administração.

**5.2.** Os recursos financeiros repassados pela Prefeitura, provenientes do CONTRATO DE GESTÃO, deverão ser aplicados, em até 2 (dois) dias úteis, contados a partir do crédito na conta bancária da CONTRATADA, exclusivamente em aplicações financeiras que não exponham a quaisquer riscos os valores transferidos para a execução do objeto contratual.

**5.3.** Os excedentes financeiros deverão ser restituídos à CONTRATANTE ou aplicados nas atividades objeto CONTRATO DE GESTÃO.

Rua 7 de Setembro, 701 – CEP 12120-000 – PABX: 3607-1000 – site: [www.tremembe.sp.gov.br](http://www.tremembe.sp.gov.br) – SP



**PREFEITURA MUNICIPAL DA ESTÂNCIA TURÍSTICA DE TREMEMBÉ**

(Lei Estadual nº 8.506 de 27 de dezembro de 1993)

**“PAÇO MUNICIPAL VEREADOR RENATO VARGAS”**

(Lei Municipal nº 3.452 de 16 de outubro de 2009)

**CLÁUSULA SEXTA – DO REPASSE DE RECURSOS**

**6.1.** O detalhamento da Transferência de Recursos Orçamentários será feito mensalmente de forma fracionada dentro do mês, sendo 45% até o dia 5º dia útil e o restante de 55% até o dia 25 de cada mês.

**CLÁUSULA SÉTIMA – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

**7.1.** As despesas decorrentes deste CONTRATO DE GESTÃO correrão por conta dos recursos da Dotação Orçamentária a seguir especificada:

**11. Secretaria de Saúde Pronto Atendimento**

04 Diretoria do Pronto Atendimento

10.302.0072.2259 Assistência Hospitalar em Atenção Básica – Ficha resumida 664

**Ambulatório de Especialidades**

05 Chefia do Setor Administrativo da Saúde

10.301.0073.2249 Manutenção do Setor Administrativo da Saúde – Ficha resumida 682

**Estratégia de Saúde da Família**

06 Chefia do Setor de Atendimento da Saúde

10.301.0074.2250 Apoio a Atenção Básica do Programa ESF – Fichas resumidas: 692 e 693

**Elemento de despesa:** 3.3.9039.01.310000 Outros Serviços de Terceiros Pessoa Jurídica

**CLÁUSULA OITAVA – DO VALOR DO CONTRATO**

**8.1.** Dá-se a este CONTRATO DE GESTÃO o valor total de R\$ 8.513.080,08 (oito milhões, quinhentos e treze mil, oitenta reais e oito centavos).

**CLÁUSULA NONA – DAS CONDIÇÕES DE TRANSFERÊNCIA DE RECURSOS**

**9.1.** Cada parcela mensal da Transferência de Recursos terá o valor de até R\$ 709.423,34 (setecentos e nove mil, quatrocentos e vinte e três reais e trinta e quatro centavos), e será depositada no Banco Caixa Econômica Federal S/A, na conta corrente nº 1.891-0, agência 1817, operação 003, de titularidade da CONTRATADA, junto à instituição financeira contratada pelo Município de Tremembé/SP.

**9.2.** No caso de a CONTRATADA estar estabelecida em localidade que não possua agência da instituição financeira contratada pelo MUNICÍPIO ou caso verificada pelo CONTRATANTE a impossibilidade de a CONTRATADA, em razão de negativa expressa da instituição financeira contratada pelo MUNICÍPIO, abrir ou manter conta corrente naquela instituição financeira, a transferência poderá ser feita mediante crédito em conta corrente de outra instituição financeira. Nesse caso, eventuais ônus financeiros e/ou contratuais adicionais serão suportados exclusivamente pela CONTRATADA.

**CLÁUSULA DÉCIMA – DO REAJUSTE CONTRATUAL**

**10.1.** O valor do Contrato poderá ser reajustado após 12 (doze) meses, tomando-se por base a variação do IPCA-E, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, ou, na sua falta, índice legalmente previsto na época.

**CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DA REPACTUAÇÃO**

**11.1.** Independentemente do Reajuste mencionado na Cláusula Décima, e considerando que o

Rua 7 de Setembro, 701 – CEP 12120-000 – PABX: 3607-1000 – site: [www.tremembe.sp.gov.br](http://www.tremembe.sp.gov.br) – SP



**PREFEITURA MUNICIPAL DA ESTÂNCIA TURÍSTICA DE TREMEMBÉ**

(Lei Estadual nº 8.506 de 27 de dezembro de 1993)

**“PAÇO MUNICIPAL VEREADOR RENATO VARGAS”**

(Lei Municipal nº 3.452 de 16 de outubro de 2009)

Plano de Trabalho foi elaborado com base no último dissídio coletivo de cada categoria a profissional, decorrido o prazo de 12 (doze) meses de cada dissídio, poderá a CONTRATADA fazer jus a repactuação do valor contratual, mediante avaliação da variação efetiva do custo de produção acrescidos dos custos decorrentes dos impactos provocados pelos dissídios coletivos e decisões de idêntico teor, com cláusula de obrigatoriedade trabalhista.

**CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DO ACOMPANHAMENTO, AVALIAÇÃO E FISCALIZAÇÃO DO CONTRATO DE GESTÃO**

**12.1.** O acompanhamento e a fiscalização da execução do CONTRATO DE GESTÃO, sem prejuízo da ação institucional dos órgãos de controle interno do Município de Tremembé/SP e externo, será efetuada por Comissão de Avaliação e Fiscalização a ser indicada pela Autoridade superior.

**12.1.** Para fins de fiscalização, a Contratada deverá apresentar até o 20º (vigésimo) dia útil do mês subsequente ao da prestação dos serviços, a prestação de contas dos serviços efetivamente executados no mês anterior, acompanhada dos relatórios gerenciais e comprovantes, documentos fiscais e de pagamento de pessoal e encargos trabalhistas, ficha de cadastro de todos os profissionais, com a respectiva cópia de documentos de Conselho de Classe (quando houver), cópia dos contratos celebrados na forma que lhe for indicada e assim sucessivamente.

**12.3.** A Comissão de Avaliação e Fiscalização deverá encaminhar à Secretaria de Saúde e ao Conselho Municipal de Saúde, relatórios trimestrais de desempenho.

**12.4.** A verificação de que trata o item anterior, relativa ao cumprimento das diretrizes e metas definidas para a Contratada, restringir-se-á aos resultados obtidos em sua execução, através dos indicadores de desempenho estabelecidos, em confronto com as metas pactuadas e com a economicidade no desenvolvimento das atividades.

**12.5.** Os responsáveis pela fiscalização da execução do Contrato de Gestão, ao tomarem conhecimento de qualquer irregularidade ou ilegalidade na utilização de recursos ou bens de origem pública por Organização Social, dela darão ciência ao Tribunal de Contas e ao Ministério Público.

**12.6.** Qualquer cidadão é parte legítima para denunciar irregularidades cometidas pela organização Social à Administração Municipal;

**12.7.** A síntese do relatório de gestão e cópia fiel autenticada do balanço anual publicado da Organização Social, deverão ser publicados pela Administração Municipal no Diário Oficial do Município e, de forma completa, pela Organização Social no seu sítio eletrônico.

**12.8.** A CONTRATADA declara, antecipadamente, aceitar todas as condições, métodos e processos de inspeção, verificação e controle adotados pela fiscalização, obrigando-se a lhes fornecer todos os dados, elementos, explicações, esclarecimentos e comunicações de que este necessitar e que forem julgados necessários ao desempenho de suas atividades.

**12.9.** A instituição e a atuação da fiscalização do serviço objeto do contrato não excluem ou atenuam a responsabilidade da CONTRATADA, nem a exime de manter fiscalização própria.

**CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DA ALTERAÇÃO, RENEGOCIAÇÃO TOTAL E PARCIAL**

**13.1.** O presente CONTRATO DE GESTÃO poderá ser alterado, mediante revisão das metas e dos valores financeiros inicialmente pactuados, desde que prévia e devidamente justificado, com a



**PREFEITURA MUNICIPAL DA ESTÂNCIA TURÍSTICA DE TREMEMBÉ**

(Lei Estadual nº 8.506 de 27 de dezembro de 1993)

**“PAÇO MUNICIPAL VEREADOR RENATO VARGAS”**

(Lei Municipal nº 3.452 de 16 de outubro de 2009)

aceitação de ambas as partes e a autorização por escrito do Secretário de Saúde, devendo, nestes casos, serem formalizados os respectivos Termos Aditivos.

**13.2.** Poderá também ser alterado para assegurar a manutenção do equilíbrio econômico e financeiro do CONTRATO DE GESTÃO, na hipótese de sobrevirem fatos imprevisíveis, ou previsíveis, porém de consequências incalculáveis, retardadores ou impeditivos da execução do ajustado ou, ainda, em caso de força maior, caso fortuito ou fato do príncipe, configurando álea econômica extraordinária e extracontratual.

**CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DA SANÇÃO, RESCISÃO E SUSPENSÃO DO CONTRATO DE GESTÃO**

**14.1.** A rescisão do CONTRATO DE GESTÃO poderá ser efetivada:

**14.1.1.** Por ato unilateral da CONTRATANTE, na hipótese de descumprimento, por parte da CONTRATADA, ainda que parcial, das cláusulas que inviabilizem a execução de seus objetivos e metas previstas no presente CONTRATO DE GESTÃO, decorrentes de má gestão, culpa e/ou dolo;

**14.1.2.** Por acordo entre as partes reduzido a termo, tendo em vista o interesse público;

**14.1.3.** Por ato unilateral da CONTRATADA na hipótese de atrasos dos repasses devidos pela CONTRATANTE superior a 60 (sessenta) dias da data fixada para o pagamento, cabendo à CONTRATADA notificar a CONTRATANTE, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, informando do fim da prestação dos serviços contratados;

**14.1.4.** Na hipótese da cláusula 14.1.3, a CONTRATANTE responsabilizar-se-á apenas pelos prejuízos suportados pela CONTRATADA exclusivamente em decorrência do retardo na transferência de recursos, cabendo à CONTRATADA a comprovação do nexo de causalidade entre os prejuízos alegados e a mora da CONTRATANTE.

**14.2.** A CONTRATADA terá o prazo máximo de 90 (noventa) dias, a contar da data da rescisão e/ou expiração do CONTRATO DE GESTÃO, para quitar suas obrigações e prestar contas de sua gestão à CONTRATANTE.

**14.3.** Configurar-se-á infração contratual a inexecução dos serviços, total ou parcial, mora ou inadimplemento na execução, inobservância do Decreto nº 4.422/2013 e da Lei nº 3.914/2013 e, especialmente, se a CONTRATADA:

**14.3.1.** Utilizar de forma irregular os recursos públicos que lhe forem destinados;

**14.3.2.** Incorrer em irregularidade fiscal ou trabalhista;

**14.3.3.** Violar os princípios que regem o Sistema Único de Saúde.

**14.4.** A ocorrência de infração contratual sujeita a CONTRATADA, sem prejuízo da responsabilidade civil ou criminal que couber – assegurado o contraditório e a prévia e ampla defesa, as seguintes penalidades:

a) advertência;

b) multa de até 2% (dois por cento) sobre o valor do CONTRATO DE GESTÃO, aplicada de acordo com a gravidade da infração e proporcionalmente às parcelas não executadas;

c) Desqualificação da entidade como organização social.

**14.5.** A rescisão contratual será formalmente motivada nos autos do processo administrativo, assegurado a CONTRATADA o direito ao contraditório e a prévia e ampla defesa.

**14.5.** A declaração de rescisão deste contrato, independentemente da prévia notificação judicial



**PREFEITURA MUNICIPAL DA ESTÂNCIA TURÍSTICA DE TREMEMBÉ**

(Lei Estadual nº 8.506 de 27 de dezembro de 1993)

**“PAÇO MUNICIPAL VEREADOR RENATO VARGAS”**

(Lei Municipal nº 3.452 de 16 de outubro de 2009)

ou extrajudicial, operará seus efeitos a partir da publicação em Diário Oficial.

**14.6.** Na hipótese de rescisão administrativa, além das demais sanções cabíveis, o MUNICÍPIO poderá:

- a) reter, a título de compensação, os créditos devidos à contratada e cobrar as importâncias por ela recebidas indevidamente;
- b) cobrar da contratada multa de até 2% (dois por cento), calculada sobre o saldo reajustado dos serviços não executados e;
- c) cobrar indenização suplementar se o prejuízo for superior ao da multa.

**14.7.** O CONTRATO DE GESTÃO poderá ser rescindido ou resolvido quando do advento de circunstância superveniente que comprometa o fundamento de validade do mesmo e a sua regular execução.

**§1º** – A imposição de penalidades é de competência exclusiva da CONTRATANTE.

**§2º** – A sanção prevista na alínea b do item 14.6 poderá ser aplicada cumulativamente a qualquer outra.

**§3º** – A aplicação de sanção não exclui a possibilidade de rescisão administrativa do Contrato, garantido o contraditório e a defesa prévia.

**§4º** – A multa administrativa prevista na alínea b do item 14.6. não tem caráter compensatório, não eximindo o seu pagamento a CONTRATADA por perdas e danos das infrações cometidas.

**§5º** – O atraso injustificado no cumprimento das obrigações contratuais sujeitará a contratada à multa de mora de até 1% (um por cento) por dia útil que exceder o prazo estipulado, a incidir sobre o valor da transferência mensal, respeitado o limite do art. 412 do Código Civil, sem prejuízo da possibilidade de rescisão unilateral do contrato pelo CONTRATANTE ou da aplicação das sanções administrativas.

**§6º** – No exercício de sua função decisória, poderá a CONTRATANTE firmar acordos com a CONTRATADA, a fim de estabelecer o conteúdo discricionário do ato sancionatório, salvo impedimento legal ou decorrente da natureza e das circunstâncias da relação jurídica envolvida, observados os princípios da Administração Pública, desde que a opção pela solução consensual, devidamente motivada, seja compatível com o interesse público.

**CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – DA RESPONSABILIZAÇÃO**

**15.1.** Os diretores da CONTRATADA serão responsabilizados pessoalmente, no caso de eventual aplicação de penalidade de cunho pecuniário, incidindo as penas sobre o seu patrimônio, considerando que a Organização Social é uma entidade sem fins lucrativos.

**CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – FISCALIZAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

**16.1.** A CONTRATANTE providenciará, até o 5º dia útil seguinte ao da sua assinatura, o encaminhamento de cópia do presente CONTRATO DE GESTÃO e dos seus Anexos à Câmara Municipal e ao Tribunal de Contas do Estado de São Paulo.

**CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA - DO RECURSO AO JUDICIÁRIO**

**17.1.** As importâncias decorrentes de quaisquer penalidades impostas à CONTRATADA, inclusive as perdas e danos ou prejuízos que a execução do contrato tenha acarretado, quando superiores aos



**PREFEITURA MUNICIPAL DA ESTÂNCIA TURÍSTICA DE TREMEMBÉ**

(Lei Estadual nº 8.506 de 27 de dezembro de 1993)

**“PAÇO MUNICIPAL VEREADOR RENATO VARGAS”**

(Lei Municipal nº 3.452 de 16 de outubro de 2009)

créditos que a CONTRATADA tenha em face da CONTRATANTE, que não comportarem cobrança amigável, serão cobrados judicialmente.

**CLÁUSULA DECIMA OITAVA – DA PUBLICAÇÃO**

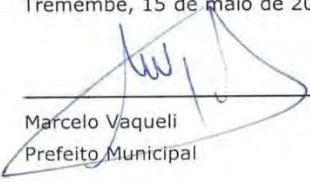
**18.1.** O presente CONTRATO DE GESTÃO deverá ser publicado, em extrato, no Diário Oficial do Município, dentro do prazo de 20 (vinte) dias contados de sua assinatura, por conta do CONTRATANTE, ficando condicionada a essa publicação a plena eficácia do mesmo.

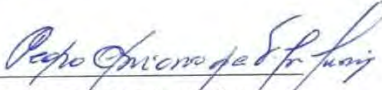
**CLÁUSULA DECIMA NONA – DO FORO**

**19.1.** Fica eleito o Foro da Comarca de Tremembé, Estado de São Paulo, para dirimir qualquer questão oriunda do presente CONTRATO DE GESTÃO ou de sua execução, renunciando a CONTRATADA a qualquer outro foro que tenha ou venha a ter, por mais privilegiado que seja.


E, por estarem de pleno acordo, firmam as partes o presente instrumento, em quatro vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo:


Tremembé, 15 de maio de 2018.

  
\_\_\_\_\_  
Marcelo Vaqueli  
Prefeito Municipal

  
\_\_\_\_\_  
Organização Social Instituto Esperança  
Pedro Cipriano Da Silva Júnior

Testemunhas:

  
\_\_\_\_\_  
Anderson Aparecido de Godoi  
RG 44.616.755-1

  
\_\_\_\_\_  
Vânia Teixeira de Lemos Araújo  
RG 26.203.903-5



**Termo Aditivo ao Contrato de Gestão nº 20/2018, celebrado entre o município de Tremembé-SP e o IESP**



**PREFEITURA MUNICIPAL DA ESTÂNCIA TURÍSTICA DE TREMEMBÉ**

(Lei Estadual nº 8.506 de 27 de dezembro de 1993)

**“PAÇO MUNICIPAL VEREADOR RENATO VARGAS”**

(Lei Municipal nº 3.452 de 16 de outubro de 2009)

**PRIMEIRO TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE GESTÃO Nº 20/2018 QUE ENTRE SI CELEBRAM O MUNICÍPIO DA ESTÂNCIA TURÍSTICA DE TREMEMBÉ E A ORGANIZAÇÃO SOCIAL INSTITUTO ESPERANÇA QUALIFICADA COMO ORGANIZAÇÃO SOCIAL, COM VISTAS AO DESENVOLVIMENTO DAS AÇÕES E SERVIÇOS COMPLEMENTARES DE SAÚDE PÚBLICA.**

Pelo presente instrumento, de um lado o **MUNICÍPIO DA ESTÂNCIA TURÍSTICA DE TREMEMBÉ**, pessoa jurídica de direito público, inscrito no CNPJ sob nº 46.638.714/0001-20, com sede na Rua Sete de Setembro, 701, centro, neste ato representado pelo Prefeito Municipal, **Marcelo Vaqueli**, brasileiro, casado, portador da Cédula de Identidade RG nº 18.044.364-1 SSP/SP e inscrito no CPF sob nº 103.921.948-99, residente e domiciliado na Rua Taubaté, nº 215, Bairro Parque das Fontes, Tremembé/SP – CEP: 12.120-000, doravante denominado **CONTRATANTE**, e de outro lado, **ORGANIZAÇÃO SOCIAL INSTITUTO ESPERANÇA**, a Entidade de direito privado, sem fins lucrativos, inscrita no CNPJ sob nº 10.779.749/0001-32, com endereço na Rua Coronel João Sanches, nº 283, Centro, São Fidélis/RJ - CEP: 28.400-000, instituída como Organização Social Municipal, por meio de Decreto Municipal nº 4.988/2016, representada neste ato por seu Presidente Pedro Cipriano da Silva Júnior, portador da Cédula de Identidade RG nº 03.692.782-0 e inscrito no CPF sob nº 362.210.317-53, residente e domiciliado na Rua Marapendí, nº 376, Bairro Marechal Hermes, CEP 21.557-130 – Rio de Janeiro/RJ, doravante denominada **CONTRATADA**, tendo em vista o que dispõe a Lei Municipal nº 3.914/2013, Decreto Municipal nº 4.422/2013, Lei Federal nº 8.666/93, com alterações posteriores, e ainda em conformidade com os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde – SUS, estabelecidos pelas Leis nº 8.080/90 e 8.142/90, com fundamento na Constituição Federal, em especial no seu artigo 196 e seguintes, **RESOLVEM** celebrar o 1º termo aditivo ao **CONTRATO DE GESTÃO** supra citado, mediante as seguintes cláusulas e condições:

**CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO**

**1.1.** O presente termo tem por objeto a prorrogação do prazo de vigência pelo período de **12 (doze)** meses, de acordo com a Cláusula 4.1 do contrato, de **16/06/2019 à 15/06/2020**, além do reajuste do valor originalmente pactuado, em 4,68% (quatro vírgula sesenta e oito por cento) em decorrência do IPCA para o período e 4,5% (quatro vírgula cinquenta por cento) em razão do dissídio da categoria, conforme disposto nas Cláusulas 10.1 e 11.1, respectivamente, do instrumento contratual firmado entre as partes, totalizando o índice de reajuste de 9,18% (nove vírgula dezoito por cento).

**1.2.** Readequação do plano de trabalho conforme descrito e justificado no Ofício nº 071/2019, de acordo com a Cláusula 13.1 do contrato em questão.

As alterações objeto do presente termo foram aprovadas pela Secretaria de Saúde e Conselho Municipal de Saúde, por unanimidade em ata de reunião extraordinária nº 77/2019, datada de 12/06/2019.





**PREFEITURA MUNICIPAL DA ESTÂNCIA TURÍSTICA DE TREMEMBÉ**

(Lei Estadual nº 8.506 de 27 de dezembro de 1993)

**"PAÇO MUNICIPAL VEREADOR RENATO VARGAS"**

(Lei Municipal nº 3.452 de 16 de outubro de 2009)

**CLÁUSULA SEGUNDA – DO VALOR DO CONTRATO**

**2.1.** Dá-se a este ADITAMENTO o valor total de R\$ 9.294.580,80 (nove milhões duzentos e noventa e quatro mil quinhentos e oitenta reais e oitenta centavos).

**CLÁUSULA TERCEIRA – DA PUBLICAÇÃO**

**3.1.** O presente termo aditivo de contrato será publicado no Diário Oficial Eletrônico do Município, na forma de extrato, nos termos do artigo 61, parágrafo único, da lei 8.666/93 atualizada.

**CLÁUSULA QUARTA – DA RATIFICAÇÃO**

**4.1.** Ficam ratificadas as demais condições do contrato originalmente firmado que não conflitem com as disposições do presente Termo.

E, por assim estarem justas e contratadas as partes, mutuamente obrigadas, assinam o presente Termo em 3 (três) vias de igual teor e forma.

Tremembé, 14 de JUNHO de 2019.

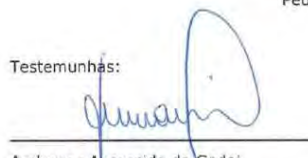


Marcelo Vaqueli  
Prefeito Municipal

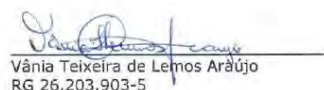


Organização Social Instituto Esperança  
Pedro Cipriano Da Silva Júnior

Testemunhas:



Anderson Aparecido de Godoi  
RG 44.616.755-1



Vânia Teixeira de Lemos Araújo  
RG 26.203.903-5



**PREFEITURA MUNICIPAL DA ESTÂNCIA TURÍSTICA DE TREMEMBÉ**  
(Lei Estadual n.º 8.506 de 27 de dezembro de 1993)  
**“PAÇO MUNICIPAL VEREADOR RENATO VARGAS”**  
(Lei Municipal n.º 3.452/2009)

Proc. nº  
1.600/18

Folha \_\_\_\_\_

**TERMO DE CIÊNCIA E DE NOTIFICAÇÃO**

**CONTRATANTE:** PREFEITURA MUNICIPAL DA ESTÂNCIA TURÍSTICA DE TREMEMBÉ.

**CONTRATADA:** ORGANIZAÇÃO SOCIAL INSTITUTO ESPERANÇA.

**CONTRATO DE GESTÃO Nº 20 - PRIMEIRO TERMO ADITIVO**

**OBJETO:** SELEÇÃO DE ENTIDADE, QUALIFICADA COMO ORGANIZAÇÃO CIVIL NO ÂMBITO MUNICIPAL, PARA APOIO A GESTÃO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DE SERVIÇOS COMPLEMENTARES DE SAÚDE PÚBLICA.

Pelo presente **TERMO**, nós, abaixo identificados:

**1. Estamos CIENTES de que:**

- a) o ajuste acima referido estará sujeito a análise e julgamento pelo Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, cujo trâmite processual ocorrerá pelo sistema eletrônico;
- b) poderemos ter acesso ao processo, tendo vista e extraíndo cópias das manifestações de interesse, Despachos e Decisões, mediante regular cadastramento no Sistema de Processo Eletrônico, conforme dados abaixo indicados, em consonância com o estabelecido na Resolução nº 01/2011 do TCESP;
- c) além de disponíveis no processo eletrônico, todos os Despachos e Decisões que vierem a ser tomados, relativamente ao aludido processo, serão publicados no Diário Oficial do Estado, Caderno do Poder Legislativo, parte do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, em conformidade com o artigo 90 da Lei Complementar nº 709, de 14 de janeiro de 1993, iniciando-se, a partir de então, a contagem dos prazos processuais, conforme regras do Código de Processo Civil;
- d) Qualquer alteração de endereço –residencial ou eletrônico –ou telefones de contato deverá ser comunicada pelo interessado, peticionando no processo.

**2. Damo-nos por NOTIFICADOS para:**

- a) O acompanhamento dos atos do processo até seu julgamento final e conseqüente publicação;
- b) Se for o caso e de nosso interesse, nos prazos e nas formas legais e regimentais, exercer o direito de defesa, interpor recursos e o que mais couber

Estância Turística de Tremembé, 14 de junho de 2019.

**GESTOR DO ÓRGÃO PÚBLICO CONTRATANTE**

NOME E CARGO: Fabrício Grasnele Galvão Velasco/ Secretário de Saúde

CPF/ RG: 260.100.908-06/ 32.629.949-X

DATA DE NASCIMENTO: 03/03/1978

ENDEREÇO RESIDENCIAL: Rua Antônio Nogarotto, nº 137, Res. Ana Cândida, CEP: 12.120-000 – Tremembé/SP

E-MAIL INSTITUCIONAL: [csa@tremembe.sp.gov.br](mailto:csa@tremembe.sp.gov.br)

E-MAIL PESSOAL: [vereadorfabricao@tremembe.sp.gov.br](mailto:vereadorfabricao@tremembe.sp.gov.br)

TELEFONE(S): (12) 98175-8295

ASSINATURA: \_\_\_\_\_



Página 1

**Rua 7 de Setembro, 701, Centro - CEP: 12120-000 - Caixa Postal 071 -Fone: (12) 3607-1000**  
**e-mail: [licitacoes@tremembe.sp.gov.br](mailto:licitacoes@tremembe.sp.gov.br) - Site: [www.tremembe.sp.gov.br](http://www.tremembe.sp.gov.br)**





**PREFEITURA MUNICIPAL DA ESTÂNCIA TURÍSTICA DE TREMEMBÉ**  
(Lei Estadual n.º 8.506 de 27 de dezembro de 1993)  
**“PAÇO MUNICIPAL VEREADOR RENATO VARGAS”**  
(Lei Municipal n.º 3.452/2009)

Proc. nº  
1.600/18

Folha \_\_\_\_\_

**ÓRGÃO PÚBLICO CONTRATANTE**

NOME E CARGO: Marcelo Vaqueli/ Prefeito Municipal

CPF/ RG: 103.921.948-99/ 18.044.364-1 SSP/SP

DATA DE NASCIMENTO: 02/02/1969


ENDEREÇO RESIDENCIAL: Rua Taubaté, nº 215, Bairro Parque das Fontes, CEP: 12.120-000 – Tremembé/SP

E-MAIL INSTITUCIONAL: gabinete@tremembe.sp.gov.br

E-MAIL PESSOAL: marcelo@vaqueli.com.br

TELEFONE(S): (12) 3607-1000

ASSINATURA: \_\_\_\_\_



**ORGANIZAÇÃO SOCIAL INSTITUTO ESPERANÇA**

NOME E CARGO: Pedro Cipriano da Silva Júnior/ Presidente

CPF/ RG: 362.210.317-53/ 03.692.782-0

DATA DE NASCIMENTO: 23/01/1956

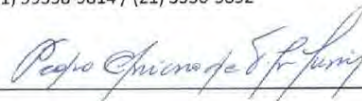
ENDEREÇO RESIDENCIAL: Rua Marapendi, nº 376, Bairro Marechal Hermes, CEP 21.557-130 – Rio de Janeiro/RJ

E-MAIL INSTITUCIONAL: [institutoesperanca@iespe.org.br](mailto:institutoesperanca@iespe.org.br)

E-MAIL PESSOAL: [ciprianopedrojunior@gmail.com](mailto:ciprianopedrojunior@gmail.com)

TELEFONE(S): (21) 99558-9814 / (21) 3350-5892

ASSINATURA: \_\_\_\_\_



**Termo Aditivo ao Contrato de Gestão nº 20/2018, celebrado entre o município de Tremembé-SP e o IESP**



**PREFEITURA MUNICIPAL DA ESTÂNCIA TURÍSTICA DE TREMEMBÉ**

(Lei Estadual nº 8.506 de 27 de dezembro de 1993)

**“PAÇO MUNICIPAL VEREADOR RENATO VARGAS”**

(Lei Municipal nº 3.452 de 16 de outubro de 2009)

**SEGUNDO TERMO ADITIVO** AO CONTRATO DE GESTÃO Nº 20/2018 QUE ENTRE SI CELEBRAM O **MUNICÍPIO DA ESTÂNCIA TURÍSTICA DE TREMEMBÉ** E A **ORGANIZAÇÃO SOCIAL INSTITUTO ESPERANÇA** QUALIFICADA COMO ORGANIZAÇÃO SOCIAL, COM VISTAS AO DESENVOLVIMENTO DAS AÇÕES E SERVIÇOS COMPLEMENTARES DE SAÚDE PÚBLICA.

Pelo presente instrumento, de um lado o **MUNICÍPIO DA ESTÂNCIA TURÍSTICA DE TREMEMBÉ**, pessoa jurídica de direito público, inscrito no CNPJ sob nº 46.638.714/0001-20, com sede na Rua Sete de Setembro, 701, centro, neste ato representado pelo Prefeito Municipal, **Marcelo Vaqueli**, brasileiro, casado, portador da Cédula de Identidade RG nº 18.044.364-1 SSP/SP e inscrito no CPF sob nº 103.921.948-99, residente e domiciliado na Rua Taubaté, nº 215, Bairro Parque das Fontes, Tremembé/SP - CEP: 12.120-000, doravante denominado **CONTRATANTE**, e de outro lado, **ORGANIZAÇÃO SOCIAL INSTITUTO ESPERANÇA**, a Entidade de direito privado, sem fins lucrativos, inscrita no CNPJ sob nº 10.779.749/0001-32, com endereço na Rua Coronel João Sanches, nº 283, Centro, São Fidélis/RJ - CEP: 28.400-000, instituída como Organização Social Municipal, por meio de Decreto Municipal nº 4.988/2016, representada neste ato por seu Presidente Pedro Cipriano da Silva Júnior, portador da Cédula de Identidade RG nº 03.692.782-0 e inscrito no CPF sob nº 362.210.317-53, residente e domiciliado na Rua Marapendi, nº 376, Bairro Marechal Hermes, CEP 21.557-130 - Rio de Janeiro/RJ, doravante denominada **CONTRATADA**, tendo em vista o que dispõe a Lei Municipal nº 3.914/2013, Decreto Municipal nº 4.422/2013, Lei Federal nº 8.666/93, com alterações posteriores, e ainda em conformidade com os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde - SUS, estabelecidos pelas Leis nº 8.080/90 e 8.142/90, com fundamento na Constituição Federal, em especial no seu artigo 196 e seguintes, **RESOLVEM** celebrar o 2º Termo Aditivo ao **CONTRATO DE GESTÃO** supra citado, mediante as seguintes cláusulas e condições:

**CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO**

**1.1.** O presente termo tem por objeto a prorrogação do prazo de vigência pelo período de **12 (doze)** meses, de acordo com a Cláusula 4.1 do Contrato de Gestão, de **16/06/2020 à 15/06/2021**, além do acordo entre as partes em manter inalterado os valores do contrato vigentes em 15/06/2020, considerando o estado de emergência e de calamidade pública instalado no município de Tremembé frente a pandemia CORONAVIRUS/COVID-19.

**1.2.** A previsão de repactuação prevista na cláusula décima primeira do Contrato de Gestão nº 20/2018, fica suspensa até que sejam definidos os eventuais impactos provocados pelos dissídios coletivos e/ou decisões de idêntico teor, com cláusula de obrigatoriedade trabalhista.

**1.3.** Acordada por dissídio coletivo e/ou decisão de idêntico teor, reajustamento aos empregados da contratada, prestadores de serviço a contratante, o contrato de gestão será aditado, para fazer constar o índice estabelecido a ser aplicado, a partir da efetiva data do reajuste constante do instrumento de dissídio coletivo.

**1.4.** O plano de trabalho será mantido nos estritos termos já acordados, sem que ocorra qualquer alteração nas metas estabelecidas, as quais deverão ser cumpridas pela contratada, nos termos constantes do contrato de gestão.

Rua 7 de Setembro, 701 - CEP 12120-000 - PABX: 3607-1000 - site: [www.tremembe.sp.gov.br](http://www.tremembe.sp.gov.br) - SP





**PREFEITURA MUNICIPAL DA ESTÂNCIA TURÍSTICA DE TREMEMBÉ**

(Lei Estadual nº 8.506 de 27 de dezembro de 1993)

**“PAÇO MUNICIPAL VEREADOR RENATO VARGAS”**

(Lei Municipal nº 3.452 de 16 de outubro de 2009)

1.5 A decisão para manutenção do contrato de gestão, em acordo com o estabelecido neste segundo Termo Aditivo foi objeto de aprovação pela Secretaria Municipal de Saúde e Conselho Municipal de Saúde, por unanimidade em ata de reunião extraordinária nº 91/2020, datada de 09/06/2020.

**CLÁUSULA SEGUNDA – DO VALOR DO CONTRATO**

**2.1.** Fica mantido o valor total de R\$ 9.294.580,80 (nove milhões duzentos e noventa e quatro mil quinhentos e oitenta reais e oitenta centavos) para este aditamento contratual.

**CLÁUSULA TERCEIRA – DA PUBLICAÇÃO**

**3.1.** O presente termo aditivo de contrato será publicado no Diário Oficial Eletrônico do Município, na forma de extrato, nos termos do artigo 61, parágrafo único, da lei 8.666/93 atualizada.

**CLÁUSULA QUARTA – DA RATIFICAÇÃO**

**4.1.** Ficam ratificadas as demais condições do contrato originalmente firmado que não conflitem com as disposições do presente Termo.

E, por assim estarem justas e contratadas as partes, mutuamente obrigadas, assinam o presente Termo em 3 (três) vias de igual teor e forma.

Tremembé, 15 de Junho de 2020.




Marcelo Vaqueli  
Prefeito Municipal

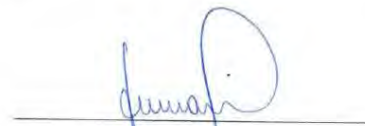


Organização Social Instituto Esperança  
Pedro Cipriano Da Silva Júnior

Testemunhas:



Vânia Teixeira de Lemos Araújo  
RG 26.203.903-5



Anderson Aparecido de Godói  
RG 44.616.755-1

**Termo Aditivo ao Contrato de Gestão nº 20/2018, celebrado entre o município de Tremembé-SP e o IESP**



**PREFEITURA MUNICIPAL DA ESTÂNCIA TURÍSTICA DE TREMEMBÉ**

(Lei Estadual nº 8.506 de 27 de dezembro de 1993)

**“PAÇO MUNICIPAL VEREADOR RENATO VARGAS”**

(Lei Municipal nº 3.452 de 16 de outubro de 2009)

**TERCEIRO TERMO ADITIVO** AO CONTRATO DE GESTÃO Nº 20/2018 QUE ENTRE SI CELEBRAM O MUNICÍPIO DA ESTÂNCIA TURÍSTICA DE TREMEMBÉ E A ORGANIZAÇÃO SOCIAL INSTITUTO ESPERANÇA QUALIFICADA COMO ORGANIZAÇÃO SOCIAL, COM VISTAS AO DESENVOLVIMENTO DAS AÇÕES E SERVIÇOS COMPLEMENTARES DE SAÚDE PÚBLICA.

Pelo presente instrumento, de um lado o **MUNICÍPIO DA ESTÂNCIA TURÍSTICA DE TREMEMBÉ**, pessoa jurídica de direito público, inscrito no CNPJ sob nº 46.638.714/0001-20, com sede na Rua Sete de Setembro, 701, centro, neste ato representado pelo Prefeito Municipal, **CLEMENTE ANTÔNIO DE LIMA NETO**, brasileiro, casado, agente político, portador da cédula de identidade nº. 19.211.848-1 SSP/SP e do CPF/MF nº. 085.190.158-16, residente e domiciliado à Rua José Benedito de Oliveira, nº 397 - Residencial Vargas, Tremembé/SP - CEP: 12.120-000, doravante denominado **CONTRATANTE**, e de outro lado, **ORGANIZAÇÃO SOCIAL INSTITUTO ESPERANÇA**, a Entidade de direito privado, sem fins lucrativos, inscrita no CNPJ sob nº 10.779.749/0001-32, com endereço na Rua Coronel João Sanches, nº 283, Centro, São Fidélis/RJ - CEP: 28.400-000, instituída como Organização Social Municipal, por meio de Decreto Municipal nº 4.988/2016, representada neste ato por seu Presidente Pedro Cipriano da Silva Júnior, portador da Cédula de Identidade RG nº 03.692.782-0 e inscrito no CPF sob nº 362.210.317-53, residente e domiciliado na Rua Marapendi, nº 376, Bairro Marechal Hermes, CEP 21.557-130 - Rio de Janeiro/RJ, doravante denominada **CONTRATADA**, tendo em vista o que dispõe a Lei Municipal nº 3.914/2013, Decreto Municipal nº 4.422/2013, Lei Federal nº 8.666/93, com alterações posteriores, e ainda em conformidade com os princípios norteadores do Sistema único de Saúde - SUS, estabelecidos pelas Leis nº 8.080/90 e 8.142/90, com fundamento na Constituição Federal, em especial no seu artigo 196 e seguintes, **RESOLVEM** celebrar o 1º termo aditivo ao **CONTRATO DE GESTÃO** supra citado, mediante as seguintes cláusulas e condições:

**CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO**

**1.1.** O presente termo tem por objeto a prorrogação do prazo de vigência pelo período de **12 (doze) meses**, de acordo com a Cláusula 4.1 do contrato, de **16/06/2021 à 15/06/2022**, além do reajuste do valor originalmente pactuado, em 17,62% (dezessete virgula sessenta e dois por cento) conforme disposto nas Cláusulas 10.1 e 11.1, respectivamente, do instrumento contratual firmado entre as partes.

**1.2.** Readequação do plano de trabalho conforme descrito e justificado no Ofício nº 087/2021, de acordo com a Cláusula 13.1 do contrato em questão.

As alterações objeto do presente termo foram aprovadas pela Secretaria de Saúde e Conselho Municipal de Saúde, por unanimidade em ata de reunião extraordinária nº 100/2021, datada de 07/06/2019.

**CLÁUSULA SEGUNDA - DO VALOR DO CONTRATO**

**2.1.** Dá-se a este ADITAMENTO o valor total de R\$ 10.931.859,71 (dez milhões, novecentos e trinta e um mil e oitocentos e cinquenta e nove reais e setenta e um centavos).

Rua 7 de Setembro, 701 - CEP 12120-000 - PABX: 3607-1000 - site: [www.tremembe.sp.gov.br](http://www.tremembe.sp.gov.br) - SP



**PREFEITURA MUNICIPAL DA ESTÂNCIA TURÍSTICA DE TREMEMBÉ**

(Lei Estadual nº 8.506 de 27 de dezembro de 1993)

**“PAÇO MUNICIPAL VEREADOR RENATO VARGAS”**

(Lei Municipal nº 3.452 de 16 de outubro de 2009)

**CLÁUSULA TERCEIRA – DO TETO**

**3.1.** O limite máximo para pagamento de despesas com remuneração e vantagens de qualquer natureza aos dirigentes e empregados deve observar o disposto no artigo 37, inciso XI da Constituição Federal.

**CLÁUSULA QUARTA – DA PUBLICAÇÃO**

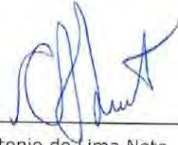
**4.1.** O presente termo aditivo de contrato será publicado no Diário Oficial Eletrônico do Município, na forma de extrato, nos termos do artigo 61, parágrafo único, da lei 8.666/93 atualizada.

**CLÁUSULA QUINTA – DA RATIFICAÇÃO**

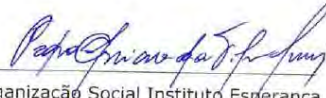
**5.1.** Ficam ratificadas as demais condições do contrato originalmente firmado que não conflitem com as disposições do presente Termo.

E, por assim estarem justas e contratadas as partes, mutuamente obrigadas, assinam o presente Termo em 3 (três) vias de igual teor e forma.

Tremembé, 15 de JUNHO de 2021.



Clemente Antonio de Lima Neto  
Prefeito Municipal



Organização Social Instituto Esperança  
Pedro Cipriano Da Silva Júnior

Testemunhas:



Plinio Xavier Lopes Neto  
CPF: 073.267.358-59



Dr. Carlo Guilherme da Silveira e Lima  
CPF: 183.843.428-30





**PREFEITURA MUNICIPAL DA ESTÂNCIA TURÍSTICA DE TREMEMBÉ**

(Lei Estadual nº. 8.506 de 27 de dezembro de 1993)

**"PAÇO MUNICIPAL VEREADOR RENATO VARGAS"**

(Lei Municipal nº. 3.452 de 16 de outubro de 2009)

CNPJ 46.638.714/0001-20

Rua 7 de Setembro, nº. 701 – Centro – Tremembé/SP – CEP 12120-000

www.tremembe.sp.gov.br | Tel. (12) 3607-1000 | tremembe@tremembe.sp.gov.br

**TERMO DE CIÊNCIA E DE NOTIFICAÇÃO**

CONTRATANTE: PREFEITURA MUNICIPAL DA ESTÂNCIA TURÍSTICA DE TREMEMBÉ

CONTRATADA: ORGANIZAÇÃO SOCIAL INSTITUTO ESPERANÇA

OBJETO: Apoio ao gerenciamento, operacionalização e execução dos Serviços de Saúde nas UNIDADES DE SAÚDE do MUNICÍPIO DE TREMEMBÉ/SP.

ADVOGADO (S)/ Nº OAB/email: (\*) Rodrigo Cardoso OAB/SP nº 244.685

e-mail: [rodrigocardoso.adv@hotmail.com](mailto:rodrigocardoso.adv@hotmail.com)

Pelo presente TERMO, nós, abaixo identificados:

**1. Estamos CIENTES de que:**

- O ajuste acima referido, seus aditamentos, bem como o acompanhamento de sua execução contratual, estarão sujeitos a análise e julgamento pelo Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, cujo trâmite processual ocorrerá pelo sistema eletrônico;
- poderemos ter acesso ao processo, tendo vista e extraído cópias das manifestações de interesse, Despachos e Decisões, mediante regular cadastramento no Sistema de Processo Eletrônico, em consonância com o estabelecido na Resolução nº 01/2011 do TCESP;
- além de disponíveis no processo eletrônico, todos os Despachos e Decisões que vierem a ser tomados, relativamente ao aludido processo, serão publicados no Diário Oficial do Estado, Caderno do Poder Legislativo, parte do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, em conformidade com o artigo 90 da Lei Complementar nº 709, de 14 de janeiro de 1993, iniciando-se, a partir de então, a contagem dos prazos processuais, conforme regras do Código de Processo Civil;
- as informações pessoais dos responsáveis pela contratante estão cadastradas no módulo eletrônico do nos termos previstos no Artigo 2º das Instruções nº01/2020,
- é de exclusiva responsabilidade do contratado manter seus dados sempre atualizados.

**2. Damo-nos por NOTIFICADOS para:**

- O acompanhamento dos atos do processo até seu julgamento final e consequente publicação;
- Se for o caso e de nosso interesse, nos prazos e nas formas legais e regimentais, exercer o direito de defesa, interpor recursos e o que mais couber.

Estância Turística de Tremembé, 15 de JUNHO de 2021.

**AUTORIDADE MÁXIMA DO ÓRGÃO/ENTIDADE:**

Nome: CLEMENTE ANTONIO DE LIMA NETO

CARGO: PREFEITO

CPF: 085.190.158-16



**RESPONSÁVEIS PELA HOMOLOGAÇÃO DO CERTAME OU RATIFICAÇÃO DA DISPENSA/INEXIGIBILIDADE DE LICITAÇÃO:**



Prefeitura de  
**TREMEMBÉ**

Página 1





**PREFEITURA MUNICIPAL DA ESTÂNCIA TURÍSTICA DE TREMEMBÉ**

(Lei Estadual nº. 8.506 de 27 de dezembro de 1993)

**"PAÇO MUNICIPAL VEREADOR RENATO VARGAS"**

(Lei Municipal nº. 3.452 de 16 de outubro de 2009)

CNPJ 46.638.714/0001-20

Rua 7 de Setembro, nº. 701 – Centro – Tremembé/SP – CEP 12120-000  
www.tremembe.sp.gov.br | Tel. (12) 3607-1000 | tremembe@tremembe.sp.gov.br

Nome: CLEMENTE ANTONIO DE LIMA NETO

CARGO: PREFEITO

CPF: 085.190.158-16

Assinatura: \_\_\_\_\_



**RESPONSÁVEIS QUE ASSINARAM O AJUSTE:**


Pelo Contratante:

Nome: CLEMENTE ANTONIO DE LIMA NETO

CARGO: PREFEITO

CPF: 085.190.158-16

Assinatura: \_\_\_\_\_



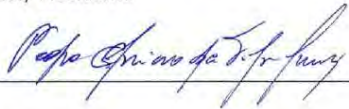
Pela Contratada: ORGANIZAÇÃO SOCAIL INSTITUTO ESPERANÇA

Nome: Pedro Cipriano da Silva Júnior/ Presidente

Cargo: Presidente

CPF: 362.210.317-53

Assinatura: \_\_\_\_\_



**ORDENADOR DE DESPESAS DA CONTRATANTE:**

Nome: CLEMENTE ANTONIO DE LIMA NETO

CARGO: PREFEITO

CPF: 085.190.158-16

Assinatura: \_\_\_\_\_



(\*) Facultativo. Indicar quando já constituído, informando, inclusive, o endereço eletrônico.





**Contrato de Gestão nº194/2018, celebrado entre Pindamonhangaba-SP e o IESP**



**MUNICÍPIO DE PINDAMONHANGABA**  
**ESTADO DE SÃO PAULO**  
**Secretaria Municipal de Administração**



CONTRATO Nº 194/2018

CONTRATAÇÃO DE EMPRESA ESPECIALIZADA EM TREINAMENTO, EDUCAÇÃO PERMANENTE, MATERIAL GRÁFICO, SINALIZAÇÃO E MÃO DE OBRA ESPECIALIZADA PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM UNIDADE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA SEGUINDO AS NORMATIVAS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE PINDAMONHANGABA, DE ACORDO COM AS ESPECIFICAÇÕES DO TERMO DE REFERÊNCIA ENTRE SI CELEBRAM O MUNICÍPIO DE PINDAMONHANGABA E A EMPRESA INSTITUTO ESPERANÇA- IESP.

Pelo presente instrumento contratual que entre si fazem, de um lado o MUNICÍPIO DE PINDAMONHANGABA, pessoa jurídica de Direito Público, com sede nesta cidade, na Avenida Nossa Senhora do Bom Sucesso, nº 1400, Bairro Alto do Cardoso, inscrita no CNPJ/MF sob nº 45.226.214/0001-19, neste ato representada pela sua Secretária de Saúde e Assistência Social, Sra. VALÉRIA DOS SANTOS, brasileira, divorciada, funcionária pública, portadora da cédula de identidade nº 20.809.443, e do CPF/MF nº 109.737.418-13, residente e domiciliada na cidade de Taubaté/SP, na Rua Ivan de Souza Oliveira, nº 80, Residencial Dala Rosa, bairro do Belém, doravante simplesmente designada CONTRATANTE, e de outro a empresa INSTITUTO ESPERANÇA- IESP, pessoa jurídica de direito privado legalmente constituída, com sede na cidade de Taubaté/SP, na Avenida Itália, nº 928, 15º andar, sala 1508, Bairro Jardim das Nações, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 10.779.749/0001-32, neste ato representada por seu presidente, Sr. PEDRO CIPRIANO DA SILVA JUNIOR, brasileiro, militar aposentado, portador da cédula de identidade nº 03692782-0, inscrito no CPF/MF sob nº 362.210.317-53, residente e domiciliado na Rua Marapendi, nº 376, Bairro Marechal Hermes, cidade de Rio de Janeiro/RJ, doravante simplesmente designada como CONTRATADA, nesta e na melhor forma de direito, firmam o presente contrato, vinculado a todos os termos expressos no edital licitatório PREGÃO Nº 158/2018 (PMP 24825/2018) e de acordo com as normas emanadas na Lei Federal nº 10.520/02 e subsidiariamente pelas Leis nº 8.866/93, 8.883/94, 9.032/95, 9.648/98 e 9.854/99 e suas alterações, não podendo este desvincular sob nenhum pretexto, com as seguintes cláusulas:

**1. CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO**

1.1. O presente contrato tem por objeto Contratação de empresa especializada em treinamento, educação permanente, material gráfico, sinalização e mão de obra especializada para prestação de serviços de classificação de risco em unidade de Urgência e Emergência seguindo as normativas do sistema único de saúde no município de Pindamonhangaba, de acordo com as especificações do termo de referência, com recursos financeiros da contratante, conforme detalhado na solicitação nº 2153/2018, de 06/11/2018 (Secretaria Municipal de Saúde e Assistência Social).

1.2. Consideram-se integrantes do presente contrato, como se nele estivessem transcritos, os documentos a seguir relacionados, os quais, neste ato, as partes declaram conhecer e aceitar:

a) O edital do certame licitatório acima indicado, seus anexos, solicitações de compras, memorial descritivo e plantas respectivas;

b) A proposta elaborada e apresentada pela CONTRATADA, datada de 22/11/2018.

1.3. A critério exclusivo da CONTRATANTE, o objeto do presente contrato poderá sofrer supressões ou acréscimos de até 25% (vinte e cinco por cento) das quantidades acima ajustadas, nas obras e serviços, mediante termo de aditamento.

**2. CLÁUSULA SEGUNDA - DA VIGÊNCIA**

2.1. O período de vigência do contrato decorrente da licitação será de até 12 (Doze) meses, contados a partir da data da autorização de serviços, uma vez assinado este termo de contrato.

2.2. O presente contrato poderá ser prorrogado, nos termos da Lei.

**3. CLÁUSULA TERCEIRA - DO VALOR**

3.1. O valor do presente contrato será de R\$ 3.184.466,40 (três milhões, cento e oitenta e quatro mil, quatrocentos e sessenta e seis reais e quarenta centavos) conforme proposta adjudicada da contratada.



**DEPARTAMENTO DE LICITAÇÕES E CONTRATOS ADMINISTRATIVOS**  
Av. Nossa Senhora do Bom Sucesso 1400 – Alto do Cardoso – Pindamonhangaba/SP – Cep.: 12420-010  
Telefax: (12) 3644-5600/e-mail: licitacao@pindamonhangaba.sp.gov.br



**MUNICÍPIO DE PINDAMONHANGABA**  
**ESTADO DE SÃO PAULO**  
**Secretaria Municipal de Administração**



**4. CLÁUSULA QUARTA - CONDIÇÕES DE PAGAMENTO E ACEITAÇÃO**

4.1. A Administração contratante efetuará o pagamento por ordem bancária ou extraordinariamente pela Tesouraria 30 (trinta) dias após o recebimento do material/serviço, com a apresentação da competente documentação fiscal.

**5. CLÁUSULA QUINTA - DO REAJUSTE DE PREÇOS**

5.1. Não haverá reajuste de preços durante o primeiro ano de vigência deste instrumento, ressalvadas as exceções.

5.2. Caso a prestação de serviço ultrapasse os 12 (doze) meses da apresentação da proposta, será utilizado o índice IPC-FIPE para a correção da mesma.

**6. CLÁUSULA SEXTA - INADIMPLEMENTOS E SANÇÕES**

6.1. Conforme o disposto no artigo 7º da Lei Federal nº 10.520/02, aquele que, convocado dentro do prazo de validade da sua proposta, não celebrar o contrato, deixar de entregar ou apresentar documentação falsa exigida para o certame, ensejar o retardamento da execução de seu objeto, não mantiver a proposta, falhar ou fraudar na execução do contrato, comportar-se de modo inidôneo ou cometer fraude fiscal, ficará impedido de licitar e contratar com a União, Estados, Distrito Federal ou Municípios, e será descredenciada no Sicafe, ou nos Sistemas de Cadastramento de Fornecedores a que se refere o inciso XIV do art. 4º desta Lei pelo prazo de até 05 (cinco) anos, sem prejuízo das multas previstas no ato convocatório e demais cominações legais.

6.2. Sem prejuízo do disposto no artigo 7º da Lei Federal nº 10.520/02, havendo irregularidades na execução do objeto, a CONTRATADA ficará sujeita a rescisão do contrato e as penalidades de acordo com os seguintes critérios:

a. Pelo atraso no início da execução da obrigação: multa de 1% (um por cento) sobre o valor do contrato, por dia de atraso, com multa em dobro no caso de reincidência;

b. Pela inexecução parcial do contrato: multa equivalente a 10% (dez por cento) sobre o valor restante do contrato;

c. Pela inexecução total do contrato: multa equivalente a 20% (vinte por cento) sobre o valor do contrato;

d. Suspensão temporária de participação e impedimento de contratar com a Administração contratante, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição, ou até que seja promovida sua reabilitação perante a Administração contratante.

6.3. No caso de reincidência de irregularidades na execução do objeto por 03 (três) vezes ou mais, a CONTRATANTE poderá rescindir o contrato firmado, ficando caracterizada inexecução parcial do objeto.

6.4. Qualquer outra infração a quaisquer cláusulas ou condições previstas neste contrato, ensejará advertência escrita e multa correspondente a 0,5% (meio por cento) sobre o valor do contrato.

6.5. As penalidades serão aplicadas mediante procedimento administrativo que assegurará o contraditório e a ampla defesa, bem como o prazo de 05 (cinco) dias úteis para apresentação da defesa, a contar do recebimento do ofício pertinente.

6.6. O prazo para pagamento de multas será de 05 (cinco) dias úteis, a contar da intimação da empresa apenada.

6.7. As sanções são independentes e a aplicação de uma não exclui a das outras.

**7. CLÁUSULA SÉTIMA - DAS OBRIGAÇÕES**

**7.1. DA CONTRATADA:**

7.1.1. Aceitar, nas mesmas condições contratuais, os acréscimos e supressões que se fizerem no objeto da contratação até 25% (vinte e cinco por cento) do valor inicial atualizado do contrato.

7.1.2. Manter, durante toda a execução do contrato, em compatibilidade com as obrigações assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas na licitação.

7.1.3. Comunicar à Administração contratante no prazo de 24 (vinte e quatro) horas qualquer ocorrência anormal.

7.1.4. Arcar com todos os encargos e obrigações de natureza trabalhista, previdenciária, acidentária, tributária, administrativa e civil decorrentes da execução da locação objeto desta contratação, sem exceção.

7.1.5. O não cumprimento de quaisquer obrigações pela contratada não transfere à Administração a possibilidade do respectivo ônus.

7.1.6. Obrigar-se-á pela saúde do funcionário empregado na execução dos serviços, encargos trabalhistas, previdenciários, comerciais, fiscais, quer municipais, estaduais ou federais, bem como pelo seguro para garantia de pessoas e equipamentos sob sua responsabilidade, devendo apresentar de imediato, quando solicitado, todos e quaisquer comprovantes de pagamentos e quitação.

7.1.7. Não será considerado motivo justificado para a paralisação da entrega de todos, ou de determinado produto, pela contratada:



**DEPARTAMENTO DE LICITAÇÕES E CONTRATOS ADMINISTRATIVOS**

Av. Nossa Senhora do Bom Sucesso 1400 – Alto do Cardoso – Pindamonhangaba/SP – Cep.: 12420-010  
Telefax: (12) 3644-5600/e-mail: licitacao@pindamonhangaba.sp.gov.br



**MUNICÍPIO DE PINDAMONHANGABA**  
**ESTADO DE SÃO PAULO**  
**Secretaria Municipal de Administração**



- a) O encerramento, independentemente do motivo, por empresa fornecedora da contratada, da produção de determinado material objeto deste contrato, desde que existam outros fornecedores que possam suprir a demanda da contratante;
- b) O encerramento, independentemente do motivo, por empresa fornecedora da contratada, da produção de matéria-prima para a fabricação de algum dos objetos deste contrato, desde que existam outras empresas que possam suprir o fornecimento da matéria-prima referida;
- c) O erro quando da cotação de preços pela contratada junto à sua fornecedora, independentemente de quem quer que seja a culpa que resultou em ajuste com a contratante por preço inferior àquele a ser suportado pela contratada se o erro não tivesse ocorrido.
- 7.2. DA ADMINISTRAÇÃO CONTRATANTE:**
- 7.2.1. Comunicar à CONTRATADA quaisquer irregularidades encontradas;
- 7.2.2. Efetuar o pagamento devido, nas condições estabelecidas;
- 7.2.3. Participar ativamente das sistemáticas de supervisão, acompanhamento e controle de qualidade dos serviços.

**8. CLÁUSULA OITAVA - DA RESCISÃO CONTRATUAL**

- 8.1. A rescisão contratual poderá ser:
- a) Determinada por ato unilateral e escrito da Administração Contratante, nos casos enumerados abaixo:
- I. O não cumprimento das cláusulas contratuais, especificações ou prazos;
  - II. O cumprimento irregular de cláusulas contratuais, especificações, projetos e prazos;
  - III. A lentidão do seu cumprimento, levando a Administração contratante a comprovar a impossibilidade da conclusão do objeto nos prazos estipulados;
  - IV. O atraso injustificado no início do objeto do contrato;
  - V. A paralisação do cumprimento do objeto do contrato;
  - VI. O desatendimento das determinações regulares da autoridade designada para acompanhar e fiscalizar a sua execução, assim como as de seus superiores;
  - VII. O cometimento reiterado de falhas na sua execução;
  - VIII. A alteração social ou a modificação da finalidade ou da estrutura da empresa, que prejudique a execução do contrato;
  - IX. Razões de interesse público, de alta relevância e amplo conhecimento, justificadas e determinadas pela máxima autoridade da esfera administrativa a que está subordinado a Administração Contratante e exaradas no processo administrativo a que se refere o contrato;
  - X. A ocorrência de caso fortuito ou de força maior, regularmente comprovada, impeditiva da execução do contrato.
- b) Amigável, por acordo entre as partes, mediante autorização escrita e fundamentada da autoridade competente, reduzida a termo no processo licitatório, desde que haja conveniência da Administração contratante.
- 8.2. Em casos de rescisão enumerados abaixo, sem que haja culpa da contratada, será esta ressarcida dos prejuízos regulamentares comprovados quando houver sofrido:
- I. Razões de interesse público, de alta relevância e amplo conhecimento, justificadas e determinadas pela máxima autoridade da esfera administrativa a que está subordinado a Administração Contratante e exaradas no processo administrativo a que se refere o Contrato;
  - II. A suspensão, por parte da Administração contratante, de serviços, acarretando modificações do valor inicial do contrato além do limite permitido de 25%;
  - III. A supressão de sua execução, por ordem escrita da Administração contratante, por prazo superior a 120 (cento e vinte) dias, salvo em caso de calamidade pública, grave perturbação da ordem interna ou guerra, ou ainda por repetidas suspensões que totalizem o mesmo prazo, independentemente do pagamento de desmobilizações e mobilizações e outras previstas, assegurado ao contratado, nesses casos, o direito de optar pela suspensão do cumprimento das obrigações assumidas até que seja normalizada a situação;
  - IV. O atraso superior a 90 (noventa) dias dos pagamentos devidos pela Administração contratante decorrentes do objeto contratual, ou parcelas destes, já recebidos ou executados, salvo em caso de calamidade pública, grave perturbação da ordem interna ou guerra, assegurado ao contratado o direito de optar pela suspensão do cumprimento de suas obrigações até que seja normalizada a situação, caso em que sua decisão deverá ser comunicada por escrito à Administração contratante.

**9. CLÁUSULA NONA - DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

- 9.1. As despesas decorrentes deste contrato correrão por conta das dotações próprias consignadas no Orçamento Geral da Administração contratante, relativo ao exercício financeiro de 2018, na classificação orçamentária nº 01.10.30.10.302.0014.2057.3.3.90.39.50.01, empenho nº 11029/2018 e ficha nº 372.



**DEPARTAMENTO DE LICITAÇÕES E CONTRATOS ADMINISTRATIVOS**  
Av. Nossa Senhora do Bom Sucesso 1400 – Alto do Cardoso – Pindamonhangaba/SP – Cep.: 12420-010  
Telefax: (12) 3644-5600/e-mail: licitacao@pindamonhangaba.sp.gov.br

3



**MUNICÍPIO DE PINDAMONHANGABA**  
**ESTADO DE SÃO PAULO**  
**Secretaria Municipal de Administração**



**10. CLÁUSULA DÉCIMA – DA GESTÃO DO CONTRATO**

10.1. A gestão do presente contrato será realizada pela Secretaria de Saúde e Assistência Social, tendo como responsável a Sra. Valéria dos Santos.

**11. CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS**

11.1. O presente contrato regular-se-á pelas suas cláusulas, pelos preceitos do Direito Público, pelo disposto na Lei Federal nº 10.520/02, e de forma subsidiária a Lei Federal nº 8.666/93, bem como toda a legislação e normativas aplicáveis à espécie, em razão do objeto contratado.

11.2. Subsidiariamente aplicar-se-ão os princípios da Teoria Geral dos Contratos e as disposições de Direito Privado.


11.3. A presente contratação vincula-se, para todos os fins e efeitos de direito, aos termos do edital do antecessor pregão e seus anexos, às solicitações de compras, e à proposta adjudicada da contratada.

**12. CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DO FORO**

12.1. O foro competente para dirimir as dúvidas e/ou conflitos oriundos da execução deste contrato é o da Comarca de Pindamonhangaba - SP.

12.2. Assim estando justos e pactuados, assinam as partes este Termo de Contrato, em 03 (três) vias de igual teor, na presença das testemunhas adiante nomeadas e assinadas.

Pindamonhangaba, 11 de dezembro de 2018.

  
Valéria dos Santos  
Secretária de Saúde e Assistência Social

  
Pedro Cipriano Da Silva Junior  
Instituto Esperança- IESP

Testemunhas:

1) Nome: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

2) Nome: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_



**DEPARTAMENTO DE LICITAÇÕES E CONTRATOS ADMINISTRATIVOS**

Av. Nossa Senhora do Bom Sucesso 1400 – Alto do Cardoso – Pindamonhangaba/SP – Cep.: 12420-010  
Telefax: (12) 3644-5600/e-mail: licitacao@pindamonhangaba.sp.gov.br

Termo Aditivo ao Contrato de Gestão nº 194/2018, celebrado entre o município de Pindamonhangaba-SP e o IESP



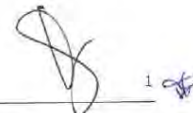
**MUNICÍPIO DE PINDAMONHANGABA**  
**ESTADO DE SÃO PAULO**  
Secretaria Municipal de Administração

CONTRATO Nº 194/2018 ADITAMENTO 01/2019

**CONTRATAÇÃO DE EMPRESA ESPECIALIZADA EM TREINAMENTO, EDUCAÇÃO PERMANENTE, MATERIAL GRÁFICO, SINALIZAÇÃO E MÃO DE OBRA ESPECIALIZADA PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM UNIDADE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA SEGUINDO AS NORMATIVAS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE PINDAMONHANGABA, DE ACORDO COM AS ESPECIFICAÇÕES DO TERMO DE REFERÊNCIA ENTRE SI CELEBRAM O MUNICÍPIO DE PINDAMONHANGABA E A EMPRESA INSTITUTO ESPERANÇA- IESP.**

Pelo presente instrumento contratual que entre si fazem, de um lado o **MUNICÍPIO DE PINDAMONHANGABA**, pessoa jurídica de Direito Público, com sede nesta cidade, na Avenida Nossa Senhora do Bom Sucesso, nº 1400, Bairro Alto do Cardoso, inscrita no CNPJ/MF sob nº 45.226.214/0001-19, neste ato representada pela sua Secretária de Saúde, Sra. **VALÉRIA DOS SANTOS**, brasileira, divorciada, funcionária pública, portadora da cédula de identidade nº 20.609.443, e do CPF/MF nº 109.737.418-13, residente e domiciliada na cidade de Taubaté/SP, na Rua Ivan de Souza Oliveira, nº 60, Residencial Dala Rosa, bairro do Belém, doravante simplesmente designada **CONTRATANTE**, e de outro a empresa **INSTITUTO ESPERANÇA-IESP**, pessoa jurídica de direito privado legalmente constituída, com sede na cidade de Taubaté/SP, na Avenida Itália, nº 928, 15º andar, sala 1508, Bairro Jardim das Nações, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 10.779.749/0001-32, neste ato representada por seu presidente, Sr. **PEDRO CIPRIANO DA SILVA JUNIOR**, brasileiro, militar aposentado, portador da cédula de identidade nº 03692782-0, inscrito no CPF/MF sob nº 362.210.317-53, residente e domiciliado na Rua Marapendi, nº 376, Bairro Marechal Hermes, cidade de Rio de Janeiro/RJ, doravante simplesmente designada como **CONTRATADA**, nesta e na melhor forma de direito, firmam o presente aditamento contratual, como segue:

**01** - O presente instrumento de aditamento contratual é celebrado nos termos expressos do contrato nº 194/2018 (Pregão nº 158/2018 – PMP 24825/2018), firmado entre a CONTRATANTE e a CONTRATADA, de acordo com o que prescreve o artigo 57 da Lei 8.666/93 e suas alterações, adita-se o item 2.1 em mais **12 (doze) meses**, prorrogando-se, assim, o contrato até **11/12/2020**, em atendimento à justificativa da Secretaria Municipal de Saúde, feita por meio do memorando nº 1031/2019 – DAA, com parecer favorável do Departamento Jurídico Administrativo.



**DEPARTAMENTO DE LICITAÇÕES E CONTRATOS**

Av. Nossa Senhora do Bom Sucesso 1400 – Alto do Cardoso – Pindamonhangaba/SP – CEP 12420-010  
Telefax: (12) 3644-5600/e-mail: licitacao@pindamonhangaba.sp.gov.br





**MUNICÍPIO DE PINDAMONHANGABA**  
**ESTADO DE SÃO PAULO**  
Secretaria Municipal de Administração

**02** - Conforme previsto no artigo 65, parágrafo 8º da Lei Federal nº 8666/93 e suas alterações, reajusta-se o valor do contrato em **2,9570%**, passando o valor total de R\$ 3.184.466,40 (três milhões e cento e oitenta e quatro mil e quatrocentos e sessenta e seis reais e quarenta centavos) para **R\$ 3.278.631,07 (três milhões e duzentos e setenta e oito mil e seiscentos e trinta e um reais e sete centavos)**, conforme apontamento do Departamento de Finanças e Orçamentos e parecer favorável do Departamento Jurídico Administrativo.

**03** - Ficam mantidas todas as cláusulas constantes no contrato originário, com exceção das acima mencionadas.

E, por assim estarem justas e contratadas as partes, mutuamente obrigadas, assinam o presente instrumento em 03 (três) vias de igual teor e forma, para todos os fins de direito, na presença das testemunhas abaixo.

Pindamonhangaba, 09 de dezembro de 2019.



**VALÉRIA DOS SANTOS**  
Secretaria de Saúde



**Pedro Cipriano Da Silva Junior**  
Instituto Esperança- IESP

Testemunhas:

1) Nome: \_\_\_\_\_ 2) Nome: \_\_\_\_\_  
RG: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_  
Assinatura: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_



2

**DEPARTAMENTO DE LICITAÇÕES E CONTRATOS**

Av. Nossa Senhora do Bom Sucesso 1400 – Alto do Cardoso – Pindamonhangaba/SP – CEP 12420-010  
Telefax: (12) 3644-5600/e-mail: licitacao@pindamonhangaba.sp.gov.br



Termo Aditivo ao Contrato de Gestão nº 194/2018, celebrado entre o município de Pindamonhangaba-SP e o IESP



**MUNICÍPIO DE PINDAMONHANGABA**  
**ESTADO DE SÃO PAULO**  
Secretaria Municipal de Administração

CONTRATO Nº 194/2018 ADITAMENTO 01/2020

**CONTRATAÇÃO DE EMPRESA ESPECIALIZADA EM TREINAMENTO, EDUCAÇÃO PERMANENTE, MATERIAL GRÁFICO, SINALIZAÇÃO E MÃO DE OBRA ESPECIALIZADA PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM UNIDADE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA SEGUINDO AS NORMATIVAS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE PINDAMONHANGABA, DE ACORDO COM AS ESPECIFICAÇÕES DO TERMO DE REFERÊNCIA ENTRE SI CELEBRAM O MUNICÍPIO DE PINDAMONHANGABA E A EMPRESA INSTITUTO ESPERANÇA- IESP.**

Pelo presente instrumento contratual que entre si fazem, de um lado o **MUNICÍPIO DE PINDAMONHANGABA**, pessoa jurídica de Direito Público, com sede nesta cidade, na Avenida Nossa Senhora do Bom Sucesso, nº 1400, Bairro Alto do Cardoso, inscrita no CNPJ/MF sob nº 45.226.214/0001-19, neste ato representada pela sua Secretária de Saúde, Sra. **VALÉRIA DOS SANTOS**, brasileira, divorciada, funcionária pública, portadora da cédula de identidade nº 20.609.443, e do CPF/MF nº 109.737.418-13, residente e domiciliada na cidade de Taubaté/SP, na Rua Ivan de Souza Oliveira, nº 60, Residencial Dala Rosa, bairro do Belém, doravante simplesmente designada **CONTRATANTE**, e de outro a empresa **INSTITUTO ESPERANÇA-IESP**, pessoa jurídica de direito privado legalmente constituída, com sede na cidade de Taubaté/SP, na Avenida Itália, nº 928, 15º andar, sala 1508, Bairro Jardim das Nações, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 10.779.749/0001-32, neste ato representada por seu presidente, Sr. **PEDRO CIPRIANO DA SILVA JUNIOR**, brasileiro, militar aposentado, portador da cédula de identidade nº 03692782-0, inscrito no CPF/MF sob nº 362.210.317-53, residente e domiciliado na Rua Marapendi, nº 376, Bairro Marechal Hermes, cidade de Rio de Janeiro/RJ, doravante simplesmente designada como **CONTRATADA**, nesta e na melhor forma de direito, firmam o presente aditamento contratual, como segue:

**01** - O presente instrumento de aditamento contratual é celebrado nos termos expressos do **contrato nº 194/2018 (Pregão nº 158/2018 – PMP 24825/2018)**, firmado entre a CONTRATANTE e a CONTRATADA, de acordo com o que prescreve o artigo 57 da Lei 8.666/93 e suas alterações, adita-se o item 2.1 em mais **12 (doze) meses**, prorrogando-se, assim, o contrato até **11/12/2021**, em atendimento à justificativa da Secretaria Municipal de Saúde, feita por meio do processo administrativo nº 9166/2020, com parecer favorável da Procuradoria Geral do Município.

1

DEPARTAMENTO DE LICITAÇÕES E CONTRATOS

Av. Nossa Senhora do Bom Sucesso 1400 – Alto do Cardoso – Pindamonhangaba/SP – CEP 12420-010  
Telefax: (12) 3644-5600/e-mail: licitacao@pindamonhangaba.sp.gov.br



Assinado por 1 pessoa: PEDRO CIPRIANO DA SILVA JUNIOR  
Para verificar a validade das assinaturas, acesse <https://pindamonhangaba.fooc.com.br/verificador/> e informe o código: E7EB-D43A-9F8D-1985





**MUNICÍPIO DE PINDAMONHANGABA**  
**ESTADO DE SÃO PAULO**  
**Secretaria Municipal de Administração**

**02** - Conforme previsto no artigo 65, parágrafo 8º da Lei Federal nº 8666/93 e suas alterações, reajusta-se o valor do contrato em **5,4268%**, passando o valor total de R\$ 3.278.631,07 (três milhões e duzentos e setenta e trinta um reais e sete centavos) para **R\$ 3.456.555,82 (três milhões, quatrocentos e cinquenta e seis mil, quinhentos e cinquenta e cinco reais e oitenta e dois centavos)**, conforme apontamento do Departamento de Financeiro Contábil e parecer favorável da Procuradoria Geral do Município.

**03** - Ficam mantidas todas as cláusulas constantes no contrato originário, com exceção das acima mencionadas.

E, por assim estarem justas e contratadas as partes, mutuamente obrigadas, assinam o presente instrumento em 03 (três) vias de igual teor e forma, para todos os fins de direito, na presença das testemunhas abaixo.

Pindamonhangaba, 04 de dezembro de 2020.

**Valéria Dos Santos**  
Secretaria de Saúde

**Pedro Cipriano Da Silva Junior**  
Instituto Esperança- IESP

Testemunhas:

1) Nome: \_\_\_\_\_ 2) Nome: \_\_\_\_\_  
RG: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_  
Assinatura: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

2

**DEPARTAMENTO DE LICITAÇÕES E CONTRATOS**  
Av. Nossa Senhora do Bom Sucesso 1400 – Alto do Cardoso – Pindamonhangaba/SP – CEP 12420-010  
Telefax: (12) 3644-5600/e-mail: licitacao@pindamonhangaba.sp.gov.br



Assinado por 1 pessoa: PEDRO CIPRIANO DA SILVA JUNIOR  
Para verificar a validade das assinaturas, acesse <https://pindamonhangaba.1doc.com.br/verificacao/> e informe o código E7E8-D43A-9F6D-1986





**VERIFICAÇÃO DAS  
ASSINATURAS**



Código para verificação: E7E8-D43A-9F8D-1985

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:

- ✓ INSTITUTO ESPERANCA (CNPJ 10.779.749/0001-32) VIA PORTADOR PEDRO CIPRIANO DA SILVA JUNIOR (CPF 362.XXX.XXX-53) em 14/12/2020 12:08:00 (GMT-03:00)  
Emitido por: AC Certisign RFB G5 << AC Secretaria da Receita Federal do Brasil v4 << Autoridade Certificadora Raiz Brasileira v5 (Assinatura ICP-Brasil)

Para verificar a validade das assinaturas, acesse a Central de Verificação por meio do link:

<https://pindamonhangaba.1doc.com.br/verificacao/E7E8-D43A-9F8D-1985>



**Atestado de Capacidade Técnica emitida pela Prefeitura de Pindamonhangaba-SP (046/2020)**



**PREFEITURA MUNICIPAL DE PINDAMONHANGABA**  
ESTADO DE SÃO PAULO

**SECRETARIA DE SAÚDE**  
**DEPARTAMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

**ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA**

Atesto, para os devidos fins, que a empresa **INSTITUTO ESPERANÇA – IESP**, inscrita no CNPJ sob o nº 10.779.749/0001-32, estabelecida na Av. Itália nº 928, 15º andar, sala nº 1.508, bairro Jardim das Nações, na cidade de Taubaté, Estado de São Paulo, prestou serviços à Prefeitura de Pindamonhangaba, CNPJ nº 45.226.214/0001-19, e detém qualificação técnica para a execução das atividades abaixo relacionadas:

**Contrato emergencial:** nº 046/2020

**Vigência:** 07/04/2020 a 07/01/2021

**Especificações:**

Prestação de serviços em leitos para o hospital campanha do COVID 19 no município de Pindamonhangaba, Cidade nova e Araretama 10 leitos ventilatórios e 30 leitos de enfermaria, incluindo equipe com Rt médico, enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem, fisioterapeutas, farmacêuticos, recepção e apoio administrativo.

Informo que as prestações dos serviços acima referidas apresentaram bom desempenho operacional, tendo a empresa cumprido fielmente com suas obrigações, nada constando que a desabone técnica e comercialmente, até a presente data.

Pindamonhangaba, 05 de agosto de 2021.

CARTÓRIO DE QUIRIRIM - (12) 3688-2672  
VERA LÚCIA ROTHER DE CAMARGO - TABELIA  
AUTENTICA PRESENTE CÓPIA PROGRÁFICA ENTREGADA  
NESTA SERVENTIA. A QUAL CONFORME COM O ORIGINAL  
A MIM APRESENTADO NO AUTENTICANTE.  
12 AGO 2021  
Custo Aut.  
R\$ 3,99



*Gislaine Cristina da Silva Costa*  
**Gislaine Cristina da Silva Costa**  
Diretora da Rede de Urgência e Emergência



2º Tabelião de Notas e de Protocolo de Letras e Títulos de Taubaté/SP  
172x Messiasher Silva Barros, 41 - Centro - Cep 12030-870 - Fone: (12) 3624-7508  
E-mail: 2tab@taubate.sp.gov.br - Tabelião: 1114  
Reconheço por semelhança a firma de:  
GISLAINE CRISTINA DA SILVA COSTA.  
do que/dou fe. Taubaté, 12/08/2021.  
ANA CLAUDIA CUNHA BUENO DA FONSECA - ESCRIVENTE  
Válido somente com o selo de AUTENTICIDADE  
Selo(s) nº 1184AA0318795 - Emolumentos R\$ 6,89  
Qualquer rasura ou omissão invalida este documento

Rua José Luis Cembranelli, 1005 – Parque das Nações – Pindamonhangaba – SP – CEP12420-340  
TELEFAX (12) 3550-8936 – e-mail: saude@pindamonhangaba.sp.gov.br

**Contrato de Gestão nº 046/2020, celebrado entre Pindamonhangaba-SP e o IESP**





**MUNICÍPIO DE PINDAMONHANGABA**  
**ESTADO DE SÃO PAULO**  
Secretaria Municipal de Administração

**CONTRATO Nº 46/2020**

**CONTRATAÇÃO DE EMPRESA DE CUNHO PRIVADO NA ÁREA DE ATUAÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA PARA GESTÃO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE, CONFORME ESPECIFICAÇÕES, QUANTITATIVOS, REGULAMENTAÇÃO DO GERENCIAMENTO E EXECUÇÃO DE ATIVIDADES E SERVIÇOS DE SAÚDE, CONSTANTES NESTE TERMO PARA ENFRENTAMENTO DO COVID 19 E ÁREAS DE EMERGÊNCIA DE SAÚDE PÚBLICA DO MUNICÍPIO, E DEMAIS OBRIGAÇÕES A SEGUIR PELO PERÍODO DE 03 (TRÊS) MESES PODENDO SER PRORROGADO EM VIRTUDE DA PANDEMIA DE COVID-19, QUE ENTRE SI CELEBRAM O MUNICÍPIO DE PINDAMONHANGABA E A EMPRESA INSTITUTO ESPERANÇA.**

Pelo presente instrumento contratual que entre si celebram, de um lado o **MUNICÍPIO DE PINDAMONHANGABA**, pessoa jurídica de direito público, com sede nessa cidade, na Avenida Nossa Senhora do Bom Sucesso, nº 1400, Bairro Alto do Cardoso, inscrita no CNPJ/MF sob nº 45.226.214/0001-19, neste ato representada pela sua Secretária Municipal da Saúde, Sra. **VALÉRIA DOS SANTOS**, brasileira, divorciada, funcionária pública, portadora da cédula de identidade nº 20.609.443, e do CPF/MF nº 109.737.418-13, residente e domiciliada na cidade de Taubaté/SP, na Rua Ivan de Souza Oliveira, nº 60, Residencial Dala Rosa, bairro do Belém, doravante simplesmente designada **CONTRATANTE**, e de outro a empresa **INSTITUTO ESPERANÇA**, pessoa jurídica de direito privado legalmente constituída, com sede na cidade de Taubaté/SP, na Avenida Itália, nº 928, 15º A, Sala 1508, Bairro Jd. Das Nações, devidamente inscrita no CNPJ/MF sob o nº 10.779.749/0001-32, neste ato representado legalmente pelo seu Presidente, Sr. PEDRO CIPRIANO DA SILVA JUNIOR, brasileiro, casado, militar reformado, portador da cédula de identidade nº 03.692.782-0 DETRAN, inscrito no CPF/MF sob nº 362.210.371-53, residente e domiciliado na Rua Marapendi, nº 376, Bairro Marechal Hermes, cidade de Rio de Janeiro/RJ, doravante simplesmente designada como **CONTRATADA**, nesta e na melhor forma de direito, firmam o presente contrato, nos termos expressos na **DISPENSA Nº 019/2020 (PMP Nº 1.902/2020)**, ao amparo do artigo 24, inciso IV da Lei Federal nº 8666/93 e suas alterações e Lei Federal nº 13.979 de 06 de fevereiro de 2020, não podendo daquele se desvincular, sob nenhum pretexto, com as seguintes cláusulas:

**CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO**

1.1. Conforme detalhado na **solicitação de compra nº 789/2020, de 30/03/2020**, o presente contrato tem por objeto a contratação de empresa de cunho privado na área de atuação de saúde pública para gestão, operacionalização e execução dos serviços de saúde, conforme especificações, quantitativos, regulamentação do gerenciamento e execução de atividades e serviços de saúde, constantes neste termo para enfrentamento do Covid 19 e áreas de emergência de saúde pública do município, e demais obrigações a seguir pelo período de 03 (três) meses podendo ser prorrogado em virtude da pandemia de Covid-19.

1.2. Considera-se integrante do presente contrato, como se nele estivesse transcrito, o documento a seguir relacionado, o qual, nesse ato, as partes declaram conhecer e aceitar: a respectiva proposta elaborada e apresentada pela CONTRATADA.

Dispensa nº 019/2020 1

DEPARTAMENTO DE LICITAÇÕES E CONTRATOS ADMINISTRATIVOS  
Avenida Nossa Senhora do Bom Sucesso, 1400 – Alto do Cardoso – Pindamonhangaba/SP – CEP: 12420-010  
Telefax: (12) 3644-5600



Assinado por 2 pessoas: PEDRO CIPRIANO DA SILVA JUNIOR e VALERIA DOS SANTOS  
Para verificar a validade das assinaturas, acesse <https://pindamonhangaba.1doc.com.br/verificacao/> e informe o código 7AF9-A951-FBFC-D94D





**MUNICÍPIO DE PINDAMONHANGABA**  
**ESTADO DE SÃO PAULO**  
**Secretaria Municipal de Administração**

1.3. A critério exclusivo da CONTRATANTE, o objeto do presente contrato poderá sofrer supressões ou acréscimos de até 50% (cinquenta por cento) das quantidades acima ajustadas, mantidas as condições comerciais pactuadas, mediante termo de aditamento.

1.4. Reduções maiores do que 50% (cinquenta por cento) somente serão aceitas se decorrentes de acordo celebrado entre as partes.

**CLÁUSULA SEGUNDA - DA FORMA DE FORNECIMENTO**

2.1. Contratação de empresa de cunho privado na área de atuação de saúde pública para gestão, operacionalização e execução dos serviços de saúde, conforme especificações, quantitativos, regulamentação do gerenciamento e execução de atividades e serviços de saúde, constantes neste termo para enfrentamento do Covid 19 e áreas de emergência de saúde pública do município, e demais obrigações a seguir pelo período de 03 (três) meses podendo ser prorrogado em virtude da pandemia de Covid-19, entrega mensal.

**CLÁUSULA TERCEIRA - DAS CONDIÇÕES DE ENTREGA**

3.1. O objeto desse contrato somente será recebido, nos termos do art. 73, inciso II e parágrafos, da Lei Federal nº 8666/93, se estiver plenamente de acordo com as especificações constantes dos documentos citados em 1.2.

3.2. A CONTRATADA obriga-se a trocar, às suas expensas no prazo a ser notificado pela Secretaria de Saúde, Contratação de empresa de cunho privado na área de atuação de saúde pública para gestão, operacionalização e execução dos serviços de saúde, conforme especificações, quantitativos, regulamentação do gerenciamento e execução de atividades e serviços de saúde, constantes neste termo para enfrentamento do Covid 19 e áreas de emergência de saúde pública do município, e demais obrigações a seguir pelo período de 03 (três) meses podendo ser prorrogado em virtude da pandemia de Covid-19, que vierem a ser recusados imediatamente pela contratante, desde que mediante incontestável prova documental do não cumprimento, hipótese em que não ocorrerá o pagamento enquanto não for satisfeito o objeto do contrato.

3.3. O objeto contratado deverá ser entregue no local indicado pela Secretaria de Saúde da CONTRATADA.

3.4. A entrega será realizada em sua totalidade, conforme proposta aceita pela CONTRATANTE.

**CLÁUSULA QUARTA - DO VALOR, DOS RECURSOS E DO PAGAMENTO**

4.1. O valor total do presente contrato é de **R\$ 1.953.863,95 (um milhão, novecentos e cinquenta e três mil, oitocentos e sessenta e três reais e noventa e cinco centavos)**, e onerará os recursos reservados nos elementos de despesa do orçamento da CONTRATANTE na dotação nº 01.10.30.10.302.0014.2057.3.3.90.39.99.95, ficha 1104 e empenhos nº 3751/2020 e 3857/2020.

4.1.1. O pagamento será efetuado em no máximo 30 (trinta) dias pela CONTRATANTE com a apresentação pela CONTRATADA da competente documental fiscal devidamente atestada pela Secretaria de Saúde.

4.2. Havendo divergência ou erro na emissão do documento fiscal, fica interrompido o prazo para pagamento, sendo iniciada nova contagem somente após a regularização dessa documentação.

4.3. Transcorrido o prazo para pagamento, o mesmo será efetivado pela Tesouraria da CONTRATANTE através da emissão de cheque nominal ao credor ou pagamento na forma eletrônica. Não serão aceitas cobranças através da rede bancária - única e exclusivamente *em carteira*.

Dispensa nº 019/2020 2

DEPARTAMENTO DE LICITAÇÕES E CONTRATOS ADMINISTRATIVOS  
Avenida Nossa Senhora do Bom Sucesso, 1400 – Alto do Cardoso – Pindamonhangaba/SP – CEP: 12420-010  
Telefax: (12) 3644-5600



Assinado por 2 pessoas: PEDRO CIPRIANO DA SILVA JUNIOR e VALERIA DOS SANTOS  
Para verificar a validade das assinaturas, acesse <https://pindamonhangaba.1doc.com.br/verificacao/> e informe o código 7AF9-A951-FBFC-D94D





**MUNICÍPIO DE PINDAMONHANGABA**  
**ESTADO DE SÃO PAULO**  
**Secretaria Municipal de Administração**

**CLÁUSULA QUINTA - PRAZOS DE ENTREGA E VIGÊNCIA DO CONTRATO**

- 5.1. O prazo para execução dos serviços será de 03 (três) meses, conforme proposta da CONTRATADA, e a vigência do contrato será de até 06 (seis) meses, após assinatura e emissão de ordem de serviço.
- 5.2. Este contrato vigorará durante todo o período previsto de entrega de seu objeto, podendo ser prorrogado, persistindo, no entanto, as obrigações, especialmente as decorrentes da garantia.

**CLÁUSULA SEXTA - DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA**

- 6.1. Fornecer o bem objeto desse contrato, condicionado ao recebimento da imediata contraprestação, nas condições previstas na Dispensa nº 019/2020 e na respectiva proposta.
- 6.2. Manter, durante toda a execução do contrato, em compatibilidade com as obrigações assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas no respectivo procedimento de Dispensa nº 019/2020.
- 6.3. Responsabilizar-se por todos os encargos sociais, trabalhistas, previdenciários, da infelizmente do trabalho, fiscais, comerciais e outros resultantes da execução desse contrato. A inadimplência da CONTRATADA, com referência a estes encargos, não transfere a CONTRATANTE a responsabilidade de seu pagamento, nem poderá onerar o objeto do contrato.
- 6.4. Fazer prova, antes da quitação de fatura, da regularidade para com o INSS - Instituto Nacional do Seguro Social mediante a apresentação de CND - Certidão Negativa de Débito em vigor, bem como perante o FGTS - Fundo de Garantia por Tempo de Serviço, e regularidade Trabalhista, Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas - CNDT, nos mesmos moldes.

**CLÁUSULA SÉTIMA - DA RESCISÃO E DAS SANÇÕES**

- 7.1. O contrato será rescindido, de pleno direito, independentemente de procedimento judicial e do pagamento de indenização, nos casos de falência, insolvência civil, concordata, liquidação judicial ou extrajudicial, dissolução, alteração ou modificação da finalidade ou estrutura da CONTRATADA, de forma que prejudique a execução do objeto, de qualquer outro fato impeditivo da continuidade da sua execução, ou ainda na hipótese de sua cessão ou transferência, total ou parcial, a terceiros. A inexecução total ou parcial do contrato ensejará sua rescisão nos casos enumerados no artigo 78, no modo previsto pelo artigo 79, com as consequências estabelecidas no artigo 80, todos da Lei Federal nº 8666/93, com redação modificada pela Lei 9854/99.
- 7.2. A CONTRATADA se sujeita as sanções previstas nos artigos 81, 86, 87 e 88 da Lei Federal nº 8666/93, nos termos previstos no processo licitatório.
- 7.3. Aplicação de uma das sanções não implica a exclusão de outras previstas na legislação vigente, sempre respeitada a Lei Federal 8.666/93.
- 7.4. As multas previstas não têm caráter compensatório, porém moratório, e conseqüentemente o pagamento delas não exige a CONTRATADA da reparação de eventuais danos, perdas ou prejuízos que seu ato punível venha a acarretar a CONTRATANTE.

**CLÁUSULA OITAVA - DOS DIREITOS E RESPONSABILIDADES DAS PARTES**

- 8.1. Os direitos e as responsabilidades das partes são os que decorrem das cláusulas desta avença e do regime de Direito Público a que a mesma está submetida, na forma da legislação de regência.

Dispensa nº 019/2020 3

DEPARTAMENTO DE LICITAÇÕES E CONTRATOS ADMINISTRATIVOS  
Avenida Nossa Senhora do Bom Sucesso, 1400 - Alto do Cardoso - Pindamonhangaba/SP - CEP: 12420-010  
Telefax: (12) 3644-5600

Assinado por 2 pessoas: PEDRO CIPRIANO DA SILVA JUNIOR e VALERIA DOS SANTOS  
Para verificar a validade das assinaturas, acesse <https://pindamonhangaba.1doc.com.br/verificacao/> e informe o código 7AF9-A951-FBF-C-D94D







**MUNICÍPIO DE PINDAMONHANGABA**  
**ESTADO DE SÃO PAULO**  
**Secretaria Municipal de Administração**

**CLÁUSULA NONA – DA GESTÃO DO CONTRATO**

9.1. A gestão do presente contrato será realizada pela Secretaria de Saúde, tendo como responsável a Sra. Valéria dos Santos.

**CLÁUSULA DÉCIMA - DO FORO**

10.1. As partes elegem o foro da CONTRATANTE, com renúncia expressa a qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para toda e qualquer ação oriunda do presente contrato e que não possa ser resolvida de comum acordo entre as mesmas.  
E por assim estarem justas e contratadas as partes, mutuamente obrigadas, assinam o presente instrumento em 03 (três) vias de igual teor e forma, para todos os fins de direito, na presença das testemunhas abaixo.

Pindamonhangaba, 07 de abril de 2020.

**VALÉRIA DOS SANTOS**  
Secretária de Saúde

**PEDRO CIPRIANO DA SILVA JUNIOR**  
Instituto Esperança

Testemunhas:

01) Nome: \_\_\_\_\_ 02) Nome: \_\_\_\_\_  
RG: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_  
Assinatura: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Dispensa nº 019/2020 4

**DEPARTAMENTO DE LICITAÇÕES E CONTRATOS ADMINISTRATIVOS**  
Avenida Nossa Senhora do Bom Sucesso, 1400 – Alto do Cardoso – Pindamonhangaba/SP – CEP: 12420-010  
Telefax: (12) 3644-5600

Assinado por 2 pessoas: PEDRO CIPRIANO DA SILVA JUNIOR e VALERIA DOS SANTOS  
Para verificar a validade das assinaturas, acesse <https://pindamonhangaba.1doc.com.br/verificacao/> e informe o código 7AF9-A951-FBFC-D94D





**MUNICÍPIO DE PINDAMONHANGABA**  
**ESTADO DE SÃO PAULO**  
**Secretaria Municipal de Administração**

**TERMO DE CIÊNCIA E DE NOTIFICAÇÃO**

Contratante:  
Município de Pindamonhangaba

Contratada:  
Instituto Esperança

Contrato nº:  
046/2020 assinado em 07/04/2020

Objeto: Contratação de empresa de cunho privado na área de atuação de saúde pública para gestão, operacionalização e execução dos serviços de saúde, conforme especificações, quantitativos, regulamentação do gerenciamento e execução de atividades e serviços de saúde, constantes neste termo para enfrentamento do COVID 19 e áreas de emergência de saúde pública do município, e demais obrigações a seguir pelo período de 03 (três) meses podendo ser prorrogado em virtude da pandemia de COVID-19

Advogado (s): (\*)

Na qualidade de Contratante e Contratado, respectivamente, do Termo acima identificado, e, cientes do seu encaminhamento ao TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO, para fins de instrução e julgamento, damos-nos por CIENTES e NOTIFICADOS para acompanhar todos os atos da tramitação processual, até julgamento final e sua publicação e, se for o caso e de nosso interesse, para, nos prazos e nas formas legais e regimentais, exercer o direito da defesa, interpor recursos e o mais que couber.

Outrossim, estamos CIENTES, doravante, de que todos os despachos e decisões que vierem a ser tomados, relativamente ao aludido processo, serão publicados no Diário Oficial do Estado, Caderno do Poder Legislativo, parte do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, de conformidade com o artigo 90 da Lei Complementar Estadual nº 709, de 14 de janeiro de 1993, precedidos de mensagem eletrônica aos interessados.

Pindamonhangaba, 07 de abril de 2020.

**VALÉRIA DOS SANTOS**  
Secretária de Saúde  
[saude@pindamonhangaba.sp.gov.br](mailto:saude@pindamonhangaba.sp.gov.br)

**PEDRO CIPRIANO DA SILVA JUNIOR**  
Instituto Esperança  
[ciprianopedrojunior@gmail.com](mailto:ciprianopedrojunior@gmail.com)  
[institutoesperanca@iesp.com.br](mailto:institutoesperanca@iesp.com.br)

(\*) Facultativo. Indicar quando já constituído.

Dispensa nº 019/2020 5

DEPARTAMENTO DE LICITAÇÕES E CONTRATOS ADMINISTRATIVOS  
Avenida Nossa Senhora do Bom Sucesso, 1400 – Alto do Cardoso – Pindamonhangaba/SP – CEP: 12420-010  
Telefax: (12) 3644-5600

Assinado por 2 pessoas: PEDRO CIPRIANO DA SILVA JUNIOR e VALÉRIA DOS SANTOS  
Para verificar a validade das assinaturas, acesse <https://pindamonhangaba.1doc.com.br/verificacao/> e informe o código 7AF9-A951-FBFC-D94D



Termo Aditivo ao Contrato de Gestão nº 046/2020, celebrado entre o Pindamonhangaba-SP e o IESP



**MUNICÍPIO DE PINDAMONHANGABA**  
**ESTADO DE SÃO PAULO**

Secretaria Municipal de Administração

**CONTRATO Nº 046/2020 ADITAMENTO 01/2020**

**CONTRATAÇÃO DE EMPRESA DE CUNHO PRIVADO NA ÁREA DE ATUAÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA PARA GESTÃO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE, CONFORME ESPECIFICAÇÕES, QUANTITATIVOS, REGULAMENTAÇÃO DO GERENCIAMENTO E EXECUÇÃO DE ATIVIDADES E SERVIÇOS DE SAÚDE, CONSTANTES NESTE TERMO PARA ENFRENTAMENTO DO COVID 19 E ÁREAS DE EMERGÊNCIA DE SAÚDE PÚBLICA DO MUNICÍPIO, E DEMAIS OBRIGAÇÕES A SEGUIR PELO PERÍODO DE 03 (TRÊS) MESES PODENDO SER PRORROGADO EM VIRTUDE DA PANDEMIA DE COVID-19, QUE ENTRE SI CELEBRAM O MUNICÍPIO DE PINDAMONHANGABA E A EMPRESA INSTITUTO ESPERANÇA.**

Pelo presente instrumento contratual que entre si fazem, de um lado o **MUNICÍPIO DE PINDAMONHANGABA**, pessoa jurídica de Direito Público, com sede nesta cidade, na Avenida Nossa Senhora do Bom Sucesso, nº 1400, Bairro Alto do Cardoso, inscrita no CNPJ/MF sob nº 45.226.214/0001-19, neste ato representada pela sua Secretária Municipal de Saúde, Sra. **VALÉRIA DOS SANTOS**, brasileira, divorciada, funcionária pública, portadora da cédula de identidade nº 20.609.443, e do CPF/MF nº 109.737.418-13, residente e domiciliada na cidade de Taubaté/SP, na Rua Ivan de Souza Oliveira, nº 60, Residencial Dala Rosa, bairro do Belém, doravante simplesmente designada **CONTRATANTE**, e de outro a empresa **INSTITUTO ESPERANÇA**, pessoa jurídica de direito privado legalmente constituída, com sede na cidade de Taubaté/SP, na Avenida Itália, nº 928, 15º A, Sala 1508, Bairro Jd. Das Nações, devidamente inscrita no CNPJ/MF sob o nº 10.779.749/0001-32, neste ato representado legalmente pelo seu Presidente, Sr. PEDRO CIPRIANO DA SILVA JUNIOR, brasileiro, casado, militar reformado, portador da cédula de identidade nº 03.692.782-0 DETRAN, inscrito no CPF/MF sob nº 362.210.371-53, residente e domiciliado na Rua Marapendi, nº 376, Bairro Marechal Hermes, cidade de Rio de Janeiro/RJ, doravante simplesmente designada como **CONTRATADA**, nesta e na melhor forma de direito, firmam o presente aditamento contratual, como segue:

**01** - O presente instrumento de aditamento contratual é celebrado nos termos expressos do contrato nº **046/2020 (DISPENSA Nº 019/2020 - PMP 1902/2020)**, firmado entre a CONTRATANTE e a CONTRATADA, de acordo com o que prescreve o artigo 57 da Lei 8.666/93 e suas alterações, adita-se o item 5.1 em mais **03 (três) meses**, prorrogando-se, assim, o **prazo de execução do contrato até 07/10/2020**, em atendimento à

**DEPARTAMENTO DE LICITAÇÕES E CONTRATOS**

Av. Nossa Senhora do Bom Sucesso 1400 – Alto do Cardoso – Pindamonhangaba/SP – CEP 12420-010  
Telefax: (12) 3644-5600/e-mail: licitacao@pindamonhangaba.sp.gov.br



**MUNICÍPIO DE PINDAMONHANGABA**  
**ESTADO DE SÃO PAULO**  
**Secretaria Municipal de Administração**

justificativa da Secretaria Municipal de Saúde, feita por meio do processo administrativo nº 4.377/2020, com parecer favorável da Procuradoria Geral do Município.

**02** – As despesas decorrentes deste contrato correrão por conta das dotações próprias consignadas no Orçamento Geral da Administração contratante, relativo ao exercício financeiro de 2020, na classificação orçamentária nº 01.10.10.10.302.0014.2057.2.3.90.39.99.05, ficha nº 1146 e nº 01.10.10.10.302.0014.2057.3.3.90.39.99.08, ficha nº 1152.

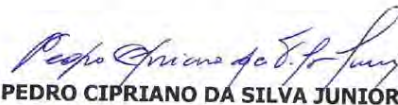
**03** – Ficam mantidas todas as cláusulas constantes no contrato originário, com exceção das acima mencionadas.

E, por assim estarem justas e contratadas as partes, mutuamente obrigadas, assinam o presente instrumento em 03 (três) vias de igual teor e forma, para todos os fins de direito, na presença das testemunhas abaixo.

Pindamonhangaba, 03 de julho de 2020.



**Valéria dos Santos**  
Secretária de Saúde



**PEDRO CIPRIANO DA SILVA JUNIOR**  
Instituto Esperança

Testemunhas:

1) Nome: \_\_\_\_\_ 2) Nome: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

2

**DEPARTAMENTO DE LICITAÇÕES E CONTRATOS**

Av. Nossa Senhora do Bom Sucesso 1400 – Alto do Cardoso – Pindamonhangaba/SP – CEP 12420-010  
Telefax: (12) 3644-5600/e-mail: licitacao@pindamonhangaba.sp.gov.br



**Termo Aditivo ao Contrato de Gestão nº 046/2020, celebrado entre o Pindamonhangaba-SP e o IESP**



**MUNICÍPIO DE PINDAMONHANGABA**  
**ESTADO DE SÃO PAULO**  
Secretaria Municipal de Administração

**CONTRATO Nº 046/2020 ADITAMENTO 03/2020**

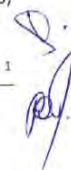
**CONTRATAÇÃO DE EMPRESA DE CUNHO PRIVADO NA ÁREA DE ATUAÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA PARA GESTÃO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE, CONFORME ESPECIFICAÇÕES, QUANTITATIVOS, REGULAMENTAÇÃO DO GERENCIAMENTO E EXECUÇÃO DE ATIVIDADES E SERVIÇOS DE SAÚDE, CONSTANTES NESTE TERMO PARA ENFRENTAMENTO DO COVID 19 E ÁREAS DE EMERGÊNCIA DE SAÚDE PÚBLICA DO MUNICÍPIO, E DEMAIS OBRIGAÇÕES A SEGUIR PELO PERÍODO DE 03 (TRÊS) MESES PODENDO SER PRORROGADO EM VIRTUDE DA PANDEMIA DE COVID-19, QUE ENTRE SI CELEBRAM O MUNICÍPIO DE PINDAMONHANGABA E A EMPRESA INSTITUTO ESPERANÇA.**

Pelo presente instrumento contratual que entre si fazem, de um lado o **MUNICÍPIO DE PINDAMONHANGABA**, pessoa jurídica de Direito Público, com sede nesta cidade, na Avenida Nossa Senhora do Bom Sucesso, nº 1400, Bairro Alto do Cardoso, inscrita no CNPJ/MF sob nº 45.226.214/0001-19, neste ato representada pela sua Secretária Municipal de Saúde, Sra. **VALÉRIA DOS SANTOS**, brasileira, divorciada, funcionária pública, portadora da cédula de identidade nº 20.609.443, e do CPF/MF nº 109.737.418-13, residente e domiciliada na cidade de Taubaté/SP, na Rua Ivan de Souza Oliveira, nº 60, Residencial Dala Rosa, bairro do Belém, doravante simplesmente designada **CONTRATANTE**, e de outro a empresa **INSTITUTO ESPERANÇA**, pessoa jurídica de direito privado legalmente constituída, com sede na cidade de Taubaté/SP, na Avenida Itália, nº 928, 15º A, Sala 1508, Bairro Jd. Das Nações, devidamente inscrita no CNPJ/MF sob o nº 10.779.749/0001-32, neste ato representado legalmente pelo seu Presidente, Sr. PEDRO CIPRIANO DA SILVA JUNIOR, brasileiro, casado, militar reformado, portador da cédula de identidade nº 03.692.782-0 DETRAN, inscrito no CPF/MF sob nº 362.210.317-53, residente e domiciliado na Rua Marapendi, nº 376, Bairro Marechal Hermes, cidade de Rio de Janeiro/RJ, doravante simplesmente designada como **CONTRATADA**, nesta e na melhor forma de direito, firmam o presente aditamento contratual, como segue:

**01** - O presente instrumento de aditamento contratual é celebrado nos termos expressos do contrato nº **046/2020 (DISPENSA Nº 019/2020 - PMP 1902/2020)**, firmado entre a CONTRATANTE e a CONTRATADA, de acordo com o que prescreve o artigo 57 da Lei 8.666/93 e suas alterações, adita-se o item 5.1 em mais **01 (um) mês**, prorrogando-se, assim, o **prazo do contrato até 07/11/2020**, em atendimento à justificativa da Secretaria Municipal de Saúde, feita por meio do processo administrativo nº 7.673/2020, com parecer favorável da Procuradoria Geral do Município.

**DEPARTAMENTO DE LICITAÇÕES E CONTRATOS**  
Av. Nossa Senhora do Bom Sucesso 1400 – Alto do Cardoso – Pindamonhangaba/SP – CEP 12420-010  
Telefax: (12) 3644-5600/e-mail: licitacao@pindamonhangaba.sp.gov.br

1





**MUNICÍPIO DE PINDAMONHANGABA**  
**ESTADO DE SÃO PAULO**  
**Secretaria Municipal de Administração**

**02** – As despesas decorrentes deste contrato correrão por conta das dotações próprias consignadas no Orçamento Geral da Administração contratante, relativo ao exercício financeiro de 2020, na classificação orçamentária nº 01.10.10.10.302.0014.2057.3.3.90.39.99.08, ficha nº 1152 e nº 01.10.10.10.302.0014.2110.3.3.90.39.99.05, ficha nº 1170.

**03** – Ficam mantidas todas as cláusulas constantes no contrato originário, com exceção das acima mencionadas.

E, por assim estarem justas e contratadas as partes, mutuamente obrigadas, assinam o presente instrumento em 03 (três) vias de igual teor e forma, para todos os fins de direito, na presença das testemunhas abaixo.

Pindamonhangaba, 06 de outubro de 2020.



**Valéria dos Santos**  
Secretária de Saúde



**PEDRO CIPRIANO DA SILVA JUNIOR**  
Instituto Esperança

Testemunhas:

1) Nome: \_\_\_\_\_ 2) Nome: \_\_\_\_\_  
RG: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_  
Assinatura: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

2

**DEPARTAMENTO DE LICITAÇÕES E CONTRATOS**

Av. Nossa Senhora do Bom Sucesso 1400 – Alto do Cardoso – Pindamonhangaba/SP – CEP 12420-010  
Telefax: (12) 3644-5600/e-mail: licitacao@pindamonhangaba.sp.gov.br



Termo Aditivo ao Contrato de Gestão nº 046/2020, celebrado entre o Pindamonhangaba-SP e o IESP



**MUNICÍPIO DE PINDAMONHANGABA**  
**ESTADO DE SÃO PAULO**  
Secretaria Municipal de Administração

CONTRATO Nº 046/2020 ADITAMENTO 04/2020

**CONTRATAÇÃO DE EMPRESA DE CUNHO PRIVADO NA ÁREA DE ATUAÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA PARA GESTÃO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE, CONFORME ESPECIFICAÇÕES, QUANTITATIVOS, REGULAMENTAÇÃO DO GERENCIAMENTO E EXECUÇÃO DE ATIVIDADES E SERVIÇOS DE SAÚDE, CONSTANTES NESTE TERMO PARA ENFRENTAMENTO DO COVID 19 E ÁREAS DE EMERGÊNCIA DE SAÚDE PÚBLICA DO MUNICÍPIO, E DEMAIS OBRIGAÇÕES A SEGUIR PELO PERÍODO DE 03 (TRÊS) MESES PODENDO SER PRORROGADO EM VIRTUDE DA PANDEMIA DE COVID-19, QUE ENTRE SI CELEBRAM O MUNICÍPIO DE PINDAMONHANGABA E A EMPRESA INSTITUTO ESPERANÇA.**

Pelo presente instrumento contratual que entre si fazem, de um lado o **MUNICÍPIO DE PINDAMONHANGABA**, pessoa jurídica de Direito Público, com sede nesta cidade, na Avenida Nossa Senhora do Bom Sucesso, nº 1400, Bairro Alto do Cardoso, inscrita no CNPJ/MF sob nº 45.226.214/0001-19, neste ato representada pela sua Secretária Municipal de Saúde, Sra. **VALÉRIA DOS SANTOS**, brasileira, divorciada, funcionária pública, portadora da cédula de identidade nº 20.609.443, e do CPF/MF nº 109.737.418-13, residente e domiciliada na cidade de Taubaté/SP, na Rua Ivan de Souza Oliveira, nº 60, Residencial Dala Rosa, bairro do Belém, doravante simplesmente designada **CONTRATANTE**, e de outro a empresa **INSTITUTO ESPERANÇA**, pessoa jurídica de direito privado legalmente constituída, com sede na cidade de Taubaté/SP, na Avenida Itália, nº 928, 15º A, Sala 1508, Bairro Jd. Das Nações, devidamente inscrita no CNPJ/MF sob o nº 10.779.749/0001-32, neste ato representado legalmente pelo seu Presidente, Sr. PEDRO CIPRIANO DA SILVA JUNIOR, brasileiro, casado, militar reformado, portador da cédula de identidade nº 03.692.782-0 DETRAN, inscrito no CPF/MF sob nº 362.210.317-53, residente e domiciliado na Rua Marapendi, nº 376, Bairro Marechal Hermes, cidade de Rio de Janeiro/RJ, doravante simplesmente designada como **CONTRATADA**, nesta e na melhor forma de direito, firmam o presente aditamento contratual, como segue:

**01** - O presente instrumento de aditamento contratual é celebrado nos termos expressos do contrato nº 046/2020 (DISPENSA Nº 019/2020 - PMP 1902/2020), firmado entre a CONTRATANTE e a CONTRATADA, de acordo com o que prescreve o artigo 57 da Lei 8.666/93 e suas alterações, adita-se o item 5.1 em mais **02 (dois) mês**, prorrogando-se, assim, o **prazo do contrato até 07/01/2021**, em atendimento à justificativa da

1

DEPARTAMENTO DE LICITAÇÕES E CONTRATOS

Av. Nossa Senhora do Bom Sucesso 1400 – Alto do Cardoso – Pindamonhangaba/SP – CEP 12420-010  
Telefax: (12) 3644-5600/e-mail: licitacao@pindamonhangaba.sp.gov.br



Assinado por 2 pessoas: VALERIA DOS SANTOS e PEDRO CIPRIANO DA SILVA JUNIOR  
Para verificar a validade das assinaturas, acesse <https://pindamonhangaba.1doc.com.br/verificador/> e informe o código 7564-B0C8-9203-6A6A





**MUNICÍPIO DE PINDAMONHANGABA**  
**ESTADO DE SÃO PAULO**  
**Secretaria Municipal de Administração**

Secretaria Municipal de Saúde, feita por meio do processo administrativo nº 8519/2020, com parecer favorável da Procuradoria Geral do Município.

**02** – As despesas decorrentes deste contrato correrão por conta das dotações próprias consignadas no Orçamento Geral da Administração contratante, relativo ao exercício financeiro de 2020, na classificação orçamentária nº 01.10.30.10.302.0014.2110.3.3.90.39.99.05, ficha nº 1170.

**03** – Ficam mantidas todas as cláusulas constantes no contrato originário, com exceção das acima mencionadas.

E, por assim estarem justas e contratadas as partes, mutuamente obrigadas, assinam o presente instrumento em 03 (três) vias de igual teor e forma, para todos os fins de direito, na presença das testemunhas abaixo.

Pindamonhangaba, 06 de novembro de 2020.

**Valéria dos Santos**  
Secretária de Saúde

**Pedro Cipriano Da Silva Junior**  
Instituto Esperança

Testemunhas:

1) Nome: \_\_\_\_\_ 2) Nome: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

2

**DEPARTAMENTO DE LICITAÇÕES E CONTRATOS**

Av. Nossa Senhora do Bom Sucesso 1400 – Alto do Cardoso – Pindamonhangaba/SP – CEP 12420-010  
Telefax: (12) 3644-5600/e-mail: licitacao@pindamonhangaba.sp.gov.br

Assinado por 2 pessoas: VALERIA DOS SANTOS e PEDRO CIPRIANO DA SILVA JUNIOR  
Para verificar a validade das assinaturas, acesse <https://pindamonhangaba.1doc.com.br/verificacao/> e informe o código 75B4-B0C8-9203-818A





Termo Aditivo ao Contrato de Gestão nº 046/2020, celebrado entre o Pindamonhangaba-SP e o IESP



**MUNICÍPIO DE PINDAMONHANGABA**  
**ESTADO DE SÃO PAULO**  
Secretaria Municipal de Administração

**CONTRATO Nº 046/2020 ADITAMENTO 05/2020**

**CONTRATAÇÃO DE EMPRESA DE CUNHO PRIVADO NA ÁREA DE ATUAÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA PARA GESTÃO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE, CONFORME ESPECIFICAÇÕES, QUANTITATIVOS, REGULAMENTAÇÃO DO GERENCIAMENTO E EXECUÇÃO DE ATIVIDADES E SERVIÇOS DE SAÚDE, CONSTANTES NESTE TERMO PARA ENFRENTAMENTO DO COVID 19 E ÁREAS DE EMERGÊNCIA DE SAÚDE PÚBLICA DO MUNICÍPIO, E DEMAIS OBRIGAÇÕES A SEGUIR PELO PERÍODO DE 03 (TRÊS) MESES PODENDO SER PRORROGADO EM VIRTUDE DA PANDEMIA DE COVID-19, QUE ENTRE SI CELEBRAM O MUNICÍPIO DE PINDAMONHANGABA E A EMPRESA INSTITUTO ESPERANÇA.**

Pelo presente instrumento contratual que entre si fazem, de um lado o **MUNICÍPIO DE PINDAMONHANGABA**, pessoa jurídica de Direito Público, com sede nesta cidade, na Avenida Nossa Senhora do Bom Sucesso, nº 1400, Bairro Alto do Cardoso, inscrita no CNPJ/MF sob nº 45.226.214/0001-19, neste ato representada pela sua Secretária Municipal de Saúde, Sra. **VALÉRIA DOS SANTOS**, brasileira, divorciada, funcionária pública, portadora da cédula de identidade nº 20.609.443, e do CPF/MF nº 109.737.418-13, residente e domiciliada na cidade de Taubaté/SP, na Rua Ivan de Souza Oliveira, nº 60, Residencial Dala Rosa, bairro do Belém, doravante simplesmente designada **CONTRATANTE**, e de outro a empresa **INSTITUTO ESPERANÇA**, pessoa jurídica de direito privado legalmente constituída, com sede na cidade de Taubaté/SP, na Avenida Itália, nº 928, 15º A, Sala 1508, Bairro Jd. Das Nações, devidamente inscrita no CNPJ/MF sob o nº 10.779.749/0001-32, neste ato representado legalmente pelo seu Presidente, Sr. PEDRO CIPRIANO DA SILVA JUNIOR, brasileiro, casado, militar reformado, portador da cédula de identidade nº 03.692.782-0 DETRAN, inscrito no CPF/MF sob nº 362.210.317-53, residente e domiciliado na Rua Marapendi, nº 376, Bairro Marechal Hermes, cidade de Rio de Janeiro/RJ, doravante simplesmente designada como **CONTRATADA**, nesta e na melhor forma de direito, firmam o presente aditamento contratual, como segue:

**01** - O presente instrumento de aditamento contratual é celebrado nos termos expressos do contrato nº **046/2020 (DISPENSA Nº 019/2020 - PMP 1902/2020)**, firmado entre a CONTRATANTE e a CONTRATADA, de acordo com o que prescreve o artigo 57 da Lei 8.666/93 e suas alterações, adita-se o item 5.1 em mais **03 (três) meses**, prorrogando-se, assim, o **prazo do contrato até 07/04/2021**, em atendimento à justificativa da

1

**DEPARTAMENTO DE LICITAÇÕES E CONTRATOS**

Av. Nossa Senhora do Bom Sucesso 1400 – Alto do Cardoso – Pindamonhangaba/SP – CEP 12420-010  
Telefax: (12) 3644-5600/e-mail: licitacao@pindamonhangaba.sp.gov.br

Assinado por 2 pessoas: VALERIA DOS SANTOS e PEDRO CIPRIANO DA SILVA JUNIOR  
Para verificar a validade das assinaturas, acesse <https://pindamonhangaba.1doc.com.br/verificacao/> e informe o código 6A10-C66A-05DA-1DA8





**MUNICÍPIO DE PINDAMONHANGABA**  
**ESTADO DE SÃO PAULO**  
**Secretaria Municipal de Administração**

Secretaria Municipal de Saúde, feita por meio do processo administrativo nº 048/2021, com parecer favorável da Procuradoria Geral do Município.

**02** – As despesas decorrentes deste contrato correrão por conta das dotações próprias consignadas no Orçamento Geral da Administração contratante, relativo ao exercício financeiro de 2021, na classificação orçamentária nº 10.302.0014.2110|05|312.0000|3.3.90.39.00.

**03** – Ficam mantidas todas as cláusulas constantes no contrato originário, com exceção das acima mencionadas.

E, por assim estarem justas e contratadas as partes, mutuamente obrigadas, assinam o presente instrumento em 03 (três) vias de igual teor e forma, para todos os fins de direito, na presença das testemunhas abaixo.

Pindamonhangaba, 06 de janeiro de 2021.

**Valéria dos Santos**  
Secretária de Saúde

**Pedro Cipriano Da Silva Junior**  
Instituto Esperança

Testemunhas:

1) Nome: \_\_\_\_\_ 2) Nome: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

2

**DEPARTAMENTO DE LICITAÇÕES E CONTRATOS**

Av. Nossa Senhora do Bom Sucesso 1400 – Alto do Cardoso – Pindamonhangaba/SP – CEP 12420-010  
Telefax: (12) 3644-5600/e-mail: licitacao@pindamonhangaba.sp.gov.br

Assinado por 2 pessoas: VALERIA DOS SANTOS e PEDRO CIPRIANO DA SILVA JUNIOR  
Para verificar a validade das assinaturas, acesse <https://pindamonhangaba.1doc.com.br/verificacao/> e informe o código 6A10.C66A-05DA-1DA8



Termo Aditivo ao Contrato de Gestão nº 046/2020, celebrado entre o Pindamonhangaba-SP e o IESP



**MUNICÍPIO DE PINDAMONHANGABA**  
**ESTADO DE SÃO PAULO**  
Secretaria Municipal de Administração

CONTRATO Nº 046/2020 ADITAMENTO 01/2021

**CONTRATAÇÃO DE EMPRESA DE CUNHO PRIVADO NA ÁREA DE ATUAÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA PARA GESTÃO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE, CONFORME ESPECIFICAÇÕES, QUANTITATIVOS, REGULAMENTAÇÃO DO GERENCIAMENTO E EXECUÇÃO DE ATIVIDADES E SERVIÇOS DE SAÚDE, CONSTANTES NESTE TERMO PARA ENFRENTAMENTO DO COVID 19 E ÁREAS DE EMERGÊNCIA DE SAÚDE PÚBLICA DO MUNICÍPIO, E DEMAIS OBRIGAÇÕES A SEGUIR PELO PERÍODO DE 03 (TRÊS) MESES PODENDO SER PRORROGADO EM VIRTUDE DA PANDEMIA DE COVID-19, QUE ENTRE SI CELEBRAM O MUNICÍPIO DE PINDAMONHANGABA E A EMPRESA INSTITUTO ESPERANÇA.**

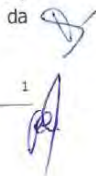
Pelo presente instrumento contratual que entre si fazem, de um lado o **MUNICÍPIO DE PINDAMONHANGABA**, pessoa jurídica de Direito Público, com sede nesta cidade, na Avenida Nossa Senhora do Bom Sucesso, nº 1400, Bairro Alto do Cardoso, inscrita no CNPJ/MF sob nº 45.226.214/0001-19, neste ato representada pela sua Secretária Municipal de Saúde, Sra. **VALÉRIA DOS SANTOS**, brasileira, divorciada, funcionária pública, portadora da cédula de identidade nº 20.609.443, e do CPF/MF nº 109.737.418-13, residente e domiciliada na cidade de Taubaté/SP, na Rua Ivan de Souza Oliveira, nº 60, Residencial Dala Rosa, bairro do Belém, doravante simplesmente designada **CONTRATANTE**, e de outro a empresa **INSTITUTO ESPERANÇA**, pessoa jurídica de direito privado legalmente constituída, com sede na cidade de Taubaté/SP, na Avenida Itália, nº 928, 15º A, Sala 1508, Bairro Jd. Das Nações, devidamente inscrita no CNPJ/MF sob nº 10.779.749/0001-32, neste ato representado legalmente pelo seu Presidente, Sr. PEDRO CIPRIANO DA SILVA JUNIOR, brasileiro, casado, militar reformado, portador da cédula de identidade nº 03.692.782-0 DETRAN, inscrito no CPF/MF sob nº 362.210.317-53, residente e domiciliado na Rua Marapendi, nº 376, Bairro Marechal Hermes, cidade de Rio de Janeiro/RJ, doravante simplesmente designada como **CONTRATADA**, nesta e na melhor forma de direito, firmam o presente aditamento contratual, como segue:

**01** - O presente instrumento de aditamento contratual é celebrado nos termos expressos do contrato nº **046/2020 (DISPENSA Nº 019/2020 - PMP 1902/2020)**, firmado entre a **CONTRATANTE** e a **CONTRATADA**, de acordo com o que prescreve o artigo 57 da Lei 8.666/93 e suas alterações, adita-se o item 5.1 em mais **01 (um) mês**, prorrogando-se, assim, o **prazo do contrato até 07/05/2021**, em atendimento à justificativa da

DEPARTAMENTO DE LICITAÇÕES E CONTRATOS

Av. Nossa Senhora do Bom Sucesso 1400 – Alto do Cardoso – Pindamonhangaba/SP – CEP 12420-010  
Telefax: (12) 3644-5600/e-mail: licitacao@pindamonhangaba.sp.gov.br

1





**MUNICÍPIO DE PINDAMONHANGABA**  
**ESTADO DE SÃO PAULO**  
**Secretaria Municipal de Administração**

Secretaria Municipal de Saúde, feita por meio do processo administrativo nº 2.765/2021, com parecer favorável da Procuradoria Geral do Município.

**03** - Conforme previsto no artigo 65, § 1º da Lei Federal 8.666/93 e suas alterações, e em conformidade com a cláusula primeira, item 1.3 do referido contrato, para **supressão** do valor total do contrato em **21,611285%**, correspondendo ao valor **R\$ 479.121,14** (quatrocentos e setenta e nove mil e cento e vinte um reais e quatorze centavos), passando o valor total do contrato de **R\$ 2.216.995,14** (dois milhões e duzentos e dezesseis mil e novecentos e noventa e cinco reais e quatorze centavos) para **R\$ 1.737.873,99** (um milhão e setecentos e trinta e sete mil e oitocentos e setenta e três reais e noventa e nove centavos), em atendimento à justificativa da Secretaria Municipal de Saúde, feita por meio do processo administrativo nº 2.765/2021, com parecer favorável da Procuradoria Geral do Município.

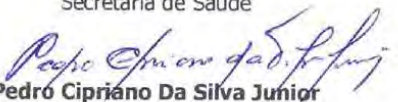
**03** – As despesas decorrentes deste contrato correrão por conta das dotações próprias consignadas no Orçamento Geral da Administração contratante, relativo ao exercício financeiro de 2021, na classificação orçamentária nº 10.302.0014.2110.3.3.90.39.99.01.

**04** – Ficam mantidas todas as cláusulas constantes no contrato originário, com exceção das acima mencionadas.

E, por assim estarem justas e contratadas as partes, mutuamente obrigadas, assinam o presente instrumento em 03 (três) vias de igual teor e forma, para todos os fins de direito, na presença das testemunhas abaixo.

Pindamonhangaba, 06 de abril de 2021.

  
**Valéria dos Santos**  
Secretária de Saúde

  
**Pedro Cipriano Da Silva Junior**  
Instituto Esperança

Testemunhas:

1) Nome: \_\_\_\_\_ 2) Nome: \_\_\_\_\_  
RG: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_  
Assinatura: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

2

**DEPARTAMENTO DE LICITAÇÕES E CONTRATOS**

Av. Nossa Senhora do Bom Sucesso 1400 – Alto do Cardoso – Pindamonhangaba/SP – CEP 12420-010  
Telefax: (12) 3644-5600/e-mail: licitacao@pindamonhangaba.sp.gov.br



**Termo Aditivo ao Contrato de Gestão nº 046/2020, celebrado entre o Pindamonhangaba-SP e o IESP**



**MUNICÍPIO DE PINDAMONHANGABA**  
**ESTADO DE SÃO PAULO**  
Secretaria Municipal de Administração

624

**CONTRATO Nº 046/2020 ADITAMENTO 02/2021**

**CONTRATAÇÃO DE EMPRESA DE CUNHO PRIVADO NA ÁREA DE ATUAÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA PARA GESTÃO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE, CONFORME ESPECIFICAÇÕES, QUANTITATIVOS, REGULAMENTAÇÃO DO GERENCIAMENTO E EXECUÇÃO DE ATIVIDADES E SERVIÇOS DE SAÚDE, CONSTANTES NESTE TERMO PARA ENFRENTAMENTO DO COVID 19 E ÁREAS DE EMERGÊNCIA DE SAÚDE PÚBLICA DO MUNICÍPIO, E DEMAIS OBRIGAÇÕES A SEGUIR PELO PERÍODO DE 03 (TRÊS) MESES PODENDO SER PRORROGADO EM VIRTUDE DA PANDEMIA DE COVID-19, QUE ENTRE SI CELEBRAM O MUNICÍPIO DE PINDAMONHANGABA E A EMPRESA INSTITUTO ESPERANÇA.**

Pelo presente instrumento contratual que entre si fazem, de um lado o **MUNICÍPIO DE PINDAMONHANGABA**, pessoa jurídica de Direito Público, com sede nesta cidade, na Avenida Nossa Senhora do Bom Sucesso, nº 1400, Bairro Alto do Cardoso, inscrita no CNPJ/MF sob nº 45.226.214/0001-19, neste ato representada pela sua Secretária Municipal de Saúde, Sra. **VALÉRIA DOS SANTOS**, brasileira, divorciada, funcionária pública, portadora da cédula de identidade nº 20.609.443, e do CPF/MF nº 109.737.418-13, residente e domiciliada na cidade de Taubaté/SP, na Rua Ivan de Souza Oliveira, nº 60, Residencial Dala Rosa, bairro do Belém, doravante simplesmente designada **CONTRATANTE**, e de outro a empresa **INSTITUTO ESPERANÇA**, pessoa jurídica de direito privado legalmente constituída, com sede na cidade de Taubaté/SP, na Avenida Itália, nº 928, 15º A, Sala 1508, Bairro Jd. Das Nações, devidamente inscrita no CNPJ/MF sob o nº 10.779.749/0001-32, neste ato representado legalmente pelo seu Presidente, Sr. PEDRO CIPRIANO DA SILVA JUNIOR, brasileiro, casado, militar reformado, portador da cédula de identidade nº 03.692.782-0 DETRAN, inscrito no CPF/MF sob nº 362.210.317-53, residente e domiciliado na Rua Marapendi, nº 376, Bairro Marechal Hermes, cidade de Rio de Janeiro/RJ, doravante simplesmente designada como **CONTRATADA**, nesta e na melhor forma de direito, firmam o presente aditamento contratual, como segue:

**01** - O presente instrumento de aditamento contratual é celebrado nos termos expressos do contrato nº **046/2020 (DISPENSA Nº 019/2020 - PMP 1902/2020)**, firmado entre a CONTRATANTE e a CONTRATADA, de acordo com o que prescreve o artigo 57 da Lei 8.666/93 e suas alterações, adita-se o item 5.1 em mais **30 (trinta) dias**, prorrogando-se, assim, o **prazo do contrato até 07/06/2021**, em atendimento à justificativa da

**DEPARTAMENTO DE LICITAÇÕES E CONTRATOS**

Av. Nossa Senhora do Bom Sucesso 1400 – Alto do Cardoso – Pindamonhangaba/SP – CEP 12420-010  
Telefax: (12) 3644-5600/e-mail: licitacao@pindamonhangaba.sp.gov.br

*D* 1 *A*

*B*



**MUNICÍPIO DE PINDAMONHANGABA**  
**ESTADO DE SÃO PAULO**  
**Secretaria Municipal de Administração**

675

Secretaria Municipal de Saúde, feita por meio do processo administrativo nº 3.605/2021, com parecer favorável da Procuradoria Geral do Município.

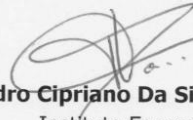
**02** – Ficam mantidas todas as cláusulas constantes no contrato originário, com exceção das acima mencionadas.

E, por assim estarem justas e contratadas as partes, mutuamente obrigadas, assinam o presente instrumento em 03 (três) vias de igual teor e forma, para todos os fins de direito, na presença das testemunhas abaixo.

Pindamonhangaba, 06 de maio de 2021.



**Valéria dos Santos**  
Secretária de Saúde



**Pedro Cipriano Da Silva Junior**  
Instituto Esperança

Testemunhas:

1) Nome: \_\_\_\_\_ 2) Nome: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

2

**DEPARTAMENTO DE LICITAÇÕES E CONTRATOS**

Av. Nossa Senhora do Bom Sucesso 1400 – Alto do Cardoso – Pindamonhangaba/SP – CEP 12420-010  
Telefax: (12) 3644-5600/e-mail: licitacao@pindamonhangaba.sp.gov.br



Atestado de Capacidade Técnica emitida pela Prefeitura de Serra/ES



PREFEITURA MUNICIPAL DA

**SERRA**

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

**ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA**

**Serra(ES), 08 de julho de 2021.**

Atestamos para os devidos fins, que o **INSTITUTO ESPERANÇA – IESP** sediada na Avenida Itália no 928, 15º andar, sala 1508, Jardim das Nações, Taubaté– SP, CEP 12.030-212, inscrita no CNPJ Nº:10.779.749/0001-32, e filial sediada na Avenida Eldes Scherer Souza, 2162, Piso L2, sala 704/705, Condomínio Shopping Montserrat, bairro Colina de Laranjeiras, Serra – ES, CEP:29.167-080, inscritano CNPJ Nº:10.779.749/0002-13, Presta Serviços de Operacionalização da Gestão e Execução, das atividades e serviços de saúde na UPA CASTELÂNDIA (Unidadede Pronto Atendimento de Castelândia), com Pronto Atendimento 24 horas (22 leitos), Dentistas, Médicos Pediatras, Clínicos e Emergêncistas, de acordo com o Contrato de Gestão nº 201/2019, assinado em 15 de julho de 2019, com duração de 04 (quatro) anos, prorrogáveis por igual período; Processo nº 11.882/2019; edital nº 001/2019.

Atenciosamente,

  
Bernadete Coelho Xavier  
Secretária Municipal de Saúde

BERNADETE COELHO XAVIER  
Secretária Municipal de Saúde da Serra-ES





# DIÁRIO OFICIAL

DO MUNICÍPIO DA SERRA



www.dio.es.gov.br

Serra (ES), terça-feira, 25 de Maio de 2021

www.serra.es.gov.br

Edição Nº98

## ATOS MUNICIPAIS

### Atos Municipais

### Decretos

#### DECRETO Nº 1.328, DE 24 DE MAIO DE 2021

O PREFEITO MUNICIPAL DA SERRA, ESTADO DO ESPÍRITO SANTO, usando das atribuições legais, que lhe são conferidas pelo disposto no inciso V do artigo 72 da Lei Orgânica do Município de Serra e, considerando o parágrafo 1º, item I do artigo 65 da Lei Municipal nº 2.360/2001,

#### DECRETA:

Art. 1º - Exonera **SHEILA CRISTINA DE SOUZA CRUZ**, do cargo em comissão de SECRETÁRIA MUNICIPAL - CC-1, da Secretaria Municipal de Saúde - SESA.

Art. 2º - Este decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Palácio Municipal em Serra, 24 de maio de 2021.

**ANTÔNIO SERGIO ALVES VIDIGAL**  
Prefeito Municipal

Protocolo 672721

#### DECRETO Nº 1.329, DE 24 DE MAIO DE 2021

O PREFEITO MUNICIPAL DA SERRA, ESTADO DO ESPÍRITO SANTO, usando das atribuições legais, que lhe são conferidas pelo disposto no inciso V do artigo 72 da Lei Orgânica do Município de Serra e, considerando o disposto nos artigos 13 e 14, II, § 2º da Lei nº 2.360/2001,

#### DECRETA:

Art. 1º - Nomeia **BERNADETE COELHO XAVIER**, para exercer o cargo em comissão de SECRETÁRIA MUNICIPAL - CC-1, da Secretaria Municipal de Saúde - SESA, com remuneração e atribuições previstas em leis específicas.

Art. 2º - Este decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Palácio Municipal em Serra, 24 de maio de 2021.

**ANTÔNIO SERGIO ALVES VIDIGAL**  
Prefeito Municipal

Protocolo 672725

### Portaria

#### PORTARIA Nº 187, DE 19 DE MAIO DE 2021

O PREFEITO MUNICIPAL DA SERRA, Estado do Espírito Santo, usando das atribuições legais que lhe são conferidas pelo disposto no inciso V do artigo 72 da Lei Orgânica do Município e, considerando o inteiro teor do processo administrativo nº 9650/2021,

#### RESOLVE:

Art. 1º Conceder licença sem vencimento à servidora **ANA APARECIDA NASCIMENTO ESTEVÃO**, matrícula nº 5777, ocupante do cargo de Agente de Obras e Serviços Gerais, lotada na Secretaria Municipal de Educação - SEDU, pelo período de **02 (dois) anos**.

Art. 2º Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação.

Palácio Municipal em Serra, aos 19 de maio de 2021.

**ANTÔNIO SERGIO ALVES VIDIGAL**  
Prefeito Municipal

**DAYSE MARIA OSLEGHER LEMOS**  
Secretária Municipal de Administração e Recursos Humanos  
Protocolo 672477

#### PORTARIA Nº 186, DE 19 DE MAIO DE 2021

O PREFEITO MUNICIPAL DA SERRA, Estado do Espírito Santo, usando das atribuições legais que lhe são conferidas pelo disposto no inciso V do artigo 72 da Lei Orgânica do Município e, considerando o inteiro teor do processo administrativo nº 8645/2021,

#### RESOLVE:

Art. 1º Conceder licença sem vencimento à servidora **MARIA APARECIDA WERNERSBACH VIEIRA**, matrícula nº 548397, ocupante do cargo de Professor MaPA - Educação Infantil, lotada na Secretaria Municipal de Educação - SEDU, pelo período de **02 (dois) anos**.

Art. 2º Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação.

Palácio Municipal em Serra, aos 19 de maio de 2021.

**ANTÔNIO SERGIO ALVES VIDIGAL**  
Prefeito Municipal

**DAYSE MARIA OSLEGHER LEMOS**  
Secretária Municipal de Administração e Recursos Humanos  
Protocolo 672480

#### PORTARIA Nº 183, DE 18 DE MAIO DE 2021

O PREFEITO MUNICIPAL DA SERRA, Estado do Espírito Santo, usando das atribuições legais que lhe são conferidas pelo disposto no inciso V do artigo 72 da Lei Orgânica do Município e, considerando o inteiro teor do processo administrativo nº 9073/2021,

#### RESOLVE:

Art. 1º Conceder licença sem vencimento à servidora **JULIANA OLIVEIRA DE MENDONÇA LOPES**, matrícula nº 44393, ocupante do cargo de Professor MaPB - Assessoramento Pedagógico, lotada na Secretaria Municipal de Educação - SEDU, pelo período de **2 (dois) anos**.

Art. 2º Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação.

Palácio Municipal em Serra, aos 18 de maio de 2021.

**ANTÔNIO SERGIO ALVES VIDIGAL**  
Prefeito Municipal

**DAYSE MARIA OSLEGHER LEMOS**  
Secretária Municipal de Administração e Recursos Humanos  
Protocolo 672481

#### PORTARIA/SESA Nº 85, DE 19 de maio de 2021.

Designa Gestor e Fiscal do Processo Administrativo nº **69.108/2018**,

A SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE DA PREFEITURA MUNICIPAL DA SERRA, ESTADO DO ESPÍRITO SANTO, no uso de suas atribuições legais que lhe são conferidas por lei;

**CONSIDERANDO** o previsto na Lei 8.666, de 21 de junho de 1993, em especial o art. 58, inc. III c/c o art. 67 quanto às determinações legais para realização de contratações pela Administração Pública e ainda quanto às determinações legais para acompanhamento e fiscalização dos contratos administrativos;

**CONSIDERANDO** o previsto na Lei nº 10.520, de 17 de julho de 2002 no que diz respeito à realização de pregão eletrônico como modalidade de licitação;

#### RESOLVE:

Art. 1º Designar como Gestor e Fiscal no Processo nº **69.108/2018** referente ao Contrato nº 040/2020 que tem por objeto: SERVIÇO DE ESTERILIZAÇÃO DE MATERIAIS HOSPITALARES, a saber:

Gestor: **JUACY PEREIRA GOMES Mat. 25070**

Fiscal: **RENATA BATISTA BERNARDES SCARPATTI Mat. 18834**

Art. 2º Esta Portaria integra o Processo Administrativo nº **69.108/2018**

Serra/ES, 19 de abril de 2021.

**Sheila Cristina de Souza Cruz**  
Secretária Municipal de Saúde

Protocolo 672546



Arquivo digitalizado pelo DIO - DEPARTAMENTO DE IMPRENSA OFICIAL DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO Data: Segunda-feira, 24 de Maio de 2021 às 22:09:10 Código de Autenticação: 4f25e1c5



**Contrato de Gestão nº201/2019, celebrado entre Serra / ES e o IESP**



PREFEITURA MUNICIPAL DA  
**SERRA**

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (SESA)**

**Contrato nº. 201/2019**  
**Processo nº 11.882/2019**  
**Edital nº 001/2019**

**CONTRATO DE GESTÃO E COMPARTILHAMENTO QUE ENTRE SI CELEBRAM O MUNICÍPIO DE SERRA, POR INTERMÉDIO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, E O IESP - INSTITUTO ESPERANÇA, QUALIFICADA COMO ORGANIZAÇÃO SOCIAL, PARA REGULAMENTAR O DESEMPENHO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE NA GESTÃO DA UPA CASTELÂNDIA (UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO).**

Pelo presente instrumento, de um lado o **MUNICÍPIO DE SERRA/ES**, pessoa jurídica de direito público interno, com CNPJ/MF **27.174.093/0001-27**, sediado a Rua Antônio Maestro Cícero, 239, Centro - Serra/ES CEP: 29.176-100, neste ato representado pelo **Prefeito Municipal**, Excelentíssimo Senhor **AUDIFAX CHARLES PIMENTEL BARCELOS**, portador do CPF **816.970.527-00** e **RG 597576** - SSP/ES, doravante denominado **CONTRATANTE**; com a interveniência da **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**, com CNPJ/MF **14.814.026/0001-88**, sediada à Av. Talma Rodrigues Ribeiro, nº 5416, Portal de Jacaraípe, CEP: 29.173.795- Serra-ES, neste ato representado pelo **Secretário Municipal de Saúde**, **ALEXANDRE CAMILO FERNANDES VIANA**, portador do CPF nº. 442.942.396-20 e da CI nº. M 2647-140 SSP/MG, 11840- 6ª CRA MG e, de outro lado, a **ORGANIZAÇÃO SOCIAL IESP - INSTITUTO ESPERANÇA**, com CNPJ/MF 10.779.749/0001-32, com endereço na Av. Itália, 928 - sala 1508 - Edifício The One Office Tower - Jardim das Nações - Taubaté/SP - CEP: 12.030-212 - tel: (12) 3621-3844 - email [institutoesperanca@iespe.org.br](mailto:institutoesperanca@iespe.org.br) e com estatuto arquivado no Cartório de Registro de Títulos e Documentos sob nº 00058617 do Registro Civil de Pessoas Jurídicas de Taubaté, neste ato representada pelo Sr. PEDRO CIPRIANO DA SILVA JUNIOR, RG 03.692.782-0, CPF 362.210.317-53, doravante denominada **CONTRATADA**; com base no processo nº 11.882/2019, e tendo em vista o que dispõe a Lei Municipal nº. 3.778, de 29 de setembro de 2011, o Decreto Municipal nº. 3.188/2018, com nova redação dada pelo Decreto 4.530/2013 de 28 de fevereiro de 2019, a Instrução Normativa TCE/ES nº 42 de 15 de agosto de 2017e ainda em conformidade com os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde- SUS, estabelecidos na Leis Federais nº8.080 de 19 de setembro de 1990 e 8.142 de 28 de dezembro de 1990, com fundamento na Constituição Federal, em especial no seu artigo 196 e seguintes, Lei 8.666/93 no que couber, **RESOLVEM** celebrar o presente **CONTRATO DE GESTÃO** referente ao gerenciamento e execução de atividades e serviços de saúde a serem desenvolvidos na **UPA CASTELÂNDIA (Unidade de Pronto Atendimento)**, situada à Av. Talma Rodrigues Ribeiro, s/n, Portal de Jacaraípe, Serra -ES. CEP: 29173-795, cujo uso fica permitido pelo período de vigência do presente contrato, mediante as seguintes cláusulas e condições:

AV. TALMA RIBEIRO RODRIGUES Nº 5416, PORTAL DE JACARAÍPE CEP: 29.173.795 - SERRA -ES - TEL.: (27)32527434-  
E-MAIL: CPL.CONTRATOS.SESA@SERRA.ES.GOV.BR- [WWW.SERRA.ES.GOV.BR](http://WWW.SERRA.ES.GOV.BR)



PREFEITURA MUNICIPAL DA  
**SERRA**

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (SESA)**

**CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO**

**1.1-** O presente **CONTRATO DE GESTÃO** tem por objeto a operacionalização da gestão e execução de acordo com o TR e anexos, pela **CONTRATADA**, das atividades e serviços de saúde na **UPA CASTELÂNDIA (Unidade de Pronto Atendimento de Castelândia)** em conformidade com os Anexos Técnicos que integram este instrumento.

**1.2 -** A finalidade do contrato deverá ser executada de forma a garantir qualidade, eficácia, eficiência, efetividade na gestão, alcançando os resultados esperados.

**1.3 -** Fazem parte integrante deste **CONTRATO**:

- a) **Termo de Referência**
- b) **O Anexo Técnico I – Descrição de Serviços;**
- c) **O Anexo Técnico II – Sistema de Pagamento;**
- d) **O Anexo Técnico III – Indicadores de Qualidade.**

**CLÁUSULA SEGUNDA - DA PERMISSÃO DE USO DE BENS PÚBLICOS**

**2.1 -** Com a finalidade exclusiva de viabilizar a perfeita e regular execução do objeto contratual, a **CONTRATANTE** permitirá à **CONTRATADA** o uso dos bens móveis e imóveis necessários à gestão da **UPA CASTELÂNDIA**, através da celebração de Termo de Permissão de Uso, nos termos do Decreto Municipal nº. 3.188/2018, com nova redação dada pelo Decreto 4.530/2013 de 28 de fevereiro de 2019.

**2.1.1 -** A destinação de bens será precedida de inventário e avaliação.

**2.2 -** A **CONTRATADA** se responsabiliza pela guarda e vigilância dos bens cujo uso lhe é permitido, mantendo-os em perfeito estado de conservação, asseio, higiene e limpeza, sem que isso lhe gere qualquer direito de retenção ou indenização.

**2.2.1 -** Findo o prazo do contrato, a **CONTRATADA** deverá devolver os bens no estado em que os recebeu ressalvadas eventuais deteriorações decorrentes do uso normal, bem como ressarcir a **CONTRATANTE** pelo extravio ou danos por ato de seus prepostos ou representantes, tendo como parâmetro a avaliação prévia dos bens cujo laudo fará parte integrante do Termo de Permissão de Uso, ou o valor de mercado atualizado, a critério da Administração, além de preservar a plaqueta de registro patrimonial.



PREFEITURA MUNICIPAL DA  
**SERRA**

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (SESA)**

**2.3** - A **CONTRATADA** comprometer-se a utilizar os bens cedidos exclusivamente na execução do objeto contratado, sendo vedado ceder, locar sob qualquer título, transferi-los para terceiros, ou para outra unidade administrada pela **CONTRATADA** sob pena de caracterizar inadimplemento contratual.

**2.4** - Nas hipóteses de desqualificação, extinção da entidade e de rescisão contratual, haverá reversão dos bens ao Município de Serra cujo uso fora permitido à **CONTRATADA**, bem como aqueles eventualmente adquiridos com os recursos a ela repassados, juntamente com o saldo de recursos financeiros existentes na conta corrente, na forma do item 3.1.8 da cláusula Terceira.

**2.5** - A **CONTRATADA** poderá, a qualquer tempo e mediante justificativa apresentada ao Secretário Municipal de Saúde e ao Prefeito Municipal, propor a devolução de bens cedidos ao Poder Público Municipal, quando não mais forem necessários ao cumprimento das metas avençadas.

**CLÁUSULA TERCEIRA- OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DA CONTRATADA**

**3.1** - Em cumprimento às suas obrigações, cabe à **CONTRATADA**, além das obrigações constantes das especificações técnicas nos Anexos e daquelas estabelecidas na legislação referente ao SUS e na legislação específica que rege a presente contratação, as seguintes:

**3.1.1** - Manter durante toda execução do contrato, as mesmas condições de qualificação exigidas quando do processo seletivo.

**3.1.2** - Prestar os serviços de saúde que estão especificados no Anexo Técnico I – Descrição de Serviços à população usuária do Sistema Único de Saúde (SUS), de acordo com o estabelecido neste contrato.

**3.1.3** - Dar atendimento exclusivo e indiferenciado aos usuários do SUS no estabelecimento de saúde cujo uso lhe for permitido.

**3.1.4** - Registrar, por razões de planejamento das atividades assistenciais, informação oportuna sobre o local de residência dos pacientes atendidos ou que lhe sejam referenciados para atendimento, registrando o município de residência e, para os residentes nesta cidade de Serra, Espírito Santo, o registro da região da cidade onde residem.

**3.1.5** - Responsabilizar-se pela indenização de dano decorrente de ação ou omissão voluntária, ou de negligência, imperícia ou imprudência, que seus agentes, nessa qualidade, causarem a paciente, aos órgãos do SUS e a terceiros a estes vinculados, bem como aos bens públicos móveis e imóveis objetos de permissão de uso, assegurando-se o direito de regresso contra o responsável nos casos de dolo ou culpa, sem prejuízo da aplicação das demais sanções cabíveis.

AV. TALMA RIBEIRO RODRIGUES Nº 5416, PORTAL DE JACARAÍPE CEP: 29.173.795 - SERRA -ES - TEL.: (27)32527434-  
E-MAIL: CPL.CONTRATOS.SESA@SERRA.ES.GOV.BR- WWW.SERRA.ES.GOV.BR



PREFEITURA MUNICIPAL DA  
**SERRA**

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (SESA)**

**3.1.5.1** - A responsabilidade de que trata o item anterior estende-se aos casos de danos causados por falhas relativas à prestação dos serviços, nos termos do art. 14 da Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990 (Código de Defesa do Consumidor).

**3.1.6** - Administrar os bens móveis e imóveis cujo uso lhe fora permitido, em conformidade com o disposto nos respectivos termos de permissão de uso, até sua restituição ao Poder Público.

**3.1.6.1** - A manutenção, conservação e as substituições poderão ser custeadas com recursos financeiros previstos na Cláusula Oitava e, na impossibilidade de assim fazer, será efetuada a complementação de recursos, cujo repasse dar-se-á através de Termo Aditivo;

**3.1.6.2** - Em hipótese alguma, poderão ser alocados recursos públicos para reparação, manutenção, substituição de bens se a **CONTRATADA** por si ou por terceiros tenha dado causa ao dano;

**3.1.6.3** - Quando da aquisição de bens, seja para reposição daqueles cujo uso foi permitido, seja para novas aquisições, a **CONTRATADA** deverá solicitar autorização prévia à **CONTRATANTE**, conforme Cláusula Terceira do Termo de Permissão de Uso.

**3.1.7** - Comunicar à instância responsável da **CONTRATANTE** todas as aquisições de bens móveis que forem realizadas, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após sua ocorrência, com incorporação automática do patrimônio que por ventura venha a ser adquirido com recursos originários do contrato de gestão, inclusive com a entrega da documentação necessária, pela **CONTRATADA**, para incorporação dos referidos bens.

**3.1.8** - Transferir, integralmente, à **CONTRATANTE** em caso de desqualificação e consequente extinção da Organização Social, e/ou rescisão deste contrato, o patrimônio, os legados ou doações que lhe foram destinados, bem como os excedentes financeiros decorrentes da prestação de serviços de assistência à saúde na **UPA CASTELÂNDIA** existentes ao Contrato ou adquiridos com recursos a ele estranhos e de atividades próprias da instituição, diferentes e não relacionadas ao Contrato de Gestão.

**3.1.9** - Responsabilizar-se pela contratação de pessoal necessário para a execução das atividades previstas neste Contrato de Gestão.

**3.1.10** - Responsabilizar-se pelo pagamento das verbas trabalhistas de seus empregados, encargos fiscais, sociais e previdenciários decorrentes da execução do objeto contratual, inclusive com o custo das rescisões de contrato de trabalho realizadas durante a vigência do contrato de gestão, ressalvado o disposto na cláusula quinta, item 5.1.6.



AV. TALMA RIBEIRO RODRIGUES Nº 5416, PORTAL DE JACARAÍPE CEP: 29.173.795 – SERRA –ES - TEL.: (27)32527434-  
E-MAIL: CPL.CONTRATOS.SESA@SERRA.ES.GOV.BR- WWW.SERRA.ES.GOV.BR



PREFEITURA MUNICIPAL DA  
**SERRA**

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (SESA)**

**3.1.11** - Disponibilizar, em tempo hábil, o cálculo das rescisões de Contratos de trabalhos e encargos sociais e previdenciários em caso de extinção do Contrato de Gestão, bem como apresentar, anualmente, relatório da estimativa do cálculo das rescisões trabalhistas.

**3.1.12** - Implantar na **UPA CASTELÂNDIA** o "Serviço de Atendimento ao Usuário", devendo encaminhar à Secretaria Municipal de Saúde relatório mensal de suas atividades, conforme o disposto nos Anexos Técnicos deste Contrato de Gestão.

**3.1.13** - Adotar, em todas as placas internas e externas, veículos e demais materiais permanentes, bem como em crachás de identificação, uniformes, rouparias, impressos e documentos oficiais as logomarcas da UPA e da Secretaria Municipal de Saúde, nos padrões definidos por esta, assim como seguir todas as diretrizes definidas pelo Governo Municipal no tocante à comunicação.

**3.1.14** - Adotar o símbolo e o nome designativo da unidade de saúde cujo uso lhe fora permitido, seguido pelo nome designativo "Organização Social".

**3.1.15** - Responsabilizar-se por cobrança indevida feita ao paciente ou ao seu representante, por profissional empregado ou preposto, em razão da execução deste contrato.

**3.1.16** - Manter sempre atualizado o prontuário médico dos pacientes e o arquivo médico, pelo prazo mínimo de 5 (cinco) anos, ressalvados os prazos previstos em lei.

**3.1.17** - Não utilizar nem permitir que terceiros utilizem o paciente para fins de experimentação, exceto nos casos de consentimento informado, devidamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Consentido, quando deverá haver manifestação expressa de consentimento do paciente ou de seu representante legal, por meio de termo de responsabilidade pelo tratamento a que será submetido, respeitando-se as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos do Conselho Nacional de Saúde.

**3.1.18** - Atender os pacientes com dignidade e respeito, de modo universal e igualitário, mantendo-se sempre a qualidade na prestação dos serviços.

**3.1.19** - Afixar aviso, em lugar visível, de sua condição de entidade qualificada como Organização Social, e de gratuidade dos serviços prestados nessa condição para o Sistema Único de Saúde.

**3.1.20** - Justificar ao paciente ou ao seu representante, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão de não realização de qualquer ato profissional previsto neste Contrato.

AV. TALMA RIBEIRO RODRIGUES Nº 5416, PORTAL DE JACARAÍPE CEP: 29.173.795 - SERRA - ES - TEL.: (27)32527434-  
E-MAIL: CPL.CONTRATOS.SESA@SERRA.ES.GOV.BR- WWW.SERRA.ES.GOV.BR



PREFEITURA MUNICIPAL DA  
**SERRA**

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (SESA)**

**3.1.21** - Em se tratando de serviço de "internação", permitir a visita ao paciente, diariamente, respeitando-se a rotina do serviço, por período mínimo de 01 (uma) hora.

**3.1.22** - Esclarecer aos pacientes sobre seus direitos e assuntos pertinentes aos serviços oferecidos.

**3.1.23** - Respeitar a decisão do paciente ao consentir ou recusar prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de vida ou obrigação legal.

**3.1.24** - Garantir a confidencialidade dos dados e informações relativas aos pacientes.

**3.1.25** - Assegurar aos pacientes o direito de ser assistido, religiosa e espiritualmente, qualquer que seja o culto religioso.

**3.1.26** - Em se tratando de serviço de saúde, possuir e manter em pleno funcionamento:

- a) Comissão de Prontuário Médico;
- b) Comissão de Óbitos;
- c) Comissão de Ética Médica;
- d) Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;
- e) Comissão Interna de Prevenção de Acidente de Trabalho;
- f) Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde;
- g) Comissão de Ética em Enfermagem;

**3.1.27** - Limitar suas despesas com remuneração, encargos trabalhistas e vantagens de qualquer natureza, a serem percebidos pelos seus dirigentes, empregados e servidores públicos disponibilizados à Unidade, até 70% (setenta por cento) do valor global das despesas de custeio das respectivas unidades.

**3.1.27.1** - As remunerações e vantagens de qualquer natureza a serem percebidas pelos dirigentes e empregados da Organização Social contratada, em caso de alteração dos valores pactuados, não poderão exceder os níveis de remuneração praticados na rede privada de saúde, observando-se a média de valores praticados no mercado médico-hospitalar do Município de Serra.

**3.1.27.2** - Em caso de contratação de profissional cuja qualificação técnico-profissional exigida não encontre parâmetro no Município de Serra, ou cuja contratação não esteja sendo possível em virtude de escassez do referido profissional, serão observados os níveis médios da remuneração praticados no mercado médico-hospitalar nacional.



PREFEITURA MUNICIPAL DA  
**SERRA**

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (SESA)**

**3.1.28** - Adotar práticas de planejamento sistemático das ações da Organização Social, mediante instrumentos de programação, orçamentação, acompanhamento e avaliação de suas atividades, de acordo com as metas pactuadas.

**3.1.29** - Publicar anualmente, no Diário Oficial do Município e em jornal de grande circulação local, as demonstrações financeiras, auditadas e elaboradas em conformidade com os princípios fundamentais de contabilidade, e o relatório de execução do Contrato de Gestão.

**3.1.30** - Publicar no Diário Oficial do Município, no prazo máximo de 90 (noventa) dias, contados da assinatura do contrato de gestão, regulamento próprio contendo os procedimentos que adotará para contratação de obras e serviços, bem como para compras com emprego de recursos provenientes do Poder Público, observando-se o disposto no artigo 28 do Decreto Municipal nº. 3.188/2018.

**3.1.31** - Utilizar os sistemas corporativos definidos pela **CONTRATANTE**, devendo disponibilizar, em caso de rescisão ou de encerramento do contrato, uma cópia dos bancos de dados e as credenciais de acesso, tanto para os sistemas corporativos quanto para os sistemas locais utilizados pela **CONTRATADA** durante a gestão.

**3.1.31.1** - A implantação e a manutenção desses sistemas ficarão sob a responsabilidade da **CONTRATADA**, sem direito a qualquer ressarcimento ou repasse de recursos financeiros especificamente para esse fim.

**3.1.32** - Disponibilizar em sítio eletrônico na rede mundial de computadores, no mínimo, as seguintes informações, relativas aos recursos públicos recebidos:

- a) Cópia do estatuto social atualizado da entidade;
- b) Relação nominal atualizada dos dirigentes da entidade;
- c) Cópia do Contrato de Gestão, respectivos aditivos, e relatórios finais de prestação de contas, na forma da legislação aplicável;

**3.1.32.1**- As informações deverão ser publicadas em até 90 (noventa) dias a partir da celebração do Contrato de Gestão, serão atualizadas periodicamente e ficarão disponíveis até cento e oitenta dias após a entrega da prestação de contas final.

**3.1.32.2** - A **CONTRATADA** deverá encaminhar tais informações para a Comissão de Monitoramento e Avaliação do Contrato de Gestão, que realizará a inclusão de tais informações no site da Secretaria Municipal de Saúde.



PREFEITURA MUNICIPAL DA  
**SERRA**

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (SESA)**

**3.1.33** - Auxiliar a **CONTRATANTE** no desenvolvimento e aplicação de mecanismos de controle, incluindo análise estatística e por amostragem das despesas, compatíveis com seus recursos de informação e tecnologia.

**3.1.34** - Garantir lisura nas contratações de pessoal, bem como na aquisição de bens e serviços, nos termos de seu Regulamento.

**3.1.35** - Em nenhuma hipótese cobrar direta ou indiretamente dos usuários pelos serviços prestados, sendo lícito, no entanto, buscar junto ao **CONTRATANTE** o ressarcimento de despesas realizadas e que não estejam pactuadas, desde que previamente autorizadas pela Secretaria Municipal de Saúde.

**3.1.36** - Implantar metodologia padronizada de apuração de custos nos moldes determinados pela Secretaria Municipal de Saúde, sob pena de aplicação das penalidades previstas na Cláusula Décima - Terceira - Das penalidades, do Presente Contrato.

**3.1.37** - Adotar **CNPJ filial** específico, para movimentar os recursos financeiros transferidos pelo **CONTRATANTE** para execução do objeto deste contrato, em conta bancária específica e exclusiva, de modo a discriminar os tributos e demais despesas do presente Contrato, com o objetivo de não confundir os recursos próprios da instituição matriz, oriundos de outras fontes de financiamento, com os recursos repassados pelo **CONTRATANTE** para custeio das atividades da unidade de saúde objeto deste Contrato no prazo de até 90 (noventa) dias da assinatura do contrato.

**3.1.37.1** - Durante este período será utilizada a conta bancária específica para recebimento e movimentação dos valores recebidos pela prestação dos serviços objeto deste contrato no CNPJ Matriz da Entidade.

**3.1.38** - Prestar contas à **CONTRATANTE**, mensalmente, acerca da utilização dos recursos públicos repassados, dos serviços prestados e do atingimento aos índices e metas de desempenho pactuados.

**3.1.39** - Favorecer a efetiva redução de formalidades burocráticas e flexibilidade administrativa na prestação dos serviços de saúde, sem se descuidar dos princípios que regem a prestação dos serviços públicos de saúde;

**3.1.40** - Deverá garantir a execução do Acolhimento com Classificação de Risco, conforme Protocolo adotado pelo Município, bem como as atualizações do Protocolo, sistema e profissionais e tempos de atendimento conforme prioridade (cores) determinada.

**3.1.41** - Manter o funcionamento ininterrupto dos serviços, durante 24 horas, de segunda-feira a domingo, inclusive feriados.

AV. TALMA RIBEIRO RODRIGUES Nº 5416, PORTAL DE JACARAÍPE CEP: 29.173.795 - SERRA -ES - TEL.: (27)32527434-  
E-MAIL: CPL.CONTRATOS.SESA@SERRA.ES.GOV.BR- WWW.SERRA.ES.GOV.BR





PREFEITURA MUNICIPAL DA  
**SERRA**

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (SESA)**

**3.1.42** - Manter equipe mínima exigida para que não haja prejuízo de repasse orçamentário do Ministério da Saúde para o Município conforme estabelecido na Portaria vigente para UPA 24 horas Porte II.

**3.1.43** - Atender de imediato as solicitações e/ou projetos específicos da Secretaria municipal de Saúde, tais como: epidemias, calamidade pública, estado de emergência, e ações de utilidade pública na área de atuação;

**3.1.44** - Garantir que o processo de trabalho transcorra de forma organizada e sistematizada mesmo em períodos de greve e paralisações de quaisquer natureza;

**3.1.45** - Oferecer crachás, uniformes específicos para cada categoria profissional, onde conste a identificação da Organização Social com a informação que está a serviço da Prefeitura Municipal da Serra, para melhor identificação por parte dos munícipes, bem como equipamentos de proteção individual (EPI);

**3.1.46** - Manter registro atualizado e relatórios de todos os atendimentos, disponibilizando a qualquer momento ao contratante e auditorias do SUS, as fichas e prontuários da clientela, assim como os demais documentos que comprovem a confiabilidade e segurança dos serviços prestados;

**3.1.47** - Prestar assistência técnica e manutenção preventiva e corretiva de forma contínua, aos equipamentos e instalações hidráulicas, elétricas, predial e rede de gases em geral, incluindo equipamentos de comunicação;

**3.1.48** - Encaminhar ao contratante, nos prazos e instrumentos por ela definidos, os relatórios de atividades expressando a produtividade e qualidade da assistência oferecida aos usuários SUS, os relatórios de execução financeira expressando os gastos de custeio e investimento dos serviços, e os relatórios de execução fiscal tratando dos pagamentos de taxas e tributos, além de pagamento de pessoal e encargos trabalhistas, todos acompanhados das devidas comprovações;

**3.1.49** - Implantar um instrumento de pesquisa de satisfação pós-atendimento do usuário na Unidade e Serviços, no prazo de 60 (sessenta) dias contados a partir da data de assinatura do Contrato de Gestão, devendo o inquérito/questionário ser previamente submetido e aprovado pela Secretaria Municipal de Saúde da Serra;

**3.1.50** - Não adotar nenhuma medida unilateral de mudanças nos planos de trabalhos sem prévio relatório à Secretaria Municipal de Saúde e aprovação expressa pela mesma;

**3.1.51** - Desenvolver as atividades de vigilância em saúde, de acordo com as normas, legislação e diretrizes em vigor;

AV. TALMA RIBEIRO RODRIGUES Nº 5416, PORTAL DE JACARAÍPE CEP: 29.173.795 - SERRA - ES - TEL.: (27)32527434-  
E-MAIL: CPL.CONTRATOS.SESA@SERRA.ES.GOV.BR- WWW.SERRA.ES.GOV.BR



PREFEITURA MUNICIPAL DA  
**SERRA**

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (SESA)**

**3.1.52** - Garantir o acesso aos serviços prestados de forma integral e contínua dentro das metas pactuadas;

**3.1.53** - Utilizar ferramentas gerenciais que facilitem a horizontalização da gestão, da qualificação gerencial, profissional e educação permanente além do enfrentamento das questões corporativas, rotinas técnicas e operacionais e sistema de avaliação de custos e das informações gerenciais

**3.1.54** - Atualizar regularmente os sistemas de informações vigentes ou novos que venham a ser implementados em substituição ou em complementaridade aos atuais;

**3.1.55** - Desenvolver ações de Educação Permanente para os trabalhadores da **UPA CASTELÂNDIA**, objetivando o trabalho interdisciplinar, a diminuição da segmentação do trabalho e a implantação do cuidado integral;

**3.1.56** - Promover ambiência acolhedora à comunidade interna e externa dos serviços;

**3.1.57** - Restituir, em caso de desqualificação, ao Poder Público, o saldo dos recursos líquidos resultantes dos valores dele recebidos;

**3.1.58** - Prestar esclarecimentos a Secretaria Municipal de Saúde por escrito sobre eventuais atos ou fatos noticiados que envolvam a Organização Social contratada, independentemente de solicitação;

**3.1.59** - Formalizar a Secretaria Municipal de Saúde de eventual alteração de sua razão social ou de mudança em sua diretoria, ou estatuto, enviando-lhe no prazo de 30 (trinta) dias contados a partir da data do registro de alteração, acompanhado de cópia autenticada da Certidão da Junta Comercial ou do Cartório de registro Civil das Pessoas Jurídicas;

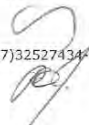
**3.1.60** - Desenvolver Ações/ Metas do Plano de Gerenciamento de resíduos de saúde conforme legislação vigente

**CLÁUSULA QUARTA – DOS RECURSOS HUMANOS**

**4.1** - A **CONTRATADA** utilizará os recursos humanos necessários e suficientes para a realização das ações previstas neste Contrato e seus Anexos, de acordo com um plano de gestão de recursos humanos da **CONTRATADA**, com funcionários admitidos mediante processo seletivo.

**4.2** - A **CONTRATADA** responderá pelas obrigações, despesas, encargos trabalhistas, securitários, previdenciários e outros, na forma da legislação em vigor, relativos aos empregados por ela contratados, necessários para a execução dos serviços objeto deste Contrato, respondendo em juízo ou fora deste, de

AV. TALMA RIBEIRO RODRIGUES Nº 5416, PORTAL DE JACARAÍPE CEP: 29.173.795 – SERRA -ES - TEL.: (27)32527434  
E-MAIL: CPL.CONTRATOS.SESA@SERRA.ES.GOV.BR- WWW.SERRA.ES.GOV.BR





PREFEITURA MUNICIPAL DA  
**SERRA**

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (SESA)**

forma integral e exclusiva, isentando o Município de Serra de quaisquer obrigações presentes e futuras, sendo-lhe defeso invocar a existência deste Contrato para eximir-se daquelas obrigações ou transferi-las à **CONTRATANTE**.

**4.3** - A **CONTRATADA** deverá utilizar como critério para remuneração dos empregados contratados a negociação e a celebração de acordos coletivos de trabalho vinculados ao cumprimento das metas estipuladas, à redução interna dos custos ou ao aumento da produtividade da instituição, sempre compatíveis com o praticado no mercado de trabalho.

**4.3.1** - A cada dissídio coletivo de categoria profissional, a contratada deverá encaminhar documentação para atualização da planilha de pessoal.

**4.4** - A **CONTRATADA**, em nenhuma hipótese, poderá ceder a qualquer instituição, pública ou privada, seus empregados.

**4.5** - A capacitação dos colaboradores da **CONTRATADA** será promovida e custeada pela mesma, cabendo a essa autorizar a participação em eventos.

**4.6** - A **CONTRATADA** se obriga a adotar práticas de gestão administrativa, necessárias e suficientes para coibir a obtenção, individual ou coletiva, de benefícios ou vantagens pessoais em decorrência de participação nas atividades da respectiva entidade.

**4.7** - A **CONTRATADA** deverá apresentar critérios objetivos de escolha, obedecendo aos princípios inscritos na Constituição Federal, tanto para a contratação de serviços e produtos, como para a seleção de pessoal.

**4.8** - A **CONTRATADA** deverá estipular limites e critérios para remuneração e vantagens, de qualquer natureza, a serem pagas aos dirigentes e empregados da Organização Social, no exercício de suas funções, com os recursos do Contrato de Gestão, não podendo ser remunerada à conta do Contrato de Gestão a participação de dirigentes e empregados nos órgãos deliberativo e de fiscalização.

**4.9** - A remuneração dos membros da Diretoria do PARCEIRO PRIVADO deverá se compatível com o praticado no mercado de trabalho.

**CLÁUSULA QUINTA - DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE**

**5.1** - Para a execução dos serviços objeto do presente contrato, a **CONTRATANTE** obriga-se a:

AV. TALMA RIBEIRO RODRIGUES Nº 5416, PORTAL DE JACARAÍPE CEP: 29.173.795 – SERRA -ES - TEL.: (27)32527434-  
E-MAIL: CPL.CONTRATOS.SESA@SERRA.ES.GOV.BR- WWW.SERRA.ES.GOV.BR



PREFEITURA MUNICIPAL DA  
**SERRA**

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (SESA)**

**5.1.1** - Programar no orçamento do Município, nos exercícios subsequentes ao da assinatura do presente Contrato, os recursos necessários, nos elementos financeiros específicos para custear a execução do objeto contratual, de acordo com o sistema de pagamento previsto no Anexo Técnico II- Sistema de Pagamento, que integra este instrumento;

**5.1.2** - Permitir o uso dos bens móveis e imóveis. Conforme Contrato de Gestão;

**5.1.3** - Inventariar e apurar a condição de uso, estado e conservação para atualização do Termo de Permissão de Uso;

**5.1.4** - Analisar, sempre que necessário e, no mínimo anualmente, a capacidade e as condições de prestação de serviços comprovadas por ocasião da qualificação da entidade como Organização Social, para verificar se ela ainda dispõe de suficiente nível técnico assistencial para a execução do objeto contratual.

**5.1.5** - Arcar com os custos das rescisões de Contratos de trabalho e encargos sociais e previdenciários a elas relacionados, quando da extinção do Contrato de Gestão.

**5.1.6** - Constituir Comissão de Monitoramento e Avaliação para fiscalização do Contrato, nos termos da Cláusula Sexta.

**CLÁUSULA SEXTA – DO ACOMPANHAMENTO, AVALIAÇÃO E FISCALIZAÇÃO**

**6.1** - A **CONTRATADA** prestará contas mensalmente acerca dos recursos públicos repassados, em conformidade com o Programa de Trabalho e com os índices de desempenho pactuados.

**6.1.1** - A prestação de contas conterá, no mínimo:

**I** - extrato completo da conta bancária específica, abrangendo a totalidade do período, demonstrando todas as receitas e despesas e realizando conciliação bancária, se for o caso;

**II** - documentos comprobatórios das despesas realizadas, tais como notas fiscais, folhas de pagamento, relatórios, resumo de viagem, ordens de tráfego, bilhetes de passagem, guias de recolhimento de encargos sociais e de tributos, entre outros, acompanhados de notas explicativas que demonstrem sua vinculação direta ou indireta com o objeto da parceria;

**III** - fotocópia dos cheques ou ordens bancárias emitidas;

**IV** - declaração do responsável, certificando que o material foi recebido ou o serviço prestado em conformidade com as especificações nele consignadas;

AV. TALMA RIBEIRO RODRIGUES Nº 5416, PORTAL DE JACARAÍPE CEP: 29.173.795 – SERRA – ES - TEL.: (27)32527434-  
E-MAIL: CPL.CONTRATOS.SESA@SERRA.ES.GOV.BR- WWW.SERRA.ES.GOV.BR



PREFEITURA MUNICIPAL DA  
**SERRA**

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (SESA)**

**V** – relatório contendo cotejo analítico entre as despesas realizadas e as previsões do Plano de Trabalho, atestando a aplicação dos recursos financeiros em plena consonância com as obrigações assumidas;

**VI** – relatório demonstrando o percentual de atingimento das metas e indicadores de desempenho pactuados em relação ao período em questão, contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados.

**VII** – relatório com a disponibilização de informações detalhadas de todo o pessoal contratado pela O.S. para execução do objeto pactuado, a exemplo de: nome, CPF, cargo, forma de contratação, carga horária, horas faltantes, CNES, salário, benefícios, encargos patronais e provisionamento para férias, 13º salário e rescisões;

**6.1.2** - ao final de cada exercício financeiro, a Organização Social deverá elaborar consolidação dos relatórios e demonstrativos de que trata este artigo e encaminhá-la à Secretaria Correspondente.

**6.2** - A Secretaria Municipal de Saúde será responsável pelo monitoramento, controle e avaliação dos serviços prestados, e instituirá a Comissão de Monitoramento e Avaliação para fiscalização do Contrato de Gestão para tal fim, por meio de Portaria da Secretaria Municipal de Saúde, no prazo máximo de 5 (cinco) dias após a assinatura deste Contrato.

**6.3** - A Comissão de Monitoramento e Avaliação analisará, mensalmente, a prestação de contas encaminhada pela **CONTRATADA**, elaborando relatório circunstanciado para avaliação e pontuação dos indicadores de qualidade constantes no Anexo Técnico III, que condicionam o pagamento do valor da parte variável descrita na Cláusula nona deste Contrato.

**6.3.1** - A verificação de que trata o item anterior, relativa ao cumprimento das diretrizes e metas definidas para a **CONTRATADA**, restringir-se-á aos resultados obtidos em sua execução, através dos indicadores de desempenho estabelecidos, em confronto com as metas pactuadas e com a economicidade no desenvolvimento das respectivas atividades, os quais serão consolidados pela Comissão de Monitoramento e Avaliação, a fim de possibilitar a avaliação trimestral.

**6.4** - Semestralmente, a **CONTRATANTE** procederá à análise das quantidades de atividades assistenciais, constantes do Anexo Técnico I, realizadas pela **CONTRATADA**, verificando e avaliando os desvios (para mais ou para menos) ocorridos em relação às quantidades estabelecidas neste Contrato de Gestão.

**6.4.1** - Da análise referida no item anterior, poderá resultar uma repactuação das quantidades de atividades assistenciais ora estabelecidas e seu correspondente reflexo econômico-financeiro, efetivada

AV. TALMA RIBEIRO RODRIGUES Nº 5416, PORTAL DE JACARAÍPE CEP: 29.173.795 - SERRA - ES - TEL.: (27)32527434-  
E-MAIL: CPL.CONTRATOS.SESA@SERRA.ES.GOV.BR- WWW.SERRA.ES.GOV.BR



PREFEITURA MUNICIPAL DA  
**SERRA**

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (SESA)**

através de Termo Aditivo ao Contrato de Gestão, acordada entre as partes nas respectivas reuniões para ajuste semestral e anual do **CONTRATO DE GESTÃO**.

**6.4.2** - A Comissão de Monitoramento e Avaliação, ao identificar que menos de oitenta por cento do volume resultante da apuração das quantidades de atividades assistenciais das linhas de serviços não tenham sido alcançados, comunicará o fato imediatamente ao gestor, para as providências de repactuação.

**6.5** - Além dos Relatórios Mensais e Semestrais de Fiscalização, a Comissão de Monitoramento e Avaliação elaborará, ao final de cada exercício, Relatório de Avaliação Anual e, ao final da parceria, Relatório de Avaliação Final, em que avalia o desempenho da **CONTRATADA**, o qual deverá ser disponibilizado em sítio eletrônico do **CONTRATANTE**.

**6.6** - A Comissão de Monitoramento e Avaliação poderá requerer à **CONTRATADA**, a qualquer momento, a apresentação de informações complementares e o detalhamento de tópicos e informações constantes nos relatórios e prestações de contas.

**6.7** - Os resultados alcançados deverão ser objeto de análise criteriosa da Comissão de Monitoramento e Avaliação, que norteará as correções que eventualmente se fizerem necessárias para garantir a plena eficácia do instrumento e, caso persistam as falhas, encaminhará Relatório para subsidiar a decisão do Secretário Municipal de Saúde acerca da manutenção da qualificação da Entidade como Organização Social.

**6.8** - Caso sejam apuradas quaisquer irregularidades na atuação da **CONTRATADA**, seja na prestação dos serviços, na utilização dos recursos públicos repassados ou no cumprimento das cláusulas do presente Contrato, esta será notificada para, no prazo máximo de 5 (cinco) dias úteis, apresentar justificativas ou providenciar as regularizações.

**6.8.1** - Das justificativas não aceitas será dado o prazo de 5 (cinco) dias para a apresentação de recurso ao Secretário Municipal de Saúde.

**6.8.2** - Se indeferido o recurso, o valor da despesa impugnada deverá ser ressarcido pela **CONTRATADA**, sem prejuízo da possibilidade de imposição de sanções.

**6.8.3** - Serão consideradas irregulares as despesas que, além de ofenderem os princípios da legalidade, moralidade e economicidade, não guardarem qualquer relação com o objeto contratual ou com o custeio da estrutura administrativa da entidade.

**6.9** - Os membros da Comissão de Monitoramento e Avaliação, ao tomarem conhecimento de qualquer irregularidade ou ilegalidade na utilização de recursos ou bens de origem pública por organização social, dela darão ciência ao Secretário Municipal de Saúde.

AV. TALMA RIBEIRO RODRIGUES Nº 5416, PORTAL DE JACARAÍPE CEP: 29.173.795 - SERRA - ES - TEL.: (27)32527434-  
E-MAIL: CPL.CONTRATOS.SESA@SERRA.ES.GOV.BR- WWW.SERRA.ES.GOV.BR



PREFEITURA MUNICIPAL DA  
**SERRA**

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (SESA)**

**6.9.1** – Qualquer cidadão, partido político, associação ou entidade sindical é parte legítima para denunciar irregularidades ou ilegalidades cometidas pelas entidades qualificadas como Organizações Sociais.

**6.10** – O presente Contrato de Gestão estará submetido aos controles externo e interno, ficando toda a documentação disponível a qualquer tempo sempre que requisitado.

**6.11** – O **CONTRATANTE** poderá contratar Verificador Independente para auxiliar no monitoramento do presente Contrato, arcando com os custos de referida contratação.

**CLÁUSULA SÉTIMA - DO PRAZO DE VIGÊNCIA**

**7.1** – O prazo de vigência do presente Contrato de Gestão terá duração por de 04 (quatro) anos, prorrogáveis por igual período, conforme § 1º do artigo 27 da Lei Municipal n. 3.778/2011, tendo por termo inicial o dia subsequente ao da publicação do seu resumo na imprensa oficial, podendo ser renovado, após demonstrada a consecução dos objetivos e das metas estabelecidas, e havendo concordância de ambas as partes.

**7.2**- Eventual renovação será procedida de respectivo Termo Aditivo, que deverá ser previamente submetido à Procuradoria Geral do Município.

**CLÁUSULA OITAVA - DOS RECURSOS FINANCEIROS**

**8.1** – Pela prestação dos serviços objeto deste Contrato, especificados no **ANEXO TÉCNICO I** - Descrição de Serviços, a **CONTRATANTE** repassará à **CONTRATADA**, no prazo e condições constantes neste instrumento, bem como no Anexo Técnico II- Sistema de Pagamento, a importância global estimada de **R\$ 24.219.678,90 (vinte e quatro milhões duzentos e dezenove mil seiscentos e setenta e oito reais e noventa centavos)**, referente aos primeiros 12 (doze) meses assistenciais do Contrato de Gestão.

**8.1.1** - Do montante global mencionado no "caput" desta cláusula, o valor de **R\$ 6.504.919,74 (seis milhões quinhentos e quatro mil novecentos e dezenove reais e setenta e quatro centavos)** é correspondente ao presente exercício financeiro, e **R\$ 17.714.759,22 (dezessete milhões setecentos e quatorze mil setecentos e cinquenta e nove reais e vinte e dois centavos)**, correspondente ao exercício de 2020, e onerará a **SESA, Atividade: 10.302.0190.2.195, Natureza da Despesa: 3.3.50.39.00 e Fonte de Recursos: 1.211.0000 e 1.212.0000**.

**8.1.2** - O valor restante correrá por conta dos recursos consignados nas respectivas leis orçamentárias, dos exercícios subsequentes.



PREFEITURA MUNICIPAL DA  
**SERRA**

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (SESA)**

**8.1.3** - Para aquisição de bens e/ou reforma predial será transferido à **CONTRATADA**, no primeiro ano, a importância de **R\$ 600.000,00 (seiscentos mil reais)**, correspondente a recursos de **INVESTIMENTO** na **UPA CASTELÂNDIA**, onerará a **SESA**, **Atividade: 10.302.0230.135**, **Natureza da Despesa: 4.4.50.51.00** e **Fonte de Recursos: 1.211.0000**.

**8.1.4** - Os recursos repassados remanescentes à **CONTRATADA** deverão ser por esta aplicados no mercado financeiro, desde que os resultados dessa aplicação se revertam, exclusivamente, aos objetivos deste **CONTRATO DE GESTÃO**, ficando a **CONTRATADA** responsável por eventual perda financeira decorrente de aplicação no mercado financeiro, comunicando imediatamente a **CONTRATANTE** o valor perdido.

**8.1.5** - Os recursos financeiros para a execução do objeto do presente **CONTRATO DE GESTÃO** pela **CONTRATADA** poderão ser obtidos mediante transferências provenientes do Poder Público, receitas auferidas por serviços que possam ser prestados sem prejuízo da assistência à saúde, doações e contribuições de entidades nacionais e estrangeiras, rendimentos de aplicações dos ativos financeiros da Organização Social e de outros pertencentes ao patrimônio que estiver sob a administração da Organização, ficando-lhe, ainda, facultado contrair empréstimos com organismos nacionais e internacionais.

**8.1.6** - A **CONTRATADA** deverá movimentar os recursos que lhe forem repassados pela **CONTRATANTE** em conta corrente específica e exclusiva, constando como titular a Organização Social contratada para a gestão de Unidade de Saúde, de modo a que não sejam confundidos com os recursos próprios da **ORGANIZAÇÃO SOCIAL CONTRATADA**.

**8.1.7** - Após o primeiro ano assistencial de implantação da Unidade, os valores pactuados neste Contrato serão obrigatoriamente revistos pela **CONTRATANTE**.

**8.2** - As alterações de valores e cronograma de desembolso devem ser realizadas mediante Termo Aditivo.

**8.3** - Sendo apurado saldo financeiro remanescente do Contrato de Gestão igual ou superior a 2 (duas) parcelas mensais vigentes, o **CONTRATANTE** poderá reter, a seu critério, valores de recursos financeiros, visando ajustar o saldo financeiro do referido Contrato.

**8.4** - É vedada a cobrança de "Taxa de Administração" por parte do **CONTRATADO**.

**8.4.1** - Entende-se por Taxa de Administração o repasse financeiro mensal para a matriz da instituição por meio da fixação de um percentual fixo, sem a devida demonstração da utilização deste valor.

AV. TALMA RIBEIRO RODRIGUES Nº 5416, PORTAL DE JACARAÍPE CEP: 29.173.795 - SERRA -ES - TEL.: (27)32527434-  
E-MAIL: CPL.CONTRATOS.SESA@SERRA.ES.GOV.BR- WWW.SERRA.ES.GOV.BR





PREFEITURA MUNICIPAL DA  
**SERRA**

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (SESA)**

**8.5** - As despesas administrativas necessárias para a adequada execução do Contrato de Gestão poderão ser apropriadas e compartilhadas com a matriz, desde que discriminadas e previamente aprovadas pelo CONTRATANTE, apontando detalhadamente como os recursos foram empregados no objeto contratual, evidenciando os reais custos administrativos.

**CLÁUSULA NONA - CONDIÇÕES DE PAGAMENTO**

**9.1** - Nos primeiros 12 (doze) meses referentes ao período assistencial do presente contrato, estima-se repassar **R\$ 24.219.678,90 (vinte e quatro milhões duzentos e dezenove mil seiscentos e setenta e oito reais e noventa centavos)** à **CONTRATADA**, sendo que a transferência à **CONTRATADA** será efetivada segundo o cronograma de desembolso apresentado pela entidade, nos termos do Edital.

**9.2** - A composição de cada parcela operacional é de **90%** referente à parte fixa e **10%** referente à parte variável do contrato, nos termos do Anexo Técnico II - Sistema de Pagamento.

**9.2.1** - Nos anos subsequentes, a liberação dos valores a serem repassados ocorrerá em 12 parcelas mensais, cujo valor corresponde a um valor fixo de 1/12 de 90% do orçamento anual e um valor correspondente a parte variável de **1/12 de 10%** do orçamento anual.

**9.2.2** - O Valor de investimento será repassado mensalmente, mediante apresentação de planilha de medição devidamente atestada, no período de até 120 dias.

**9.2.3** - As parcelas mensais serão pagas até o 5º (quinto) dia útil de cada mês.

**9.2.4** - As parcelas de valor variável serão pagas mensalmente, junto com a parte fixa do contrato, e os ajustes financeiros decorrentes da avaliação do alcance das metas da parte variável serão realizados nos meses de **Janeiro de 2020, Abril de 2020, Julho de 2020 e Outubro de 2020**, após análise dos indicadores estabelecidos no Anexo Técnico III - Indicadores de Qualidade.

**9.2.5** - Os valores de ajuste financeiro citados no parágrafo anterior serão apurados na forma disposta no Anexo Técnico II- Sistema de Pagamento, que integra o presente **CONTRATO**.

**9.3** - A **CONTRATANTE** exigirá, para liberação das parcelas devidas à **CONTRATADA**, a partir do segundo mês e assim sucessivamente, comprovantes de recolhimento dos encargos sociais, trabalhistas e tributários incidentes sobre o serviço, ficando a liberação do pagamento condicionada à efetiva quitação dos encargos.

**9.3.1** - Na oportunidade da liberação das parcelas, serão exigidas, ainda, as certidões de regularidade fiscal da **CONTRATADA** emitidas pela União Federal (Receita Federal e Dívida Ativa), Fazenda Estadual,

AV. TALMA RIBEIRO RODRIGUES Nº 5416, PORTAL DE JACARAÍPE CEP: 29.173.795 - SERRA - ES - TEL.: (27)32527434-  
E-MAIL: CPL.CONTRATOS.SESA@SERRA.ES.GOV.BR- WWW.SERRA.ES.GOV.BR

*e*  
*o*  
*es*

*B*



PREFEITURA MUNICIPAL DA  
**SERRA**

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (SESA)**

Fazenda Municipal, FGTS e INSS, bem como comprovantes de pagamento dos encargos sociais, trabalhistas e tributários incidentes sobre a prestação de serviço.

**CLÁUSULA DÉCIMA - DA ALTERAÇÃO CONTRATUAL**

**10.1** - As metas pactuadas e os recursos financeiros poderão ser alterados, parcial ou totalmente, através de Termo Aditivo, desde que os pedidos de aditamento sejam previamente avaliados pela Comissão de Monitoramento e Avaliação, visando incentivar o planejamento real no plano de trabalho das participantes, mediante análise e parecer da Procuradoria Geral do Município, devendo ser autorizado pelo Secretário Municipal de Saúde.

**10.2** - A qualquer tempo, poderá ocorrer repactuação das metas ora estabelecidas e seu reflexo econômico-financeiro, efetivada através de Termo Aditivo ao Contrato de Gestão, caso seja necessário, sendo previamente avaliados pela Comissão de Monitoramento e Avaliação.

**CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DA RESCISÃO**

**11.1** - A rescisão do presente Contrato obedecerá às disposições contidas nos artigos 77 a 80 da Lei Federal nº 8.666/93, e alterações posteriores, no que couber.

**11.2** - Verificada qualquer hipótese ensejadora da rescisão contratual, a **CONTRATANTE** providenciará rescisão do Termo de Permissão de Uso, não cabendo à entidade direito a qualquer indenização, salvo na hipótese prevista no § 2º do artigo 79 da Lei federal nº 8.666/93.

**11.3** - Ao término do contrato, independentemente do motivo da extinção do vínculo contratual, a **CONTRATANTE** arcará com os custos relativos à dispensa do pessoal empregado pela **CONTRATADA** para execução do objeto deste contrato.

**11.3.1** - A **CONTRATADA** deverá disponibilizar, em tempo hábil, o cálculo das rescisões de Contratos de trabalhos e encargos sociais e previdenciários em caso de extinção do contrato de gestão, bem como apresentar, anualmente, relatório da estimativa do cálculo das rescisões trabalhistas.

**11.4** - Em qualquer caso de rescisão, a **CONTRATADA** se obriga a continuar prestando os serviços ora contratados por um prazo mínimo de 180 (cento e oitenta) dias, contados a partir da denúncia/rescisão do Contrato, desde que seja mantido o repasse financeiro regularizado conforme o contrato de gestão.

**11.5** - A **CONTRATADA** terá o prazo máximo de 120 (cento e vinte) dias, a contar da data da rescisão do Contrato, para quitar suas obrigações e prestar as contas finais de sua gestão à **CONTRATANTE**, devolvendo eventual saldo de recursos financeiros e materiais não aplicados no objeto do Contrato.

AV. TALMA RIBEIRO RODRIGUES Nº 5416, PORTAL DE JACARAÍPE CEP: 29.173.795 - SERRA - ES - TEL.: (27)32527434-  
E-MAIL: CPL.CONTRATOS.SESA@SERRA.ES.GOV.BR- WWW.SERRA.ES.GOV.BR



PREFEITURA MUNICIPAL DA  
**SERRA**

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (SESA)**

**CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DA INTERVENÇÃO DO MUNICÍPIO NO SERVIÇO TRANSFERIDO**

**12.1** - A intervenção do Município nas atividades transferidas obedecerá às disposições contidas no artigo 35 da Lei Municipal nº.3.778/2011 e artigos 34 a 36 do Decreto Municipal nº. 3.188/2018, bem como alterações posteriores.

**12.2** - Na hipótese de descumprimento quanto a regular observância das obrigações assumidas no Contrato de Gestão, deverá o Município assumir a execução dos serviços pactuados, observado o prazo de duração da vigência da intervenção.

**12.2.1** - A intervenção no serviço transferido será feita por meio de Portaria do Secretário Municipal de Saúde, declarando as razões para a suspensão do Contrato de Gestão, indicando o interventor e mencionará os objetivos, limites e duração, a qual não ultrapassará 180 (cento e oitenta) dias.

**12.2.2** - Declarada a intervenção, o Secretário Municipal de Saúde deverá, no prazo de 30 (trinta) dias, contados da publicação do ato respectivo, instaurar procedimento administrativo para apurar as causas determinantes da medida e definir responsabilidades, assegurado o direito de ampla defesa.

**12.2.3** - Cessadas as causas determinantes da intervenção e não constatada responsabilidade dos gestores, a Organização Social retomará a execução dos serviços.

**12.2.4** - Comprovado o descumprimento das obrigações legais e/ou contratuais, será declarada a desqualificação da entidade como Organização Social, e rescindido o Contrato firmado, sem prejuízo das demais sanções cabíveis, especialmente quanto à responsabilidade dos seus órgãos de administração.

**12.2.5** - Enquanto durar a intervenção, os atos praticados pelo interventor deverão seguir todos os procedimentos legais que regem a Administração Pública Municipal.

**CLÁUSULA DÉCIMA-TERCEIRA - DAS PENALIDADES**

**13.1** - Além da responsabilização por atos praticados contra a administração pública, na forma da Lei 12.846/2013, a inobservância, pela **CONTRATADA**, de cláusula ou obrigação constante deste contrato e seus Anexos, ou de dever originado de norma legal ou regulamentar pertinente, autorizará a **CONTRATANTE**, garantida a prévia defesa, a aplicar, em cada caso, as sanções previstas nos artigos 81, 86, 87 e 88 da Lei federal nº 8.666/93 e alterações posteriores, combinado com o disposto no § 2º do artigo 7º da Portaria nº. 1.286/93, do Ministério da Saúde, e Decreto Municipal nº 7052/2016, quais sejam:

- a) Advertência;



PREFEITURA MUNICIPAL DA  
**SERRA**

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (SESA)**

- b) Multa;
- c) Suspensão temporária de participar de licitações, editais de chamamento público para seleção de projetos e de contratar com a Administração, por prazo não superior a 2 (dois) anos;
- d) Declaração de inidoneidade para licitar e contratar com a Administração Pública, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação perante a própria autoridade que aplicou a penalidade, que será concedida sempre que a **CONTRATADA** ressarcir a Administração pelos prejuízos resultantes e após decorrido o prazo da sanção aplicada com base na alínea "c".

**13.1.1** - A imposição das penalidades previstas nesta Cláusula dependerá da gravidade do fato que as motivar, considerada sua avaliação na situação e circunstâncias objetivas em que ele ocorreu, e dela será notificada a **CONTRATADA**.

**13.1.2** - Dependendo da obrigação não cumprida, a **CONTRATANTE** poderá aplicar multa de até 5% (cinco por cento) sobre o valor do Contrato, aplicada de acordo com a gravidade da infração e proporcionalmente às parcelas não executadas.

**13.1.3** - Nas reincidências específicas, a multa corresponderá ao dobro do valor da que tiver sido inicialmente imposta, observando-se sempre o limite de 20% (vinte por cento).

**13.1.4** - O valor da multa que vier a ser aplicada será comunicado à **CONTRATADA**, garantindo-lhe pleno direito de defesa.

**13.1.5** - O atraso injustificado no cumprimento das obrigações contratuais sujeitará a **CONTRATADA** à multa de mora de até 1% (um por cento) por dia útil que exceder o prazo estipulado, a incidir sobre o valor da transferência mensal, respeitado o limite do art. 412 do Código Civil, sem prejuízo da possibilidade de rescisão unilateral do contrato pelo **CONTRATANTE** ou da aplicação das sanções administrativas.

**13.1.6** - As sanções previstas nas alíneas "a", "c" e "d" desta Cláusula poderão ser aplicadas junto a aquela prevista na alínea "b".

**13.2** - As sanções administrativas somente serão aplicadas mediante regular processo administrativo, assegurada a ampla defesa e o contraditório, observando-se as seguintes regras:

- a) Antes da aplicação de qualquer sanção administrativa, a Secretaria Municipal de Saúde deverá notificar a **CONTRATADA**, facultando-lhe a apresentação de defesa prévia;

AV. TALMA RIBEIRO RODRIGUES Nº 5416, PORTAL DE JACARAÍPE CEP: 29.173.795 - SERRA - ES - TEL.: (27)32527434 -  
E-MAIL: CPL.CONTRATOS.SESA@SERRA.ES.GOV.BR - WWW.SERRA.ES.GOV.BR



PREFEITURA MUNICIPAL DA  
**SERRA**

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (SESA)**

b) A notificação deverá ocorrer pessoalmente ou por correspondência e com aviso de recebimento, indicando, no mínimo: a conduta do contratado reputada como infratora, a motivação para aplicação da penalidade, a sanção que se pretende aplicar, o prazo e o local de entrega das razões de defesa;

c) O prazo para apresentação de defesa prévia será de 05 (cinco) dias úteis a contar da intimação, exceto na hipótese de declaração de inidoneidade, em que o prazo será de 10 (dez) dias consecutivos, devendo, em ambos os casos, ser observada a regra do artigo 110 da Lei Federal nº 8.666/93.

**13.3** - A imposição de qualquer das sanções estipuladas nesta cláusula não elidirá o direito de a **CONTRATANTE** exigir indenização integral dos prejuízos que o fato gerador da penalidade acarretar para os órgãos gestores do SUS, seus usuários e terceiros, independentemente das responsabilidades atribuíveis ao autor do fato.

**CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS**

**14.1** - É vedada a cobrança por serviços médicos, hospitalares ou outros complementares da assistência devida ao paciente.

**14.2**- Sem prejuízo do acompanhamento, da fiscalização e da normatividade suplementar exercidas pela **CONTRATANTE** sobre a execução do presente Contrato, a **CONTRATADA** reconhece a prerrogativa de controle e autoridade normativa genérica da direção nacional do Sistema Único de Saúde-SUS, decorrente da Lei nº 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde), ficando certo que a alteração decorrente de tais competências normativas será objeto de termo aditivo, ou de notificação dirigida à **CONTRATADA**.

**14.3** - Os casos omissos ou excepcionais, assim como, as dúvidas surgidas ou cláusulas não previstas neste instrumento, em decorrência de sua execução, serão dirimidas mediante acordo entre as partes, bem como pelas normas que regem o Direito Público e em última instância pela autoridade judiciária competente.

**CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA - DA PUBLICAÇÃO**

**15.1** - O **CONTRATO DE GESTÃO** será publicado no Diário Oficial do Município, no prazo máximo de 20 (vinte) dias, contados da data de sua assinatura.



PREFEITURA MUNICIPAL DA  
**SERRA**


**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (SESA)**

**CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA - DO FORO**

**16.1** - Fica eleito o Foro de Serra/ES, com renúncia de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para dirimir quaisquer questões oriundas deste contrato, que não puderem ser resolvidas pelas partes.

E, por estarem justas e contratadas, assinam o presente contrato em 03 (três) vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo.

Serra/ES, 15 de julho de 2019.

  
**AUDIFAX CHARLES PIMENTEL BARCELOS**

Prefeito Municipal  
Contratante

  
**ALEXANDRE CAMILO FERNANDES VIANA**

Secretário Municipal de Saúde  
CONTRATANTE

  
**IESP - INSTITUTO ESPERANÇA**  
CONTRATADA

**Testemunhas:**

1) \_\_\_\_\_

Nome:

RG:

2) \_\_\_\_\_

Nome:

RG:



PREFEITURA MUNICIPAL DA  
**SERRA**

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (SESA)**

**ANEXO I**

**TERMO DE REFERÊNCIA PARA UPAs DE CASTELÂNDIA (LOTE 2)**

**OBJETIVO:**

Fornecer informações às entidades qualificadas como Organização Social no Município de Serra e interessadas em celebrar Contrato de Gestão para o gerenciamento e operacionalização das ações na **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO SERRA SEDE (UPA SERRA SEDE) E UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO CASTELÂNDIA (UPA CASTELÂNDIA)**

**JUSTIFICATIVA:**

O modelo de parceria com entidades sem finalidade lucrativa, qualificadas como Organização Social de Saúde, regulamentado por meio de legislação própria (Lei Municipal nº. 3.778/2011 Decreto Municipal nº. 3.188/2018 com nova redação dada pelo Decreto n. 5.430/2019, de 28 de fevereiro de 2019, Lei Federal n.º 9.637/1998, artigo 24, XXIV da Lei 8.666/93, e demais disposições legais aplicáveis) foi adotado pela Gestão Municipal de Serra para o gerenciamento de serviços públicos de saúde e envolve os seguintes aspectos:

Transferência dos serviços para setor público não estatal com separação entre órgão financiador e definidor das políticas públicas de saúde (Poder Público) e entidades executoras das ações e atividades de saúde (Organizações sociais).

Estruturação de parcerias para descentralizar e diversificar as atividades relativas à prestação de serviços de saúde.

Incremento da força de trabalho da administração pública e ampliação quantitativa da oferta de serviços de saúde.

A implantação do novo modelo de contratualização de serviços de saúde através dessas parcerias é a estratégia atualmente adotada pelo Município de Serra, a exemplo de diversos Estados e Municípios da Federação, para aprimorar a administração pública e obter melhor eficiência, qualidade e adaptabilidade ao ambiente socioeconômico dinâmico da sociedade, em um modelo que fortaleceu a separação das funções de financiamento e contratualização de serviços de saúde, daquelas relacionadas à prestação dos serviços assistenciais.

Esta inovação exige um processo de ajuste organizacional da administração pública. Assim, desde o início do projeto e de maneira continuada, devem ser desenvolvidas atividades de adequação dos procedimentos e rotinas de trabalho institucionais, alinhadas às características do novo modelo de gestão com as entidades parcerias, em apoio à consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Nesse processo, a Secretaria Municipal de Saúde de Serra deve buscar estruturar ainda modificações essenciais relacionadas ao modelo de prestação de contas relativas aos contratos públicos, modelo de pagamento, modelo de contrato de gestão, incorporação dos provedores ao processo de contratação de serviços e, finalmente, avaliação do processo em seu conjunto.



PREFEITURA MUNICIPAL DA  
**SERRA**

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (SESA)**

Diferentes aspectos conceituais, operacionais e de controle do modelo de gestão em parceria com entidades sem fins econômicos precisam ser estruturados, com foco no incremento de qualidade e eficiência permanentes, sendo eles:

Relativos à Atuação do Poder Público:

- Definição do modelo de instrumento de contratação desses serviços de gerenciamento das unidades e prestação das ações de saúde e seus critérios para a formalização dos Contratos.
- Mecanismos de controle e fiscalização da execução contratual e atendimento dos resultados esperados.

Relativos à Atuação das Entidades Parceiras:

- Resultados assistenciais quantitativos e qualitativos alcançados na execução dos contratos de gestão;
- Desempenho econômico-financeiro relativo à execução das ações e serviços de saúde contratados;
- Qualidade das informações relativas às prestações de contas das entidades contratadas;
- Processos de gerenciamento das unidades de saúde e prestação dos serviços em relação aos demais equipamentos da rede assistencial;
- Relação com as demais instâncias de gestão do SUS local;
- Relação com as demais instâncias ou espaços formais de controle social e fiscalização da prestação dos serviços públicos de saúde;
- Entre estes aprimoramentos instituídos ou planejados pela gestão municipal, podemos destacar o fortalecimento do papel do Poder Público como gestor e definidor das políticas que devem ser executadas; a regulação estatal dos processos de gestão dos bens públicos; o aperfeiçoamento da avaliação, controle e fiscalização dos contratos de gestão com atuação de equipe qualificada em gestão por resultados; a maior publicização das informações de prestação de contas, objetivando maior transparência do modelo de parcerias; e ajustes do instrumento contratual objetivando adoção de novos parâmetros de desempenho, eficiência e pagamentos mediante os resultados alcançados.

Portanto, no conjunto de decisões tomadas com o objetivo estratégico de fortalecer o modelo para melhorar resultados obtidos através das parcerias com as Entidades contratadas e aprimorar continuamente as funções do Poder Público na questão do controle, avaliação e fiscalização, ressaltam-se algumas prioridades de trabalho, neste âmbito, quais sejam:

- Estruturação e desenvolvimento do modelo de parcerias com o terceiro setor por meio de planejamento de resultados e consequentes ajustes dos Contratos de Gestão;
- Modificação e aprimoramento contínuo do processo de controle, acompanhamento e avaliação desses serviços de saúde contratualizados;
- Informatização do processo de acompanhamento e avaliação dos serviços de saúde no âmbito dos Contratos de Gestão;

A organização e funcionamento das instâncias administrativas e de controle dos órgãos públicos têm sido aprimorados nos últimos anos, entretanto, o setor saúde convive com duas realidades distintas: por um lado, a necessidade de cumprir os procedimentos e trâmites burocráticos instituídos pela legislação vigente

AV. TALMA RIBEIRO RODRIGUES Nº 5416, PORTAL DE JACARAÍPE CEP: 29.173.795 – SERRA – ES – TEL.: (27)32527434-  
E-MAIL: CPL.CONTRATOS.SESA@SERRA.ES.GOV.BR- WWW.SERRA.ES.GOV.BR





PREFEITURA MUNICIPAL DA  
**SERRA**

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (SESA)**

e, por outro, responder as necessidades de saúde da população do município, por meio da oferta de ações e serviços de saúde de urgência e emergência e de média e alta complexidade nas unidades de saúde de propriedade do Município de Serra.

A decisão pelo estabelecimento de parceria com Organização Social de Saúde leva em consideração metodologias já existentes no mercado fomentado por modelos de organizações que atuam na área, apresentando significativos resultados de êxito, no tocante aos princípios da economicidade, efetividade, vantajosidade, qualidade dos serviços e aplicação dos dividendos excedentes na evolução da instituição, trazendo a confiabilidade no sistema.

A busca pela eficiência, efetividade e vantajosidade dos serviços de assistência médicas prestadas à população do Município de Serra foi pautada em obedecer aos princípios e diretrizes do SUS, atendendo às políticas públicas definidas para a regionalização da saúde, garantindo atendimento prioritário de 100% da demanda por meio de metas pré-fixadas estabelecidas em Contrato de Gestão, melhorando o serviço ofertado ao usuário SUS com assistência humanizada e garantindo a equidade na atenção com acesso para serviços e ações de saúde integrais.

A garantia da oferta de ações e serviços de saúde pelas unidades hospitalares sob gerenciamento de entidades parceiras deve ser estabelecida no instrumento de Contrato de Gestão, nos quais são detalhadas as metas de produção a serem alcançadas, os indicadores de avaliação de desempenho e o processo de acompanhamento rotineiro, procurando garantir que a unidade apresente os resultados planejados.

O Contrato de Gestão proposto estabelece ainda uma metodologia de penalização financeira por não cumprimento de metas operacionais. Outro fator importante é a avaliação da parte variável que será realizada em regime trimestral, podendo gerar um ajuste financeiro a menor nos meses subsequentes, dependendo do percentual de alcance dos indicadores. Em regime semestral se procederá à análise das quantidades de atividades assistenciais realizadas pela unidade verificando e avaliando os desvios (para mais ou para menos) ocorridos em relação às quantidades estabelecidas no Contrato de Gestão, podendo gerar desconto financeiro pelo não cumprimento de meta. Da referida análise poderá resultar uma repactuação das quantidades de atividades assistenciais ora estabelecidas e seu correspondente reflexo econômico-financeiro, efetivada através de novo Termo Aditivo, acordados entre as partes nas respectivas reuniões para ajustes no referido instrumento.

Em nenhum momento, a política pública de saúde deixará de ser responsabilidade do poder público (governo municipal). Mesmo administrado e prestado por uma entidade privada sem fins lucrativos, caso haja problema no atendimento e insatisfação dos usuários em relação ao serviço, a entidade será notificada e deverá explicar os motivos dos problemas ocorridos.

AV. TALMA RIBEIRO RODRIGUES Nº 5416, PORTAL DE JACARAÍPE CEP: 29.173.795 – SERRA – ES – TEL.: (27)32527434-  
E-MAIL: CPL.CONTRATOS.SESA@SERRA.ES.GOV.BR- WWW.SERRA.ES.GOV.BR



PREFEITURA MUNICIPAL DA  
**SERRA**

### **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (SESA)**

O modelo da administração direta, fundamentado no paradigma burocrático, não mais propicia o alcance de resultados esperados por uma sociedade cada vez mais exigente e conhecedora de seus direitos e deveres no exercício pleno da cidadania.

Nos últimos anos a as UPAS de Carapina/Serra Sede vem passando por uma série de dificuldades operacionais que incluem:

- Dificuldades em garantir recursos para a manutenção da estrutura física da unidade e renovação do parque tecnológico com incorporação de avanços científicos de cada setor;
- Dificuldades de manutenção de escalas médicas completas e salários competitivos com o mercado. É notória a dificuldade em desenvolver e reter o pessoal, além de mantê-lo adequadamente treinado e atualizado. Além disso, em uma unidade pública, cerca de 70% da despesa destina-se ao pagamento de salários e encargos com recursos humanos, que exige recrutamento adequado, treinamento constante e substituição ágil.
- Dificuldades na gestão de recursos Humanos.
- Obrigação de comprar serviços por meio de licitação pública, processo burocrático que não atende às peculiaridades do setor saúde em relação à agilidade e urgência de algumas aquisições.

Por essas razões, a Secretaria de Saúde do Município de Serra, na busca do aprimoramento e da eficiência na prestação dos serviços públicos de saúde, adotou o modelo de gestão em parceria por meio de Contrato de Gestão com entidade do terceiro setor qualificada como Organização Social (OS) para o gerenciamento da **UPA DE CASTELÂNDIA (LOTE 2)** com a missão de assumir atendimentos de urgência e emergência de adultos e crianças, no município de Serra, com os seguintes objetivos:

- Melhorar a qualidade do serviço ofertado ao usuário SUS com assistência humanizada;
- Potencializar a qualidade na execução dos serviços de saúde e atendimento à população, com equipe de saúde integralmente responsável pelo usuário a partir do momento de sua chegada, devendo proporcionar um atendimento acolhedor e que respeite as especificidades socioculturais;
- Implantar um modelo de gerenciamento voltado para resultados;
- Apoiar as necessidades dos serviços de Atenção Básica de Saúde, com realização de consultas médicas de Urgência e Emergência, Serviços de Apoio e Terapêutico, Atendimento de Serviço Social e Serviço de Enfermagem.
- Prescrições de medicamentos preferencialmente conforme protocolos do **MUNICÍPIO DA SERRA**.
- Ampliar a capacidade decisória do gestor do serviço de saúde;
- Implantar um modelo de gerência dentro da concepção administrativa por objetivos, onde preponderam os resultados alcançados face às metas pactuadas;



PREFEITURA MUNICIPAL DA  
**SERRA**

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (SESA)**

**A URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NO CONTEXTO DO SUS**

A Urgência e Emergência se constitui em um importante componente da assistência à saúde, com crescente demanda por serviços nos últimos anos. O crescimento do número de acidentes e da violência urbana e a insuficiente estruturação da rede têm contribuído decisivamente para a sobrecarga de serviços de Urgência e Emergência disponibilizados para o atendimento da população, transformado esta área em uma das mais problemáticas do Sistema de Saúde.

O aumento dos casos de acidentes e violência tem forte impacto sobre o SUS e sobre o conjunto da sociedade. Na assistência esse impacto pode ser medido diretamente pelo aumento dos gastos realizados com internação hospitalar, assistência em UTI e na alta taxa de permanência hospitalar deste perfil de pacientes. Na questão social, pode ser verificado pelo aumento de 30% no índice APVP (Anos Potenciais de Vida Perdidos) em relação a acidentes e violências nos últimos anos, enquanto por causas naturais esse dado encontra-se em queda.

A Assistência às Urgências se dá, ainda hoje, predominantemente nos serviços que funcionam exclusivamente para esse fim – os tradicionais prontos-socorros – estando estes adequadamente estruturados e equipados ou não. Abertos nas 24 horas do dia, esses serviços acabam por funcionar como “porta de entrada” do sistema de saúde, acolhendo pacientes de urgência propriamente dita, pacientes com quadros percebidos como urgências, pacientes que não conseguem atendimento na atenção primária e na especializada, além das urgências sociais.

Tais demandas misturam-se nas unidades de urgência, superlotando-as e comprometendo a qualidade da assistência prestada à população. Essa realidade assistencial é, ainda, agravada por problemas organizacionais desses serviços como, por exemplo, a falta de triagem de risco, o que determina o atendimento por ordem de chegada sem qualquer avaliação prévia do caso, acarretando, muitas vezes, graves prejuízos aos pacientes.

As portas de urgência constituem-se em importante observatório da condição de saúde da população e da atuação do sistema de saúde. É nelas onde primeiro se mostram os agravos inusitados à saúde da população, sendo, portanto, importante fonte de informação em tempo real para as ações de vigilância em saúde. Assim, é observada uma alta incidência de atropelamentos ocorridos numa mesma região, elevado número de casos de trabalho de parto prematuro, pacientes com insuficiência renal crônica, com quadros de diabetes mellitus descompensada, crises asmáticas de repetição, ferimentos em crianças e tantos outros, sem que quaisquer atitudes sejam efetivamente tomadas em relação a esses eventos.

A Rede de Atenção às Urgências e Emergências no âmbito do SUS prevê a ampliação e qualificação das Portas de Entrada Hospitalares de Urgência; das enfermarias clínicas de retaguarda; das enfermarias de retaguarda de longa permanência e dos leitos de terapia intensiva e a adoção das linhas de cuidados prioritárias de traumatologia, cardiovascular e cerebrovascular e tem como diretrizes:

- I** – Universalidade, equidade e integralidade no atendimento às urgências;
- II** – Humanização da atenção, garantindo efetivação de um modelo centrado no usuário e baseado nas suas necessidades de saúde;



PREFEITURA MUNICIPAL DA  
**SERRA**

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (SESA)**

**III** – Atendimento priorizado, mediante acolhimento com Classificação de Risco, segundo grau de sofrimento, urgência e gravidade do caso;

**IV** – Regionalização do atendimento às urgências, com articulação dos diversos pontos de atenção e acesso regulado aos serviços de saúde;

**V** – Atenção multiprofissional, instituída por meio de práticas clínicas cuidadoras e baseada na gestão de linhas de cuidado.

Sua organização obedece aos seguintes critérios:

I – Utilização de protocolo único de Classificação de Risco;

II – Fluxos de encaminhamento, após a classificação dos riscos, desenhados e pactuados internamente para cada instituição e responsabilizados nominalmente pelos respectivos trabalhadores, com descrição e aceitação dos papéis propostos;

III – Discussão do fluxo de encaminhamento de responsabilização coletiva, assinada por todos que se responsabilizam pelos serviços dessa rede;

IV – Pactuação dos fluxos de encaminhamento pós-classificação de risco entre todos os atores do serviço, de todos os níveis de atenção, compartilhada por uma estrutura reguladora também responsável pelo transporte da pessoa usuária, se necessário, até o destino pactuado;

V – Compartilhamento das regras com as estruturas de logística (regulação, SAMU, prontuário eletrônico) que se responsabilizam pelos resultados;

VI – Informatização dos processos.

Em relação à classificação de riscos, há evidências sobre o bom funcionamento dos protocolos de classificação de risco, tanto em avaliações mais globais, quanto em áreas específicas como as causas externas, as doenças cardiovasculares e a pediatria.

**LOTE 2 – A UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DE CASTELÂNDIA (UPA CASTELÂNDIA)**

A **UPA CASTELÂNDIA** será administrada pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e com prestação de serviços exclusivos ao SUS, atenderá prioritariamente casos de urgência e emergência ADULTO E INFANTIL em regime de 24 horas por meio de demanda espontânea da população (regime de pronto atendimento), referenciada pela Atenção Básica e encaminhados pelo **SAMU**.

A **UPA CASTELÂNDIA** configurar-se-á como serviço de saúde com estrutura e complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde e o atendimento de Alta Complexidade Hospitalar. Essa unidade, integrante do Sistema Municipal de Urgência e Emergência e de sua respectiva assistência, estará apta a prestar atendimento resolutivo aos pacientes acometidos por quadros agudos ou crônicos agudizados com atendimento 24 horas.

A população beneficiada com a **UPA CASTELÂNDIA** é de **507 598** habitantes. A área de abrangência é representada por todo o Município de Serra (IBGE, 2018).

AV. TALMA RIBEIRO RODRIGUES Nº 5416, PORTAL DE JACARAÍPE CEP: 29.173.795 – SERRA – ES TEL.: (27)32527434-  
E-MAIL: CPL.CONTRATOS.SESA@SERRA.ES.GOV.BR- WWW.SERRA.ES.GOV.BR



PREFEITURA MUNICIPAL DA  
**SERRA**

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (SESA)**

A **UPA CASTELÂNDIA** disponibilizará diariamente atendimento de urgência 24 horas por dia, ininterruptamente, considerados como tais os atendimentos não programados e que, após estabilização das condições clínicas, referenciará pacientes para a internação em unidades hospitalares por meio da Central de Regulação de Vagas da Secretaria de Saúde de Estadual.

A **UPA CASTELÂNDIA** deverá disponibilizar diariamente os profissionais relacionados no dimensionamento de pessoal médico baseado na Resolução n.º 2.077/14 do Conselho Federal de Medicina – Anexo I – “Quantificação da equipe médica”.

A **UPA CASTELÂNDIA** contará com 09 consultórios médicos (adulto e infantil), 03 salas de acolhimento para ACCR, 01 sala de sutura, 01 sala de ECG, 01 sala de curativo, 01 sala de emergência, 01 sala de medicação, 01 sala de nebulização, 01 sala de parto de emergência, 01 sala de atendimento odontológico, 24 horas/07 dias na semana.

**ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA ADULTO E INFANTIL**

Serão considerados atendimentos de Urgência aqueles não programados, que sejam dispensados pelo serviço de Urgência da Unidade da **UPA CASTELÂNDIA**, a usuários que procurem tal atendimento por ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial ou iminente de vida, cujo portador necessite de assistência médica imediata, durante as 24 horas do dia, todos os dias do ano.

A série histórica de atendimentos de emergência teve como base nos atendimentos realizados na UPA DE SERRA SEDE nos últimos 12 (doze) meses (janeiro a dezembro de 2018) revelou uma média mensal global de 12.912 consultas de urgência, sendo de 8.640 a média mensal de consultas em Clínica Médica (Adulto) e de 4.272 a média mensal de consultas em Clínica Pediátrica (Infantil).

Número Total de Atendimentos Adulto e Infantil 2018.

Mês	UPA Serra
Janeiro	13056
Fevereiro	11282
Março	13403
Abril	14177
Maio	14304
Junho	12343
Julho	12648
Agosto	12.343
Setembro	12.098
Outubro	13.065
Novembro	12.693

AV. TALMA RIBEIRO RODRIGUES Nº 5416, PORTAL DE JACARAÍPE CEP: 29.173.795 – SERRA – ES – TEL.: (27)32527434  
E-MAIL: CPL.CONTRATOS.SESA@SERRA.ES.GOV.BR- WWW.SERRA.ES.GOV.BR



PREFEITURA MUNICIPAL DA  
**SERRA**

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (SESA)**

Dezembro	13.537
<b>Total:</b>	<b>154.949</b>
<b>Média Mensal</b>	<b>12.912</b>

Fonte: GTI Secretaria de Saúde Serra – consultawww.gti-sesa.com.br, acesso em 26/02/2019

**PS Adulto 2018**

Mês	UPA Serra
Janeiro	8946
Fevereiro	7841
Março	8642
Abril	9060
Maio	9337
Junho	8437
Julho	8788
Agosto	8.465
Setembro	8.168
Outubro	8.541
Novembro	8.508
Dezembro	8.949
<b>Total:</b>	<b>103.682</b>
<b>Média Mensal</b>	<b>8.640</b>

Fonte: GTI Secretaria de Saúde Serra – consulta www.gti-sesa.com.br, acesso em 26/02/2019

**PS Infantil 2018**

Mês	UPA Serra
Janeiro	4110
Fevereiro	3441
Março	4761
Abril	5117
Maio	4967
Junho	3906
Julho	3860
Agosto	3.878
Setembro	3.930
Outubro	4.524
Novembro	4.185
Dezembro	4.588

AV. TALMA RIBEIRO RODRIGUES Nº 5416, PORTAL DE JACARAÍPE CEP: 29.173.795 – SERRA – ES – TEL.: (27)32527434  
E-MAIL: CPL.CONTRATOS.SESA@SERRA.ES.GOV.BR- WWW.SERRA.ES.GOV.BR



PREFEITURA MUNICIPAL DA  
**SERRA**

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (SESA)**

Total:	51.267
Média Mensal:	4.272

Fonte: GTI Secretaria de Saúde Serra – consulta [www.gti-sesa.com.br](http://www.gti-sesa.com.br), acesso em 26/02/2019

Número de atendimento por dia da semana (01/01 a 31/12/2018)

Dia	UPA Serra
Segunda-Feira	26.702
Terça-Feira	24.859
Quarta-Feira	23.836
Quinta-Feira	23.106
Sexta-Feira	21.689
Sábado	17.699
Domingo	17.058
Total:	154.949

Fonte: GTI Secretaria de Saúde Serra – consulta [www.gti-sesa.com.br](http://www.gti-sesa.com.br), acesso em 26/02/2019

Número de atendimento por horário (01/01 a 31/12/2018)

Período	UPA Serra
00:00 - 00:59	2.448
01:00 - 01:59	1.529
02:00 - 02:59	1.101
03:00 - 03:59	1.010
04:00 - 04:59	1.153
05:00 - 05:59	2.307
06:00 - 06:59	4.613
07:00 - 07:59	8.742
08:00 - 08:59	10.744
09:00 - 09:59	11.429
10:00 - 10:59	10.747
11:00 - 11:59	9.236
12:00 - 12:59	8.661
13:00 - 13:59	9.914
14:00 - 14:59	9.805
15:00 - 15:59	8.222
16:00 - 16:59	6.991
17:00 - 17:59	6.847

AV. TALMA RIBEIRO RODRIGUES Nº 5416, PORTAL DE JACARAÍPE CEP: 29.173.795 – SERRA –ES - TEL.: (27)32527434-  
E-MAIL: CPL.CONTRATOS.SESA@SERRA.ES.GOV.BR- [WWW.SERRA.ES.GOV.BR](http://WWW.SERRA.ES.GOV.BR)



PREFEITURA MUNICIPAL DA  
**SERRA**

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (SESA)**

18:00 - 18:59	7.647
19:00 - 19:59	8.656
20:00 - 20:59	7.592
21:00 - 21:59	6.354
22:00 - 22:59	5.292
23:00 - 23:59	3.907
<b>Total:</b>	<b>154.947</b>

Fonte: GTI Secretaria de Saúde Serra - consulta [www.gti-sesa.com.br](http://www.gti-sesa.com.br), acesso em 26/02/2019

Número de atendimento por dia do mês (01 a 30/06/2018)

Dia	Quantidade
1	551
2	484
3	475
4	601
5	546
6	536
7	517
8	491
9	465
10	428
11	606
12	534
13	530
14	471
15	461
16	479
17	358
18	499
19	502
20	487
21	489
22	370
23	500
24	394

AV. TALMA RIBEIRO RODRIGUES Nº 5416, PORTAL DE JACARAÍPE CEP: 29.173.795 - SERRA - ES - TEL.: (27)32527434-  
E-MAIL: CPL.CONTRATOS.SESA@SERRA.ES.GOV.BR- [WWW.SERRA.ES.GOV.BR](http://WWW.SERRA.ES.GOV.BR)





PREFEITURA MUNICIPAL DA  
**SERRA**

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (SESA)**

25	628
26	514
27	395
28	512
29	460
30	457
<b>Total:</b>	<b>14740</b>

Fonte: GTI Secretaria de Saúde Serra – consulta [www.gti-sesa.com.br](http://www.gti-sesa.com.br) acesso em 07/08/2018

A equipe médica e de enfermagem deverá ser dimensionada e distribuída nas 24 horas do dia em quantidade suficiente a fim de garantir a resolutividade, economicidade e o menor tempo de espera possível.

O atendimento médico das crianças até 15 anos, 11 meses e 29 dias deverá ser realizado por profissionais com formação em pediatria.

A escala da equipe de enfermagem obrigatoriamente deverá ser compatível com o dimensionamento definido pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e legislações vigentes e suas atualizações, bem como todos os outros profissionais da equipe multiprofissional e seus respectivos conselhos.

Todos os dimensionamentos relacionados ao quadro de funcionários descrito neste Termo deverão garantir efetividade, eficácia e eficiência nos atendimentos, levando a qualidade no atendimento e satisfação do usuário.

**REGIME DE OBSERVAÇÃO CLÍNICA**

A **UPA CASTELÂNDIA** contará com aproximadamente 30 leitos de apoio ao atendimento de emergências destinadas à observação clínica de pacientes com quadros agravados por um período de até 24 horas (22 Observação, 06 emergências, 02 Isolamentos).

No período de Observação, devem estar incluídos:

- Estabilização das possíveis complicações que possam ocorrer;
- Tratamento farmacoterapêutico necessário, preferencialmente de acordo com a padronização de medicamentos dos protocolos do **MUNICÍPIO DA SERRA (REMUME)**, e quando necessário e autorizado pela Comissão de Avaliação e Monitoramento outros medicamentos presentes na RENAME, listagem do SUS – Sistema Único de Saúde, e outros que forem instituídos conforme Protocolo municipal, federais e diretrizes internacionais.
- cuidados e procedimentos assistenciais necessários ao cliente;
- assistência Nutricional necessária durante o período de observação;
- direito a acompanhante durante o período da observação, conforme regras estabelecidas devido às condições especiais do usuário (as normas que estabelece o direito à presença de acompanhante estão

AV. TALMA RIBEIRO RODRIGUES Nº 5416, PORTAL DE JACARAÍPE CEP: 29.173.795 – SERRA –ES – TEL.: (27)32527434-  
E-MAIL: CPL.CONTRATOS.SESA@SERRA.ES.GOV.BR- [WWW.SERRA.ES.GOV.BR](http://WWW.SERRA.ES.GOV.BR)



PREFEITURA MUNICIPAL DA  
**SERRA**

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (SESA)**

previstas na legislação que regulamenta o SUS – Sistema Único de Saúde). O acompanhante terá direito a acomodações adequadas e às principais refeições, garantidas pelo prestador.

**SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO – SADT INTERNO**

Entende-se por SADT Interno a disponibilização de exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico a usuários atendidos na **UPA CASTELÂNDIA**, que incluem no mínimo os seguintes exames:

Exames de análises clínicas de urgência

Eletrocardiograma

Exames de imagem em geral – **Raio X**

Suturas e Curativos

Inalação e Aplicação de medicamentos

Outros conforme definido em conduta médica, respeitando o perfil de atendimento pré-hospitalar.

Os resultados de todos os exames realizados durante o atendimento deverão ser entregues para os pacientes no momento da alta, ou transferência para outros serviços.

**RECURSOS HUMANOS**

O parceiro privado utilizará os recursos humanos necessários e suficientes para a realização das ações previstas no Contrato de Gestão, de acordo com um plano de gestão de recursos humanos da CONTRATADA, com funcionários admitidos mediante processo seletivo.

**Gestão**

Tendo em vista que a **UPA CASTELÂNDIA** funcionará com o perfil descrito, sob Contrato de Gestão, cabe a Comissão de Avaliação e Monitoramento /Secretaria de Saúde, acompanhar os indicadores definidos no Contrato de Gestão.

O **PARCEIRO PRIVADO** deverá dispor de Serviço de Análises Clínicas 24 (vinte e quatro horas), sete dias por semana.

O **PARCEIRO PRIVADO** será responsável pelas contas de consumo de água, luz, telefone, gases medicinais e GLP e laboratório do prédio da **UPA CASTELÂNDIA**.

O **PARCEIRO PRIVADO** será responsável pelo serviço de transporte especializado de pacientes e veículos utilitários adaptados para acompanhamento no tratamento de pacientes para atender à demanda dos pacientes internados na **UPA CASTELÂNDIA**.

Ambulância de Transporte - Tipo B – veículo destinado ao transporte inter-hospitalar de pacientes com risco de vida conhecido e ao atendimento pré-hospitalar de pacientes com risco de vida desconhecido, não classificado com potencial de necessitar de intervenção médica no local e/ou durante transporte até o serviço de destino/origem da região Metropolitana de Vitória.

AV. TALMA RIBEIRO RODRIGUES Nº 5416, PORTAL DE JACARAÍPE CEP: 29.173.795 – SERRA -ES - TEL.: (27)32527434-  
E-MAIL: CPL.CONTRATOS.SESA@SERRA.ES.GOV.BR- WWW.SERRA.ES.GOV.BR



PREFEITURA MUNICIPAL DA  
**SERRA**

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (SESA)**

O funcionamento dos serviços deverá ocorrer durante 24 horas, de segunda-feira a domingo, inclusive feriados.

**METAS DE PRODUÇÃO ATIVIDADES MÍNIMAS A REALIZAR**

Assistência de Urgência e Emergência:

Urgência/Emergência – **A UPA CASTELÂNDIA** deverá manter o serviço em funcionamento nas 24 horas do dia, todos os dias da semana, com produção mensal.

A meta anual, baseada nos atendimentos realizados na **UPA DE SERRA SEDE**, será a realização de 198.000 (cento e noventa e oito mil) consultas médicas de urgência e emergência em clínica médica (132.000) e clínica pediátrica (66.000).

Atividade/ mês	1º Mês	2º Mês	3º Mês	4º Mês	5º Mês	6º Mês	7º Mês	8º Mês	9º Mês	10º Mês	11º Mês	12º Mês	TOTAL
Clínica Médica Adultos	11.000	11.000	11.000	11.000	11.000	11.000	11.000	11.000	11.000	11.000	11.000	11.000	132.000
Clínica Pediátrica Infantil	5.500	5.500	5.500	5.500	5.500	5.500	5.500	5.500	5.500	5.500	5.500	5.500	66.000
<b>TOTAL</b>	<b>16.500</b>	<b>16.500</b>	<b>16.500</b>	<b>16.500</b>	<b>16.500</b>	<b>16.500</b>	<b>16.500</b>	<b>16.500</b>	<b>16.500</b>	<b>16.500</b>	<b>16.500</b>	<b>16.500</b>	<b>198.000</b>

Internação (saídas hospitalares)

A **UPA CASTELÂNDIA** deverá encaminhar todos os casos que exijam observação clínica por mais de 24 horas, para serviços de referências indicados pela Central de Regulação Estadual.

Leis e Normas sanitárias:

O rol de leis e normas sanitárias no qual a gestão deverá se apoiar, dentre outras, observando suas atualizações, são:

- Lei 8.080/90 – Lei Orgânica da Saúde;
- Lei 8.142/90 – define Formas de Financiamento e Controle Social do SUS;
- PNASS – Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde – define critérios e parâmetros de caracteres qualitativos;
- PT GM/MS 2.616 de 12 de maio de 1998 – estabelece as diretrizes e normas para prevenção e controle das infecções hospitalares, inclusive criação e organização da CCIH e manutenção de Vigilância Epidemiológica e Indicadores Epidemiológicos das Infecções Hospitalares;
- PT GM/MS 67 de 21/02/1985 – define uso e condições sobre o uso de saneantes e domissanitários (esta sofreu várias alterações e inclusões através das Portarias: N.º 01/DISAD- 27/06/85; N.º 607-

AV. TALMA RIBEIRO RODRIGUES Nº 5416, PORTAL DE JACARAÍPE CEP: 29.173.795 – SERRA – ES – TEL.: (27)32527434-  
E-MAIL: CPL.CONTRATOS.SESA@SERRA.ES.GOV.BR- [WWW.SERRA.ES.GOV.BR](http://WWW.SERRA.ES.GOV.BR)



PREFEITURA MUNICIPAL DA  
**SERRA**

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (SESA)**

- 23/08/85; N.º 15/MS/SVS -23/08/88; N.º 05- 13/11/89; N.º 122- 29/11/93; N.º 453/SNVS/DTN-11/09/96; NO. 843/MS/SVS - 26/10/98);
- RDC 306 que complementa a RDC 50/2002- substitui a Portaria 1884 de 11/11/1994 - estabelece normas destinadas ao exame e aprovação dos Projetos Físicos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde;
  - PT GM/MS 1.863 de 29 de setembro de 2003- institui a Política Nacional de Atenção às Urgências;
  - PT GM/MS 1.864 de 29 de setembro de 2003- institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências por intermédio da implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192;
  - PT GM/MS 2.048 de 5 de novembro de 2002- aprova o regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência.
  - PT GM/MS 1.559 de 1º de agosto de 2008- institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde- SUS,
  - PT SVS/MS 453- 01/06/1998- aprova o Regulamento Técnico que estabelece as diretrizes básicas de proteção radiológica em radiodiagnóstico médico e odontológico, dispõe sobre o uso dos raios-x diagnósticos em todo território nacional e dá outras providências;
  - PT GM/MS Nº. 881 DE 19 de junho de 2001- institui, no âmbito do SUS, o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar- PNHAH;
  - PT MS/SAS 202 de 19 de junho de 2001- estabelece diretrizes para a implantação, desenvolvimento, sustentação e avaliação de iniciativas de humanização nos hospitais do Sistema Único de Saúde.
  - PT GM/MS 401 de 16/03/2005- institui o projeto de estruturação e qualificação dos serviços pré-existent de ortopedia, traumatologia e reabilitação pós operatória no âmbito do SUS- Projeto Suporte- INTO.
  - PT/MS Nº 2.395 de 11 de outubro de 2011- Organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
  - RDC36 de 25 de julho de 2013- institui a obrigatoriedade de implantação do núcleo de segurança do paciente em serviço de saúde.

**DA ELABORAÇÃO DO TERMO DE REFERÊNCIA:**

Este Termo de Referência foi elaborado pela Comissão Técnica da Secretaria Municipal de Saúde da Serra .

AV. TALMA RIBEIRO RODRIGUES Nº 5416, PORTAL DE JACARAÍPE CEP: 29.173.795 - SERRA - ES - TEL.: (27)32527434-  
E-MAIL: CPL.CONTRATOS.SESA@SERRA.ES.GOV.BR- WWW.SERRA.ES.GOV.BR



PREFEITURA MUNICIPAL DA  
**SERRA**

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (SESA)**

**ANEXO II**  
**ANEXO TÉCNICO I**  
**DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS**

**I - CARACTERÍSTICAS DOS SERVIÇOS CONTRATADOS**

- a. O **CONTRATADO** atenderá com seus recursos humanos e técnicos aos usuários do SUS- Sistema Único de Saúde, oferecendo, segundo o grau de complexidade de sua assistência e sua capacidade operacional, os serviços de saúde que se enquadrem nas modalidades abaixo descritas, conforme sua tipologia na **UPA CASTELÂNDIA**.
- b. O Serviço de Admissão solicitará aos pacientes, ou a seus representantes legais, a documentação de identificação do paciente e a documentação de encaminhamento, se for o caso, especificada no fluxo estabelecido pela Secretaria de Saúde.
- c. O acesso aos exames de apoio diagnóstico e terapêutico realizar-se-á de acordo com o fluxo estabelecido pela Secretaria de Saúde.
- d. O acompanhamento e a comprovação das atividades realizadas pelo **CONTRATADO** serão efetuados através dos dados no SIA- Sistema de Informações Ambulatoriais, bem como através dos formulários e instrumentos para registro de dados de produção definidos pelo **CONTRATANTE**.
- e. O **CONTRATADO** deverá realizar processo seletivo para contratação de Recursos Humanos, de acordo com os critérios apresentados em seu *Regulamento para Contratação de Recursos Humanos*, observando os princípios constitucionais de legalidade, impessoalidade, moralidade e publicidade;
- f. O **CONTRATADO** deverá utilizar sistema de registro eletrônico da atividade hospitalar que permita interface eletrônica com sistemas de informação designados pelo **CONTRATANTE** para apoio à gestão clínica, administrativa e financeira, com acesso a servidores predeterminados pelo **CONTRATANTE** para consultas e geração de relatórios de execução do presente Contrato de Gestão.
- g. O **CONTRATADO** deverá aderir e alimentar o sistema de informação eletrônica a ser disponibilizado pelo Órgão Fiscalizador do Contrato designado pelo **CONTRATANTE** para monitoramento, controle e avaliação de resultados. O objetivo é permitir a migração automática e eletrônica de dados assistenciais e financeiros diretamente do sistema de informação de gestão (ERP) adotado pelo **CONTRATADO**, por meio de interface eletrônica a ser disponibilizada pelo Órgão Fiscalizador do Contrato da Secretaria Municipal de Saúde de Serra.

AV. TALMA RIBEIRO RODRIGUES Nº 5416, PORTAL DE JACARAÍPE CEP: 29.173.795 - SERRA - ES - TEL.: (27)32527434-  
E-MAIL: CPL.CONTRATOS.SESA@SERRA.ES.GOV.BR - WWW.SERRA.ES.GOV.BR



PREFEITURA MUNICIPAL DA  
**SERRA**

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (SESA)**

**1 - ATENDIMENTO A URGÊNCIAS**

**1.1** - Serão considerados atendimentos de urgência aqueles não programados que sejam dispensados pela **UPA CASTELÂNDIA** que procurem tal atendimento, de forma referenciada ou espontânea, conforme o fluxo estabelecido pela Secretaria de Saúde, durante as 24 horas do dia, todos os dias do ano.

**1.2** - Para efeito de produção contratada / realizada deverão ser informados todos os atendimentos/ procedimentos realizados.

**1.3** - Em consequência do atendimento de urgência o paciente é registrado em regime de "observação" (leitos de observação), por um período menor que 24 horas e não ocorre internação ao final deste período, somente será registrado o atendimento da urgência propriamente dita, não gerando nenhum registro de internação.

**1.4** - A **UPA CASTELÂNDIA** deverá prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica e pediátrica, como também primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica e de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, definindo, em todos os casos, a necessidade ou não, de encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade (Portaria GM/MS 1600, de 07 de julho de 2011).

**1.5** - A **UPA CASTELÂNDIA** deverá ter as seguintes competências na Rede de Atenção às Urgências (Portaria GM/MS 2648 de 07 de novembro de 2011):

- Acolher os usuários e seus familiares sempre que buscarem atendimento
- Articular-se com a Atenção Básica à Saúde, SAMU 192, unidades hospitalares, unidades de apoio diagnóstico e terapêutico e com outros serviços de atenção à saúde, construindo fluxos coerentes e efetivos de referência e contra referência e ordenando esses fluxos por meio de Centrais de Regulação Médica de Urgências e complexos reguladores instalados na região;
- Fornecer retaguarda às urgências atendidas pela Rede de Atenção Básica à Saúde;
- Fornecer toda a medicação necessária ao tratamento e estabilização de pacientes atendidos na unidade;
- Funcionar como local de estabilização de pacientes atendidos pelo SAMU 192;
- Realizar consulta médica e odontológica em regime de pronto atendimento aos casos de menor gravidade;
- Realizar atendimentos e procedimentos médicos, odontológicos e de enfermagem adequados aos casos demandados à unidade;



PREFEITURA MUNICIPAL DA  
**SERRA**

### SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (SESA)

- Prestar apoio diagnóstico e terapêutico ininterrupto nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e em todos os dias da semana, incluídos feriados e pontos facultativos;
- Manter pacientes em observação, por período de até 24 (vinte e quatro) horas, para elucidação diagnóstica e/ou estabilização clínica;
- Encaminhar para internação em serviços hospitalares, por meio das centrais reguladoras, os pacientes que não tiverem suas queixas resolvidas nas 24 (vinte e quatro) horas de observação, conforme definido no inciso anterior;
- Prover atendimento e/ou encaminhamento adequado a um serviço de saúde hierarquizado, regulado e integrado à Rede de Atenção às Urgências a partir da complexidade clínica, cirúrgica e traumática do usuário;
- Contra referenciar para os demais serviços de atenção integrantes da Rede de Atenção às Urgências, proporcionando continuidade ao tratamento com impacto positivo no quadro de saúde individual e coletivo;
- A remoção do paciente deverá ser feita por meio de transporte adequado, para unidades de maior complexidade e ou para exames complementares de diagnóstico e para pareceres médicos de outras especialidades.
- Solicitar retaguarda técnica ao SAMU 192, sempre que a gravidade/complexidade dos casos ultrapassarem a capacidade instalada da Unidade.

#### 1.6 - Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico - SADT

Entende-se por **SADT** a disponibilização de exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico aos pacientes atendidos na **UPA CASTELÂNDIA**. O PARCEIRO PRIVADO deverá manter na **UPA CASTELÂNDIA** a seguinte estrutura para o SADT:

- Posto de coleta para Laboratório de análises clínica e de Patologia Clínica de urgência (bioquímica, hematologia, uroanálise);
- Radiologia;
- ECG - eletrocardiograma.
- Sala de farmácia para dispensação de medicamentos 24 horas por dia 7 dias por semana.

**1.7 - O CONTRATADO** deve dispor de recursos humanos qualificados, com habilitação técnica e legal, com quantitativo compatível para o perfil da unidade e os serviços a serem prestados. Deverá obedecer às Normas do Ministério da Saúde- MS, do Ministério do Trabalho e Emprego- MTE, inclusive com responsabilidade sobre os direitos e obrigações com os profissionais contratados especialmente em relação

AV. TALMA RIBEIRO RODRIGUES Nº 5416, PORTAL DE JACARAÍPE CEP: 29.173.795 - SERRA - ES - TEL.: (27) 32527434-  
E-MAIL: CPL.CONTRATOS.SESA@SERRA.ES.GOV.BR- WWW.SERRA.ES.GOV.BR



PREFEITURA MUNICIPAL DA  
**SERRA**

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (SESA)**

a Norma Regulamentadora de Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Assistência à Saúde, assim como as Resoluções dos Conselhos Profissionais.

**1.8** - As unidades deverão possuir um responsável técnico (médico e enfermeiro), com registro no respectivo conselho de classe.

**1.9** - A equipe de profissionais da **UPA CASTELÂNDIA** deverá ser disponibilizada em quantitativo suficiente para o atendimento dos serviços e composta por profissionais das especialidades exigidas, possuidores do título ou certificado da especialidade correspondente, devidamente registrado nos Conselhos Regionais das respectivas profissões.

**1.10** - A **UPA CASTELÂNDIA** deverá possuir rotinas administrativas de funcionamento, protocolos assistenciais, clínicos e de atendimentos escritos, atualizados e assinados pelo Diretor/Responsável Técnico e outras partes envolvidas. As rotinas devem abordar todos os processos envolvidos na assistência, que contemplem desde os aspectos organizacionais até os operacionais e técnicos.

**1.11** - A **UPA CASTELÂNDIA** deverá adotar Prontuário Único do Paciente, com as informações completas do quadro clínico e sua evolução, intervenções e exames realizados, todos devidamente escritos de forma clara e precisa, datados, assinados e carimbados pelo profissional responsável pelo atendimento (médicos, equipe de enfermagem, nutrição e demais profissionais de saúde que o assistam). Os prontuários deverão estar devidamente ordenados no Serviço de Arquivo de Prontuários.

**1.12** - A **UPA CASTELÂNDIA** deverá dispor de serviços de informática com sistema para gestão hospitalar que contemple no mínimo: atendimentos realizados, exames complementares, controle de estoques (almoxarifado e farmácia), prontuário médico (observando o disposto na legislação vigente, incluindo a Resolução CFM nº. 1.639/2002), serviços de apoio e relatórios gerenciais, que atendam aos indicadores e informações necessárias a Secretaria Municipal de Saúde- SMS/SERRA. Caberá à contratada a instalação da rede de informática, bem como a aquisição de sistemas e programas e o encaminhamento dos relatórios à SMS/SERRA.

**1.13** - A unidade deverá desenvolver uma Política de Gestão de Pessoas, atendendo às Normas da Consolidação das Leis Trabalhistas - CLT/MTE, assim como deverá implantar e desenvolver uma Política de Segurança do Trabalho e Prevenção de Acidentes, em conformidade com a NR - 32/2005 do MTE.

**1.14** - A gestão da unidade **UPA CASTELÂNDIA** deverá respeitar a Legislação Ambiental e possuir toda a documentação exigida.

**1.15** - A **UPA CASTELÂNDIA** deverá dispor de um Núcleo de Manutenção Geral- NMG que contemple as áreas de manutenção preventiva e corretiva, predial, hidráulica, e elétrica, assim como um serviço de gerenciamento de equipamentos de saúde.

AV. TALMA RIBEIRO RODRIGUES Nº 5416, PORTAL DE JACARÁIPE CEP: 29.173.795 - SERRA -ES - TEL.: (27)32527434-  
E-MAIL: CPL.CONTRATOS.SESA@SERRA.ES.GOV.BR- WWW.SERRA.ES.GOV.BR




 PREFEITURA MUNICIPAL DA  
**SERRA**
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (SESA)**
**2 - PROGRAMAS ESPECIAIS E NOVAS ESPECIALIDADES DE ATENDIMENTO**

**2.1** - Se, ao longo da vigência deste contrato, de comum acordo entre contratante e contratada, a **UPA CASTELÂNDIA** se propuser a realizar outros tipos de atividades diferentes daquelas aqui relacionadas, seja pela introdução de novas especialidades médicas, seja pela realização de programas especiais para determinado tipo de patologia ou pela introdução de novas categorias de exames laboratoriais, estas atividades deverão ser previamente autorizadas pelo **CONTRATANTE** após análise técnica, sendo quantificadas separadamente do atendimento rotineiro da unidade e sua orçamentação econômico-financeira será discriminada e homologada através de Termo Aditivo ao presente contrato.

**II - ESTRUTURA E VOLUME DE ATIVIDADES CONTRATADAS**
**II.1 - ATENDIMENTO À URGÊNCIAS**

Atendimento de Urgência **NÃO** Referenciado (Porta Aberta)

A UPA deverá realizar um número de atendimento anual de 198.000 (cento e noventa e oito mil) consultas médicas de urgência e emergência em clínica médica (156.000) e clínica pediátrica (42.000). (conforme TR)

A contagem do número de atendimentos de Urgência e Emergência deverá ser realizada de acordo com o número de atendimentos médicos registrados, sendo considerado apenas 01 (um) atendimento por paciente, independente das especialidades médicas que ele necessitar se consultar.

PRONTO SOCORRO	Nº DE PACIENTES ATENDIDOS												TOTAL ANUAL
	1º MÊS	2º MÊS	3º MÊS	4º MÊS	5º MÊS	6º MÊS	7º MÊS	8º MÊS	9º MÊS	10º MÊS	11º MÊS	12º MÊS	
Atendimento médico adulto													
Atendimento médico infantil													
<b>TOTAL GERAL</b>													

**III - CONTEÚDO DAS INFORMAÇÕES A SEREM ENCAMINHADAS À CONTRATANTE**

A **CONTRATADA** encaminhará à **CONTRATANTE** toda e qualquer informação solicitada, na formatação e periodicidade por esta determinada.

AV. TALMA RIBEIRO RODRIGUES Nº 5416, PORTAL DE JACARAÍPE CEP: 29.173.795 - SERRA - ES - TEL.: (27)32527434-  
E-MAIL: CPL.CONTRATOS.SESA@SERRA.ES.GOV.BR- WWW.SERRA.ES.GOV.BR



PREFEITURA MUNICIPAL DA  
**SERRA**

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (SESA)**

As informações solicitadas referem-se aos aspectos abaixo relacionados:

- Relatórios contábeis e financeiros;
- Relatórios referentes aos Indicadores de Qualidade
- Relatório de Custos;
- Censo de origem dos pacientes atendidos;
- Pesquisa de satisfação de pacientes e acompanhantes;
- Relatório pertinente a execução do contrato de gestão, contendo comparativo das metas propostas com os resultados alcançados;

Handwritten initials or signature.

Handwritten signature.

Handwritten signature.



PREFEITURA MUNICIPAL DA  
**SERRA**

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (SESA)**

**ANEXO III**

**ANEXO TÉCNICO II**  
**SISTEMA DE PAGAMENTO**

**I-** Com a finalidade de estabelecer as regras e o cronograma do Sistema de Pagamento, ficam estabelecidos os seguintes princípios e procedimentos:

**I.1 -** A atividade assistencial da **CONTRATADA** subdivide-se em 02 (duas) modalidades, conforme especificação e quantidades relacionadas no Anexo Técnico I- Descrição de Serviços, nas modalidades abaixo discriminadas:

- a. Modalidade 1: Atendimento em Pronto Atendimento Adulto
- b. Modalidade 2: Atendimento em Pronto Atendimento Infantil;

**I.1.1 -** As modalidades de atividade assistenciais acima assinaladas referem-se à rotina do atendimento a ser oferecido aos usuários da unidade sob gestão da **CONTRATADA**.

**I.2 -** Além das atividades de rotina, a unidade poderá realizar outras atividades, submetidas à prévia análise e autorização da **CONTRATANTE**, conforme especificado no item I.6 do **ANEXO TÉCNICO I -** Descrição de Serviços.

**I.3 -** O montante do orçamento econômico-financeiro da **UPA CASTELÂNDIA** para o cálculo das metas quantitativas da assistência nos primeiros 12 (doze) meses de contrato, correspondente ao exercício de **2019/2020**, fica estimado em **R\$ 24.219.678,90 (vinte e quatro milhões duzentos e dezenove mil seiscentos e setenta e oito reais e noventa centavos)**.

**I.4 -** Os pagamentos à **CONTRATADA** dar-se-ão na seguinte conformidade:

**I.4.1 -** Do valor total de custeio contratado **R\$ 23.619.678,90 (vinte e três milhões seiscentos e dezenove mil seiscentos e setenta e oito reais e noventa centavos)** para o ano de **2019/2020**:

**I.4.1.1 - 90%** (noventa por cento) serão repassados em **12 (doze)** parcelas mensais no valor total de **R\$21.257.711,01 (vinte e um milhão duzentos e cinquenta e sete mil setecentos e onze reais e um centavos)**;

**I.4.1.2 - 10%** (dez por cento) serão repassados mensalmente, juntamente com as parcelas da parte fixa, com valor estimativo de **R\$2.361.967,89 (dois milhões trezentos e sessenta e um mil novecentos e sessenta e sete reais e oitenta e nove centavos)**, vinculado à avaliação dos indicadores de qualidade e conforme sua valoração, de acordo com o estabelecido no Anexo Técnico III- Indicadores de Qualidade, parte integrante deste Contrato de Gestão;

AV. TALMÁ RIBEIRO RODRIGUES Nº 5416, PORTAL DE JACARAÍPE CEP: 29.173.795 - SERRA - ES - TEL.: (27)32527434-  
E-MAIL: CPL.CONTRATOS.SESA@SERRA.ES.GOV.BR- WWW.SERRA.ES.GOV.BR


 PREFEITURA MUNICIPAL DA  
**SERRA**
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (SESA)**

**I. 4.1.3** - A avaliação da parte variável será realizada nos meses de **Janeiro de 2020, Abril de 2020, Julho de 2020 e Outubro de 2020**, podendo gerar um ajuste financeiro a menor nos meses subsequentes, dependendo do percentual de alcance dos indicadores.

**I. 4.1.4** - Cronograma de desembolso:

MÓDULO/ ETAPA	PARCELA	PARCELA FIXA (R\$)	PARCELA VARIÁVEL (R\$)	TOTAL A REPASSAR (R\$)
Período de transição	Adiantament o até 5% da 1ª parcela	-	-	98.415,33
Assistencial 1º Mês	1ª	1.682.902,12	186.989,12	1.869.891,24
Assistencial 2º Mês	2ª	1.771.475,91	196.830,66	1.968.306,57
Assistencial 3º Mês	3ª	1.771.475,91	196.830,66	1.968.306,57
Assistencial 4º Mês	4ª	1.771.475,91	196.830,66	1.968.306,57
Assistencial 5º Mês	5ª	1.771.475,91	196.830,66	1.968.306,57
Assistencial 6º Mês	6ª	1.771.475,91	196.830,66	1.968.306,57
Assistencial 7º Mês	7ª	1.771.475,91	196.830,66	1.968.306,57
Assistencial 8º Mês	8ª	1.771.475,91	196.830,66	1.968.306,57
Assistencial 9º Mês	9ª	1.771.475,91	196.830,66	1.968.306,57
Assistencial 10º Mês	10ª	1.771.475,91	196.830,66	1.968.306,57
Assistencial 11º Mês	11ª	1.771.475,91	196.830,66	1.968.306,57
Assistencial 12º Mês	12ª	1.771.475,91	196.830,66	1.968.306,57
<b>TOTAL</b>	-	<b>21.169.137,13</b>	<b>2.352.126,38</b>	<b>23.619.678,90</b>



PREFEITURA MUNICIPAL DA  
**SERRA**

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (SESA)**

**I.5** – A **CONTRATADA** deverá encaminhar mensalmente, até o dia 10 (dez) de cada mês, toda a documentação informativa das atividades assistenciais realizadas pela **UPA CASTELÂNDIA** para o adequado acompanhamento e avaliação do Contrato de Gestão e cumprimento das atividades estabelecidas no Anexo Técnico I- Descrição de Serviços.

**I.5.1** - As informações assistenciais e financeiras serão encaminhadas em meio eletrônico a partir dos dados registrados no sistema eletrônico adotado na UPA(Sistema Integrado de Gestão ou *Enterprise Resource Planning- ERP*), sendo que a atividade assistencial informada será comprovada pelo registro no Sistema DATASUS – Sistema de Informação Hospitalar (SIH) e Sistema de Informação Ambulatorial (SIA).

**I.5.2** - Para a mensuração da atividade de internação na UPA, será considerado o número de Atualizações de cadastros a cada 24h apresentado pela **CONTRATADA**, de acordo com normas e prazos estabelecidos pela **CONTRATANTE**.

**I.5.3** - As informações mensais relativas à produção assistencial, indicadores de qualidade, movimentação de recursos econômicos e financeiros e dados do Sistema de Custos Hospitalares, serão encaminhadas via Internet, e de acordo com normas, critérios de segurança e prazos por estabelecidos pela **CONTRATANTE**.

**I.5.4** - O aplicativo disponibilizado na Internet emitirá os relatórios e planilhas necessárias à avaliação mensal das atividades desenvolvidas pela **UPA CASTELÂNDIA** e estabelecerá, através de níveis de acesso previamente definidos, a responsabilidade legal pelos dados ali registrados.

**I.5.5** - A **CONTRATANTE** procederá à análise dos dados enviados pela **CONTRATADA** para que sejam efetuados os devidos pagamentos de recursos, conforme estabelecido no Contrato de Gestão.

**I.6** - A **CONTRATANTE** procederá, em **regime trimestral**, à consolidação e análise conclusiva dos dados do trimestre findo, para avaliação e pontuação dos indicadores de qualidade que condicionam o valor do pagamento de valor variável citado no item I.4 deste documento.

**I.7** - A **CONTRATANTE** procederá, em **regime semestral**, à análise das quantidades de atividades assistenciais realizadas pela **CONTRATADA**, verificando e avaliando os desvios (para mais ou para menos) ocorridos em relação às quantidades estabelecidas neste Contrato de Gestão.

**I.8** - Da análise referida no item anterior, poderá resultar uma repactuação das quantidades de atividades assistenciais ora estabelecidas e seu correspondente reflexo econômico-financeiro, efetivada através de Termo Aditivo ao Contrato de Gestão, acordado entre as partes nas respectivas reuniões para ajuste semestral e anual do Contrato de Gestão.

AV. TALMA RIBEIRO RODRIGUES Nº 5416, PORTAL DE JACARAÍPE CEP: 29.173.795 – SERRA - ES - TEL.: (27)32527434-  
E-MAIL: CPL.CONTRATOS.SESA@SERRA.ES.GOV.BR- WWW.SERRA.ES.GOV.BR



PREFEITURA MUNICIPAL DA  
**SERRA**

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (SESA)**

**I.9** - A análise referida no item I.8 deste documento não anula a possibilidade de que sejam firmados Termos Aditivos ao Contrato de Gestão em relação às cláusulas que quantificam as atividades assistenciais a serem desenvolvidas pela **CONTRATADA** e seu correspondente reflexo econômico-financeiro, a qualquer momento, se condições e/ou ocorrências excepcionais incidirem de forma muito intensa sobre as atividades executadas, inviabilizando e/ou prejudicando a prestação dos serviços pactuados.

**II - SISTEMÁTICA E CRITÉRIOS DE PAGAMENTO**

**II. 1 - AVALIAÇÃO E VALORAÇÃO DOS INDICADORES DE QUALIDADE (Parte Variável do Contrato de Gestão)**

Os valores percentuais apontados na tabela conforme estabelecido no Anexo Técnico III - Indicadores de Qualidade, para valoração de cada um dos indicadores, serão utilizados para o cálculo do valor variável a ser pago, conforme especificado no item I.4 deste documento.

**II. 2 - AVALIAÇÃO E VALORAÇÃO DOS DESVIOS NAS QUANTIDADES DE ATIVIDADE ASSISTENCIAL (Parte Fixa do Contrato de Gestão)**

**II.2.1** - Os ajustes dos valores financeiros decorrentes dos desvios constatados serão efetuados nos meses subsequentes aos períodos de avaliação, que ocorrerão nos meses de xx e xx.

**II.2.2** - A avaliação e análise das atividades contratadas constantes deste documento serão efetuadas conforme explicitado nas Tabelas que se seguem; os desvios serão analisados em relação às quantidades especificadas para cada modalidade de atividade assistencial especificada no ANEXO técnico I- Descrição de Serviços e gerarão uma variação proporcional no valor do pagamento de recursos a ser efetuado à **CONTRATADA**, respeitando-se a proporcionalidade de cada tipo de despesa especificada no item I.3 deste documento.

**TABELA I - Para gerenciamento das linhas de serviços assistenciais realizadas pela UPA CASTELÂNDIA.**

	<b>ATIVIDADE REALIZADA</b>	<b>VALOR DEVIDO</b>
<b>PRONTO SOCORRO</b>	Acima do volume contratado	100% do valor semestral da atividade URG/EMERG.
	Entre 85% e 100% do volume contratado	100% do valor semestral da atividade URG/EMERG.
	Entre 70% e 84,99% do volume contratado	90% do valor semestral da atividade URG/EMERG.
	Menos que 70% do volume contratado	70% do valor semestral da atividade URG/EMERG.

AV. TALMA RIBEIRO RODRIGUES Nº 5416, PORTAL DE JACARAÍPE CEP: 29.173.795 - SERRA - ES - TEL.: (27)32527434-  
E-MAIL: CPL.CONTRATOS.SESA@SERRA.ES.GOV.BR- WWW.SERRA.ES.GOV.BR



PREFEITURA MUNICIPAL DA  
**SERRA**

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (SESA)**

**ANEXO IV**

**ANEXO TÉCNICO III**  
**INDICADORES DE QUALIDADE**

Os Indicadores estão relacionados à qualidade da assistência oferecida aos usuários da unidade gerenciada e medem aspectos relacionados à efetividade da gestão e ao desempenho da unidade. A complexidade dos indicadores é crescente e gradual, considerando o tempo de funcionamento da unidade.

Novos indicadores são periodicamente introduzidos, e o alcance de um determinado indicador no decorrer de certo período torna este indicador pré-requisito para que outros indicadores mais complexos possam ser avaliados; desta forma, os indicadores que são pré-requisitos para os demais continuam a ser monitorados e avaliados, porém nesta condição deixam de ter efeito financeiro sobre a parte variável do contrato.

**METAS E INDICADORES PARA UPA CASTELÂNDIA em 2018**

Para a **UPA CASTELÂNDIA**, estabelecem-se como indicadores determinantes do pagamento da parte variável:

1. Atenção ao Usuário e Pesquisa de Satisfação
2. Acolhimento e Classificação de Risco
3. Tempo de Espera na Urgência, conforme Protocolo adotado pelo Município de Serra
4. Taxa de Identificação da Origem do Paciente
5. Redução da Taxa de Mortalidade Institucional
6. Média de permanência

**PESOS PERCENTUAIS DOS INDICADORES PARA O PRIMEIRO ANO**

<b>INDICADORES</b>	<b>1º trimestre</b>	<b>2º trimestre</b>	<b>3º trimestre</b>	<b>4º trimestre</b>
1. Atenção ao Usuário	15%	15%	15%	15%
2. ACCR	15%	15%	15%	15%
3. Tempo de Espera	15%	15%	15%	15%
4. Origem do paciente	10%	10%	10%	10%
5. Redução da Taxa de Mortalidade Institucional	20%	20%	20%	20%
6. Média de permanência	25%	25%	25%	25%



PREFEITURA MUNICIPAL DA  
**SERRA**

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (SESA)**

**1. Atenção ao Usuário e Pesquisa de Satisfação**

**A valoração deste indicador será de 15% (quinze por cento) em cada trimestre.**

A meta é a resolução de 80% das queixas recebidas e o envio do relatório consolidado da pesquisa de satisfação do usuário até o dia 20 do mês imediatamente subsequente.

Entende-se por **queixa** o conjunto de reclamações recebidas por qualquer meio **necessariamente com identificação do autor**, e que deve ser registrada adequadamente. Entende-se por **resolução da queixa** o conjunto de ações geradas por uma queixa no sentido de solucioná-la e que possa ser encaminhada ao seu autor como resposta ou esclarecimento ao problema apresentado.

**O método de cálculo para queixas recebidas e resolvidas é:**

$$(\text{N}^\circ \text{ de queixas resolvidas} / \text{N}^\circ \text{ de queixas recebidas}) \times 100$$

A **pesquisa de satisfação do usuário** sobre o atendimento da unidade destina-se à avaliação da percepção de qualidade de serviço pelos pacientes ou acompanhantes. Em cada trimestre será avaliada a pesquisa de satisfação do usuário, por meio dos questionários específicos, que deverão ser aplicados mensalmente em pacientes internados e acompanhantes e a pacientes atendidos no ambulatório da UPA, abrangendo **10% do total de pacientes em cada área de internação e 10% do total de pacientes atendidos** em consulta no ambulatório.

A pesquisa será feita verbalmente, registrada em papel, sendo obrigatoriamente anônima, apenas com identificação numérica. Os modelos dos questionários deverão ser avaliados e aprovados pelo Órgão Fiscalizador/Secretaria Municipal da Saúde. O envio das planilhas de **consolidação** dos três grupos até o dia 20 do mês imediatamente subsequente.

**2. Acolhimento e Classificação de Risco na Urgência e Emergência (Fonte: ANS/ CQH)**

**A valoração deste indicador será de 15% (quinze por cento) em cada trimestre.**

A meta é a entrega do **relatório de acolhimento e classificação de risco** com a estratificação dos volumes por risco de atendimento, horários, demonstrando as evasões e desistências, com gráfico comparativo dos meses anteriores, especificado separadamente para cada um dos níveis do modelo de classificação de risco adotado.

A entrega deve ocorrer até o dia 20 (vinte) do mês subsequente a SESA.

O **acolhimento** é o modo de operar os processos de trabalho de forma a tender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo uma postura capaz de acolher, escutar e oferecer respostas mais adequadas aos usuários. Implica prestar um atendimento com resolubilidade e responsabilidade, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde para a continuidade da assistência e estabelecendo articulações com esses serviços para garantir o acesso à eficácia desses encaminhamentos. Deverá ser incluído no atendimento a Política de Humanização do SUS.





PREFEITURA MUNICIPAL DA  
**SERRA**

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (SESA)**

**A classificação de risco** é a implantação de escalas e protocolos de estratificação de risco dos pacientes que procuram os serviços de urgência e emergência, tendo como objetivo a classificação dos pacientes que chegam ao serviço de urgência e emergência, antes da avaliação diagnóstica e terapêutica completa, da maneira a identificar os pacientes com maior risco de morte ou evolução para sérias complicações, que não podem esperar para serem atendidas, e garantir aos demais o monitoramento contínuo e a reavaliação até que possam ser atendidos pela equipe médica.

**O método de cálculo é:**

(Nº de pacientes classificados por risco na urgência e emergência/ Nº de pacientes admitidos na urgência e emergência) x 100

Onde:

**Numerador:** é o número de pacientes submetidos à classificação de risco de acordo com o sistema implantado no serviço de urgência e emergência da UPA com base no sistema, escalas ou protocolos estruturados de recepção, acolhimento e classificação de risco reconhecido, em um mês.

**Denominador:** é o número de pacientes admitidos no serviço de urgência e emergência, em um mês.

**3. Tempo de espera na Urgência e Emergência (Fonte: ANS/ CQH)**

**A valoração deste indicador será de 15% (quinze por cento) em cada trimestre.**

O **Tempo de espera na Urgência e Emergência** é o tempo decorrido entre a chegada do paciente na UPA e a avaliação médica inicial, segundo a classificação de risco. É um indicador de desempenho fundamental na urgência e emergência.

**O método de cálculo é:**

(A  $\Sigma$  tempo (minutos) da chegada à avaliação médica por risco/Nº de pacientes admitidos na urgência e emergência) x100

Onde:

**Numerador:** é a somatória do tempo em minutos transcorridos entre a chegada de cada paciente a urgência e emergência até a avaliação médica inicial, incluindo o tempo despendido na recepção e triagem/acolhimento e classificação de risco, em um mês.

**Denominador:** é o número de pacientes admitido na urgência e emergência, em um mês.

Deve existir um sistema de registro de atendimentos que permita a medição destes diversos tempos (triagem/acolhimento e classificação de risco recepção e avaliação médica inicial).

O relatório deverá ser encaminhado à SMS/Serra até o dia 20 do mês subsequente.

**4. Taxa de identificação da origem do paciente**

AV. TALMA RIBEIRO RODRIGUES Nº 5416, PORTAL DE JACARAÍPE CEP: 29.173.795 – SERRA –ES – TEL.: (27)32527434-  
E-MAIL: CPL.CONTRATOS.SESA@SERRA.ES.GOV.BR- WWW.SERRA.ES.GOV.BR



PREFEITURA MUNICIPAL DA  
**SERRA**

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (SESA)**

**A valoração deste indicador será de 10% (Dez por cento) em cada trimestre.**

O objetivo é conhecer a localidade de residência do paciente para avaliar a adequada inserção regional da **UPA CASTELÂNDIA** por meio da caracterização da origem da demanda. O indicador permite melhor planejamento regional dos serviços de saúde ao identificar fluxos de referência corretos e incorretos. O indicador utiliza a identificação correta do Código de Endereçamento Postal (CEP) e do código do IBGE, obrigatórios no Sistema Informações (SIH/ SUS) e atendimento ambulatorial do paciente.

A meta é atingir 95% de CEP válido e 95% de CEP compatíveis com o código IBGE

**Código do CEP válido** é o que corresponde a um logradouro (bairro, cidade, praça, rua, avenida, etc.) específico.

**Numerador:** Número de CEP válido

**Denominador:** Número total de CEP apresentado

Resultado da divisão multiplicado por 100

**CEP compatível** é o que encontra correspondência com o código do IBGE do município, pois existe a possibilidade de um CEP válido (que corresponde a um número existente do código postal) não estar de acordo com o logradouro indicado como de residência do paciente.

**Numerador:** Número de CEP compatíveis com código de IBGE

**Denominador:** Número total de CEP apresentado

Resultado da divisão multiplicado por 100

**5 – Redução da Taxa de Mortalidade Institucional Fonte: (ANS/CQH)**

**A valoração deste indicador será de 20% (vinte por cento) em cada trimestre.**

A **taxa de mortalidade** é um índice demográfico obtido pela relação entre o número de mortos de uma população e um determinado espaço de tempo, normalmente um ano. Frequentemente a taxa é representada como o número de óbitos por cada 1000 habitantes.

**Numerador:** número de óbitos decorridos pelo menos 24 horas da admissão do paciente em um Mês

**Denominador:** número de saída da instituição (por alta, evasão, desistência do tratamento, transferência externa ou óbito), em um Mês.

**Método de cálculo:** ( Nº de óbitos  $\geq$  24hbde internação no período/ Nº de saídas hospitalares no período) x 100

O relatório deverá ser encaminhado à SESA/ Serra até o dia 20 do mês subsequente.

AV. TALMA RIBEIRO RODRIGUES Nº 5416, PORTAL DE JACARAÍPE CEP: 29.173.795 – SERRA – ES – TEL.: (27)32527434  
E-MAIL: CPL.CONTRATOS.SESA@SERRA.ES.GOV.BR- WWW.SERRA.ES.GOV.BR



PREFEITURA MUNICIPAL DA  
**SERRA**

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (SESA)**

**6 – Média de permanência Fonte: (ANS/CQH)**

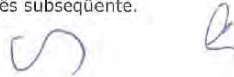
**A valoração deste indicador será de 25% (vinte e cinco por cento) em cada trimestre.**

Representa o tempo médio em dias que os pacientes permanecem internados na Instituição. Está relacionado as boas práticas clínicas. É um indicador clássico de desempenho hospitalar e está relacionado a gestão eficiente do leito operacional.

**Numerador:** Número de pacientes – dia – somatória de paciente – dia no período de 01 (um) mês.

**Denominador:** Número de saídas – somatório das altas, transferências externas e óbitos no período de 01(Um) mês.

O relatório deverá ser encaminhado à **SESA/ SERRA** até o dia 20 do mês subsequente.





**Contrato de Gestão nº 01/2016, celebrado entre o Consórcio CISAMU e o IESP**

Consórcio Intermunicipal do Serviço de Atendimento Móvel de  
Urgência do Vale do Paraíba e da Região Serrana CISAMU

**CONTRATO QUE ENTRE SI CELEBRAM O  
CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DO SERVIÇO DE  
ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA DO VALE DO  
PARAÍBA E DA REGIÃO SERRANA – CISAMU E A  
ORGANIZAÇÃO SOCIAL INSTITUTO ESPERANÇA -  
IESP, QUALIFICADO COMO ORGANIZAÇÃO SOCIAL,  
PARA OPERACIONALIZAÇÃO DA UNIDADE DE  
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA -  
SAMU 192.**

Pelo presente instrumento, de um lado o **Consórcio Intermunicipal do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência do Vale do Paraíba e da Região Serrana – CISAMU**, entidade jurídica de direito público, inscrita no CNPJ/MF sob nº. 23.984.518/0001-02, com sede na Rua Antonio Giovanelli, s/n, Conjunto Habitacional Taubaté, Piracangagua, CEP nº. 12042-470, Taubaté-SP, neste ato representado por seu Presidente o Sr. Clodomiro Correa de Toledo Júnior, portador da Cédula de Identidade RG nº. 24.242.850-2 e CPF nº. 276.561.968-97, doravante denominada **CONTRATANTE**, e de outro lado o **INSTITUTO ESPERANÇA - IESP**, qualificado como **ORGANIZAÇÃO SOCIAL** pelo **CISAMU** pelo Certificado de Qualificação, com CNPJ/MF nº. 10.779.749/0001-32, com endereço na Rua Cel. João Sanches, 283, Centro – São Fidélis – RJ e com estatuto registrado no número de ordem 27, no Cartório de Ofício do Foro de São Fidélis, neste ato representado por seu Presidente o Sr. Pedro Cipriano da Silva Junior, Portador da CIRG nº. 3.692.782-0 e CPF nº. 362.210.317-53, doravante denominada **CONTRATADA**, tendo em vista o que dispõe a Lei Federal nº 8080, de 19 de setembro de 1990, bem como o disposto no artigo 24, inciso XXIV, da Lei Federal nº 8666 de 21 de junho de 1993, resolvem celebrar o presente Contrato de Gestão referente à operacionalização do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU192 do Vale do Paraíba e Região Serrana, diante as seguintes cláusulas e condições:

**CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO.**

1.1 O presente CONTRATO DE GESTÃO tem por objeto a operacionalização pela CONTRATADA, das atividades na unidade de Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192, em conformidade com os Anexos Técnicos que integram este instrumento.

**PARÁGRAFO PRIMEIRO** - O objeto contratual executado deverá atingir o fim a que se destina, com eficácia e qualidade requeridas nos seguintes objetivos estratégicos de acordo com as políticas Nacional e Estadual:

- a). Assegurar a escuta médica permanente para as urgências, através da Central de Regulação Médica das Urgências, utilizando nº exclusivo e gratuito (192);
- b). Operacionalizar o sistema regionalizado e hierarquizado de saúde, no que concerne às urgências, equilibrando a distribuição da demanda de urgência e proporcionando resposta adequada e adaptada às necessidades do cidadão, através de orientação ou pelo envio de equipes, visando atingir todos os municípios da região de abrangência;
- c). Realizar as coordenações médica e de enfermagem, direta ou a distância de todos os atendimentos pré-hospitalares móveis;
- d). Realizar o atendimento pré-hospitalar móvel de urgência, tanto em casos de traumas como em situações clínicas, prestando os cuidados médicos de urgência apropriados ao estado de saúde do cidadão e, quando se fizer necessário, transportá-lo com segurança e com o acompanhamento de equipe especializada até as unidades hospitalares referenciadas;



**Consórcio Intermunicipal do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência do Vale do Paraíba e da Região Serrana CISAMU**

- e). Participar dos planos de organização de socorros em caso de desastres ou eventos com múltiplas vítimas e situações de catástrofes;
- f). Manter diariamente, informação atualizada dos recursos disponíveis para o atendimento as urgências;
- g). Prover bancos de dados estatísticos atualizados no que diz respeito a atendimentos de urgência, dados médicos e de situações de crise, bem como de dados administrativos;
- h). Servir de fonte de pesquisa e extensão a instituições de ensino conforme;
- i). Identificar através do banco de dados da central de regulação, ações que precisam ser desencadeadas dentro da própria área da saúde e de outros setores, como trânsito, planejamento urbano, educação dentre outros;
- j). Participar da educação sanitária, proporcionando cursos de primeiros socorros à comunidade, e de suporte básico de vida aos serviços e organizações que atuam em urgências;

**PARÁGRAFO SEGUNDO** - Faz parte integrante deste CONTRATO DE GESTÃO os Anexos:  
Anexo Técnico I – Diretrizes do Contrato de Gestão;  
Anexo Técnico II - Plano de Trabalho – Técnico para a Operacionalização do SAMU192 do Vale do Paraíba e Região Serrana.

**CLÁUSULA SEGUNDA - OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DA CONTRATADA.**

2.1 Em cumprimento a sua obrigação cabe a Contratada, além das obrigações constantes deste contrato e daquelas estabelecidas na legislação pertinente, também o disposto nos diplomas federal, estadual e municipal que regem a presente contratação e as seguintes:

**2.1.1 NO QUE TANGE À ASSISTÊNCIA MULTIPROFISSIONAL:**

2.1.1.1 Garantir a realização de atendimento integral aos usuários assistidos, com equipe especializada da CONTRATADA, conforme estabelecida nas RDC (Resolução da Diretoria Colegiada) da ANVISA, portarias e outras normas técnicas, de forma ininterrupta com meios adequados a cada situação clínica, com remoção até a unidade hospitalar referenciada.

**2.1.2 NO QUE TANGE AO ASPECTO INSTITUCIONAL:**

2.1.2.1 Atender com seus recursos humanos e técnicos cidadãos que necessitem de atendimento pré-hospitalar.

2.1.2.2 Atender gratuitamente os usuários, sendo vedada a remuneração pelo atendimento por qualquer fonte de pagamento que não seja o CISAMU.

2.1.2.3 Observar, durante todo o Prazo do Contrato, a Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde (PNH/MS), visando o cumprimento do modelo de atendimento humanizado.

2.1.2.4 Acolher os usuários de acordo com os princípios da Humanização. Para tanto deverá seguir os preceitos da Política Nacional de Humanização (PNH).

2.1.2.5 Implantar os serviços de atenção ao usuário com as seguintes atribuições:

- a) Apresentar as informações necessárias ao usuário sobre o funcionamento da unidade e serviços;
- b) Avaliar e facilitar efetivamente as sugestões e informações do usuário;
- c) Tratar de forma individualizada e personalizada os usuários;
- d) Dar respostas às reclamações e sugestões realizadas pelos usuários;
- e) Favorecer a boa comunicação entre os profissionais de saúde e os usuários;
- f) Encaminhar relatório mensal de suas atividades



**Consórcio Intermunicipal do Serviço de Atendimento Móvel de  
Urgência do Vale do Paraíba e da Região Serrana CISAMU**

**2.1.3 NO QUE TANGE AO ASPECTO OPERACIONAL:**

- 2.1.3.1 Garantir o funcionamento ininterrupto do SAMU 192 do Vale do Paraíba e Região Serrana.
- 2.1.3.2 Garantir que o SAMU 192 do Vale do Paraíba e Região Serrana esteja devidamente cadastrado e atualizado no banco de dados do SCNES, conforme legislação vigente.
- 2.1.3.3 O SAMU 192 do Vale do Paraíba e Região Serrana deverá apresentar mensalmente os indicadores determinados pelo CISAMU.
- 2.1.3.4. Contratar, pessoal para execução das atividades previstas neste Contrato de Gestão, responsabilizando-se pelos encargos trabalhistas, previdenciários e, fiscais, e ainda pelas rescisões e indenizações trabalhistas resultantes da execução do objeto desta avença;
- 2.1.3.5 Cumprir o código de posturas do Município e as disposições legais, estaduais e federais;
- 2.1.3.6 Responsabilizar-se por eventuais paralisações dos serviços por parte de seus funcionários e contratados, sem repasse de qualquer ônus à Contratante, de modo que não ocorram interrupções dos serviços prestados;
- 2.1.3.7 Dar ciência imediata e por escrito, à Contratante, sobre qualquer não conformidade que verificar na execução dos serviços;
- 2.1.3.8 Prestar os esclarecimentos que lhe forem solicitados e atender prontamente as reclamações sobre seus serviços;
- 2.1.3.9 Prestação dos serviços com qualidade e eficiência, utilizando-se dos equipamentos de modo adequado e eficaz;
- 2.1.3.10 Na prestação dos serviços descritos no item anterior, a CONTRATADA deverá observar:
- a) Respeito aos direitos dos pacientes, atendendo-os com dignidade de modo universal e igualitário;
  - b) Manutenção da qualidade na prestação dos serviços;
  - c) Respeito à decisão do paciente em relação ao consentimento ou recusa na prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de eminente perigo de morte ou obrigação legal;
  - d) Garantia do sigilo dos dados e informações relativas aos pacientes.
- 2.1.3.11 Implantar em 60 (sessenta) dias as Comissões obrigatórias ao Serviço conforme legislação vigente dos respectivos Conselhos de Classe.

**2.1.4 NO QUE TANGE À GESTÃO DE PESSOAS:**

- 2.1.4.1 Promover a adesão de compromisso de todos os colaboradores com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), quais sejam os da universalidade, equidade, descentralização, integralidade e participação da comunidade.
- 2.1.4.2 Utilizar critérios técnicos quanto ao gerenciamento e controle de recursos humanos, observando as normas legais vigentes, em especial as trabalhistas e previdenciárias.
- 2.1.4.3 Elaborar ações de valorização do colaborador, agindo em seu desenvolvimento, integração, promoção, remuneração e parceria na execução das atividades.
- 2.1.4.4 Definir política de segurança ocupacional, com foco no bem-estar, a fim de proporcionar ambiente de trabalho seguro e saudável.
- 2.1.4.5 Responsabilizarem-se pelos encargos trabalhistas, previdenciários e, fiscais, e ainda pelas rescisões e indenizações trabalhistas relativos a seus empregados, bem como pelo cumprimento das normas legais vigentes nos âmbitos municipais, estaduais e federal e as normas internas de segurança e medicina do trabalho, resultantes da execução deste contrato, sem a transferência de qualquer ônus a Contratante;
- 2.1.4.6 Utilizar, para a contratação de pessoal, critérios exclusivamente técnicos, observando as normas legais vigentes, em especial as trabalhistas e previdenciárias;
- 2.1.4.7 Os profissionais contratados para a prestação dos serviços deverão ter comprovada capacidade técnica, com formação adequada ao serviço desempenhado;



**Consórcio Intermunicipal do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência do Vale do Paraíba e da Região Serrana CISAMU**

2.1.4.8 Os demais profissionais envolvidos diretamente na prestação dos serviços de urgência e emergência deverão estar registrados nos respectivos conselhos profissionais e atender às normas e requisitos próprios, conforme a regulamentação do Ministério da Saúde (MS);

2.1.4.9 Os profissionais a serem alocados nas funções indicadas no presente Termo de Referência deverão possuir qualificação e estar em quantitativo mínimo exigido pelo Ministério da Saúde, manter a habilitação e qualificação do SAMU 192 do Vale do Paraíba e Região Serrana dos serviços prestados aos beneficiários do CISAMU. Para tanto, deverão ser atendidas as obrigatoriedades da legislação vigente, inclusive a que diz respeito à Classificação Brasileira de Ocupações (CBO);

2.1.4.10 A CONTRATADA deverá dispor de mecanismos para pronta substituição de seus profissionais em caso de faltas, de forma a não interromper ou prejudicar os serviços prestados à população;

2.1.4.11 Os contratos entre a CONTRATADA e terceiros reger-se-ão pelas normas de direito privado, não se estabelecendo relação de qualquer natureza entre os terceiros e o Poder Público;

2.1.4.12 O conhecimento do CISAMU acerca de eventuais contratos firmados com terceiros não exime a CONTRATADA do cumprimento, total ou parcial, de suas obrigações decorrentes do Contrato de Gestão;

**2.1.5 NO QUE TANGE AOS BENS MÓVEIS E IMÓVEIS:**

2.1.5.1 Administrar, manter e reparar os bens imóveis e móveis públicos, cujo uso lhe seja permitido, em conformidade com o disposto nos respectivos termos do Contrato, até sua restituição ao CISAMU.

2.1.5.2 Manter em perfeitas condições os equipamentos e instrumentais cedidos pelo CISAMU, (Manutenção Preventiva e Corretiva) inclusive substituindo-os por outros do mesmo padrão técnico, conforme Termo de Permissão de Uso.

2.1.5.3 Manter uma ficha histórica com as intervenções realizadas nos equipamentos do CISAMU ao longo do tempo, especificando o serviço executado e as peças substituídas.

2.1.5.4 Disponibilizar permanentemente toda e qualquer documentação ou base de dados para acesso irrestrito e/ou auditoria do Poder Público.

2.1.5.5 Responsabilizarem-se por todos os ônus, encargos e obrigações comerciais, fiscais, sociais, tributárias, ou quaisquer outras previstas na legislação em vigor, bem como com todos os gastos e encargos com materiais e concessionárias.

2.1.5.6 Providenciar seguro contra incêndio, responsabilidade civil e patrimonial dos bens móveis cedidos pelo CISAMU, até 30 dias da assinatura do Contrato.

2.1.5.7 Transferir integralmente à Contratante, em caso de desqualificação e consequente extinção da Organização Social de Saúde, o patrimônio, os legados ou doações que lhe forem destinados, bem como os excedentes financeiros decorrentes da realização das atividades pactuadas neste contrato;

2.1.5.8 Adotar o símbolo e o nome designativo da unidade cujo uso lhe fora permitido;

2.1.5.9 Identificar os equipamentos e materiais de sua propriedade, se existir, de forma a não serem confundidos com similares de propriedade da Contratante;

2.1.5.10 Comunicar à Contratante, no prazo máximo de 24 (vinte e quatro) horas após sua ocorrência, quaisquer sinistros relativos aos bens e insumos sob sua guarda;

**2.1.6 NO QUE TANGE À TECNOLOGIA DE INFORMAÇÃO:**

2.1.6.1 Operacionalizar, no início das atividades assistenciais da Unidade, serviços de informática com sistema compatível ao utilizado pelo CISAMU para gestão que contemple no mínimo:

- a) Operar em todas as etapas, o sistema de informações (softwares), como segue:
- registro das atividades telefônicas;
  - registro das regulações médicas;
  - registro dos despachos médicos;





## Consórcio Intermunicipal do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência do Vale do Paraíba e da Região Serrana CISAMU

- registro dos retornos de atendimento;
- utilização de Tablets nas viaturas.
- b) Implantar e operacionalizar o sistema informatizado de rastreamento e monitoramento de viaturas, compatíveis com as necessidades do serviço;
- c) Operacionalizar todas as informações estatísticas do sistema para fim de faturamento, trabalhos e fornecimento de informações relativas ao serviço, quando solicitados.

### 2.1.7 NO QUE TANGE À PRESTAÇÃO DE CONTAS E OPERACIONALIZAÇÃO:

2.1.7.1 A Prestação de Contas será efetivada por meio da entrega mensal do Relatório de Prestação de Contas em meio físico e em Mídia Digital pesquisáveis, na Sede do CISAMU, até o dia 20 do mês subsequente à despesa, contendo os seguintes anexos:

- a) Ofício de encaminhamento ao Sr Presidente, devidamente assinado pela instância superior administrativa do projeto;
- b) Demonstrativo consolidado de receitas e despesas referentes ao mês;
- c) Demonstrativo de aplicações financeiras;
- d) Relações de despesas compromissadas para o mês subsequente;
- e) Demonstrativo de despesas por setor;
- f) Atestado de execução do plano de trabalho;
- g) Quadro de pessoal por setor;
- h) Demonstrativos de vencimentos, encargos, benefícios e provisionamentos;
- i) Demonstrativo de número de profissional por setor;
- j) Relação dos valores financeiros repassados, com indicação da Fonte de Recursos;
- k) Comprovantes de Despesas com indicação da fonte de Recursos;
- l) Balancete Financeiro;
- m) Extrato Bancário do mês das contas correntes e Aplicações Financeiras dos recursos recebidos;
- n) Relatório das Estatísticas de atendimento do período.
- o) Relatório Consolidado do alcance das metas de qualidade (Indicadores);

2.1.7.2 Apresentar ao CISAMU, no prazo por ele estabelecido, informações adicionais ou complementares que este venha formalmente solicitar.

2.1.7.3 Apresentar relatório com informações detalhadas e na periodicidade por este estabelecido, especialmente sobre:

- Relação com identificação dos atendimentos realizados, devidamente segmentados pela sua natureza;
- Quaisquer outras informações que o CISAMU julgar relevantes sobre as prestações do serviço e sobre as condições financeiras do SAMU 192 do Vale do Paraíba e Região Serrana.
- Informações de contato (telefone, endereço de correio eletrônico, formulário eletrônico, endereço de correspondência) para recebimento de reclamações, sugestões e esclarecimento de dúvidas dos usuários.

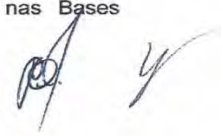
2.1.7.4 Apresentar mensalmente, relatório contendo todos os procedimentos realizados, bem como toda a documentação exigida, nos termos indicados e segundo a metodologia adotada pelo CISAMU.

2.1.7.5 Apresentar trimestralmente, os relatórios das comissões que venham ser constituídas pelo CISAMU.

2.1.7.6 Arquivar vias originais dos relatórios previstos, após analisados e aprovados pelo CISAMU que deverá mantê-los em arquivo até o fim do prazo do contrato de gestão.

2.1.7.7 Elaborar, implementar e entregar à Contratante, planos de cargos, salários e benefícios dos empregados;

2.1.7.8 Dispor de veículo administrativo apropriado para cumprir visitas técnicas nas Bases Descentralizadas e demais serviços de demandas administrativas;



## Consórcio Intermunicipal do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência do Vale do Paraíba e da Região Serrana CISAMU

- 2.1.7.9 Responsabilizar-se pela indenização de dano decorrente de ação, omissão voluntária, ou de negligência, imperícia ou imprudência, que seus agentes, nessa qualidade, causarem a usuário/paciente, aos órgãos do SUS e a terceiros a estes vinculados, assegurando o direito de regresso contra o responsável nos casos de dolo ou culpa, sem prejuízo das demais sanções cabíveis.
- 2.1.7.10 Os contratos entre a CONTRATADA e terceiros reger-se-ão pelas normas de direito privado, não se estabelecendo relação de qualquer natureza entre os terceiros e o Poder Público;
- 2.1.7.11 O conhecimento do CISAMU acerca de eventuais contratos firmados com terceiros não exime a CONTRATADA do cumprimento, total ou parcial, de suas obrigações decorrentes do Contrato de Gestão;
- 2.1.7.12 A CONTRATADA deverá providenciar a aquisição de mobiliário, equipamentos e materiais permanentes e de informática necessários para a perfeita oferta do serviço, devendo submeter à CONTRATANTE o respectivo orçamento para prévia análise de seus Órgãos Técnicos;
- 2.1.7.13 Na hipótese de reformas de natureza física ou estrutural das instalações, a CONTRATADA deverá submeter à CONTRATANTE o respectivo projeto com orçamento para prévia análise dos Órgãos Técnicos desta última;
- 2.1.7.14 As informações fiscais e contábeis deverão ser encaminhadas por via física e magnética, acompanhado do Relatório de Prestação de Contas nos moldes previstos no item assinado pelo responsável da CONTRATADA.
- 2.1.7.15 Na manutenção e apresentação dos documentos fiscais e contábeis, a CONTRATADA deverá manter em perfeita ordem todos os documentos, especialmente os respectivos livros e os comprovantes de todas as despesas contraídas, devendo apresentá-los sempre que requerido pelos órgãos fiscalizadores competentes.
- 2.1.7.16 Todos os comprovantes fiscais deverão ser emitidos em nome da CONTRATADA, e seus originais deverão ser carimbados com a identificação do número do Contrato de Gestão, e ficarão sob sua guarda com a disposição dos órgãos fiscalizadores.

### CLÁUSULA TERCEIRA - DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

3.1 Para execução dos serviços objeto do presente CONTRATO DE GESTÃO, o CONTRATANTE obriga-se a:

- a) Prover a Contratada dos meios necessários à execução do objeto deste contrato;
- b) Programar no orçamento do Consórcio Intermunicipal do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência do Vale do Paraíba e da Região Serrana – CISAMU, nos exercícios subsequentes ao da assinatura do presente Contrato, os recursos necessários, nos elementos financeiros específicos para custear a execução do objeto contratual;
- c) Inventariar e avaliar os bens, anteriormente à formalização dos termos de permissão de uso;
- d) Promover mediante autorização governamental, observando o interesse público, ao afastamento de servidores públicos para terem exercício na Organização Social de Saúde;
- e) Facilitar, por todos os meios, o exercício das atividades da Contratada, dando-lhe acesso às instalações das unidades usuárias de seus serviços, promovendo o bom entendimento entre seus servidores e os da Contratada;
- f) Garantir, junto às unidades usuárias dos serviços prestados, o fornecimento de toda e qualquer informação ou esclarecimento que eventualmente venham a ser solicitados pela Contratada e que digam respeito à natureza dos serviços contratados;
- g) Garantir, através de atuação conjunta com as diversas instâncias do CISAMU, a constante atualização das informações relativas a disponibilidades de serviços ofertados à população;
- h) Analisar, anualmente, a capacidade e as condições de prestação de serviços comprovadas por ocasião da qualificação da entidade como Organização Social de Saúde, para verificar se a mesma ainda dispõe de suficiente nível técnico assistencial para a execução do objeto contratual;



**Consórcio Intermunicipal do Serviço de Atendimento Móvel de  
Urgência do Vale do Paraíba e da Região Serrana CISAMU**

**CLÁUSULA QUARTA – DA AVALIAÇÃO**

4.1 A Comissão de Avaliação constituída pelo CISAMU procederá à verificação periódica do desenvolvimento das atividades e resultados obtidos pela ORGANIZAÇÃO SOCIAL com a aplicação dos recursos sob sua gestão, elaborando relatório conclusivo trimestral, que deverá ser encaminhado ao presidente do CISAMU.

**PARÁGRAFO PRIMEIRO**

A verificação de que trata o "caput" desta cláusula, relativa ao cumprimento das diretrizes de operacionalização estabelecidas pelas legislações Ministeriais que regem o Programa SAMU 192 e definidas para a CONTRATADA restringir-se-á aos resultados obtidos em sua conformidade com as legislações Ministeriais, execução, através dos indicadores de desempenho estabelecidos, e Relatórios Estatísticos dos Atendimentos;

Indicadores de Desempenho:

Os parâmetros e a metodologia de cálculo serão os pactuados no Anexo Técnico I do Contrato de Gestão e Anexo Técnico II – PLANO DE TRABALHO TÉCNICO PARA OPERACIONALIZAÇÃO DO SAMU 192 do Vale do Paraíba e Região Serrana.

Sua parametrização deverá ocorrer até 30 (trinta) dias após a assinatura do contrato.

**PARAGRAFO SEGUNDO**

A Comissão de Avaliação, referida nesta cláusula, deverá elaborar relatório anual conclusivo sobre a avaliação do desempenho da Contratada;

**PARAGRAFO TERCEIRO**

Os relatórios mencionados nesta cláusula deverão ser encaminhados ao Presidente do CISAMU para subsidiar a decisão acerca da manutenção da qualificação da entidade como Organização Social de Saúde;

**CLÁUSULA QUINTA - DO ACOMPANHAMENTO**

5.1 A execução do presente CONTRATO DE GESTÃO será acompanhada pela Comissão de Avaliação, nos termos do disposto neste CONTRATO DE GESTÃO e seus Anexos Técnicos e dos instrumentos por ela já definidos.

5.2 No valor da Transferência Mensal de Recursos poderá ser aplicada as Multas e Glosas apuradas em decorrência de descumprimento ao pactuado no Contrato de Gestão.

5.3 A transferência dos recursos financeiros será realizada até o décimo dia útil do mês em que os serviços estiverem sendo executados e as prestações de contas serão apresentadas até o dia 20 (vinte) do mês subsequente.

5.4 As despesas previstas e não realizadas no mês de referência deverão ser objeto de ajustes nos demonstrativos do mês subsequente.

5.5 Deverá ser restituído ao Poder Público o saldo dos recursos líquidos resultantes dos valores repassados, em caso de desqualificação da Organização Social.

5.6 No caso do item anterior, a Contratada deverá transferir, integralmente, ao CISAMU os legados ou doações que lhe foram destinados, benfeitorias, bens móveis e imobilizados instalados nos equipamentos de saúde, bem como os excedentes financeiros decorrentes da prestação de serviços de urgência e emergência cujo uso dos equipamentos lhe fora permitido.

5.7 A autorização para transferência dos recursos referentes ao custeio será emitida pela comissão de avaliação, precederá a efetivação do ato.



**Consórcio Intermunicipal do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência do Vale do Paraíba e da Região Serrana CISAMU**

5.8 As transferências das parcelas previstas no contrato só serão efetuadas mediante a demonstração do cumprimento das obrigações sociais e trabalhistas, relativas aos empregados vinculados ao contrato, referentes ao mês anterior à data do pagamento.

**CLÁUSULA SEXTA - DO PRAZO DE VIGÊNCIA**

6.1 O prazo de vigência do presente CONTRATO DE GESTÃO será de **36 (trinta e seis) meses**, a contar de sua assinatura, podendo ser prorrogado, obedecido o limite estabelecido no inciso II do artigo 57 da Lei Federal nº. 8.666/93 e suas alterações.

**PARÁGRAFO ÚNICO**

O prazo de vigência contratual estipulado nesta cláusula não exige a CONTRATANTE da comprovação da existência de recursos orçamentários para a efetiva continuidade da prestação dos serviços nos exercícios financeiros subseqüentes ao da assinatura deste CONTRATO DE GESTÃO.

**CLÁUSULA SÉTIMA - DOS RECURSOS FINANCEIROS**

7.1 Pela prestação dos serviços objeto deste CONTRATO DE GESTÃO, especificados nos Anexos Técnicos, a CONTRATANTE repassará a CONTRATADA, no prazo e condições constantes neste instrumento a importância global estimada de **R\$ 49.696.090,81 (quarenta e nove milhões e seiscentos e noventa e seis mil e noventa reais e oitenta e um centavos)**;

**PARÁGRAFO PRIMEIRO**

Do montante global mencionado no "caput" desta cláusula, o valor de **R\$ 1.702.551,27 (um milhão setecentos e dois mil quinhentos e cinquenta e um reais e vinte e sete centavos)**, correspondente a este exercício financeiro, cujo repasse dar-se-á na modalidade Contrato de Gestão, Fonte de Recursos proveniente do Consórcio Intermunicipal do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência do Vale do Paraíba e da Região Serrana - CISAMU;

**PARÁGRAFO SEGUNDO**

O valor restante dos exercícios subseqüentes correrá por conta dos recursos consignados nas respectivas leis orçamentárias.

**PARÁGRAFO TERCEIRO**

Os recursos repassados à CONTRATADA deverão ser por esta, aplicados no mercado financeiro, e os resultados dessa aplicação revertidos, exclusivamente, aos objetivos do presente CONTRATO DE GESTÃO.

**PARÁGRAFO QUARTO**

Os recursos financeiros para a execução do objeto do presente CONTRATO DE GESTÃO pela CONTRATADA poderão ser obtidos mediante transferências provenientes do Poder Público, doações e contribuições de entidades nacionais e estrangeiras, rendimentos de aplicações dos ativos financeiros da Organização Social de Saúde e de outros pertencentes ao patrimônio que estiver sob a administração da ORGANIZAÇÃO SOCIAL.

**PARÁGRAFO QUINTO**

A CONTRATADA deverá movimentar os recursos que lhe forem repassados pela CONTRATANTE em conta corrente específica e exclusiva, constando como titular a ORGANIZAÇÃO SOCIAL CONTRATADA, de modo a que não sejam confundidos com os recursos próprios da ORGANIZAÇÃO



Consórcio Intermunicipal do Serviço de Atendimento Móvel de  
Urgência do Vale do Paraíba e da Região Serrana CISAMU

**SOCIAL.** Os respectivos extratos de movimentação financeira deverão ser encaminhados mensalmente à CONTRATANTE.

**CLÁUSULA OITAVA - DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO**

8.1 No exercício vigente do presente CONTRATO DE GESTÃO, ano de 2016, o somatório dos valores a serem repassados fica estimado em **R\$ 1.702.551,27 (um milhão setecentos e dois mil quinhentos e cinquenta e um reais e vinte e sete centavos)**, sendo que a transferência a CONTRATADA será efetivada mediante a liberação de 02 (duas) parcelas mensais, para os meses de novembro a dezembro de 2016. Por conta da dotação orçamentária nº. **3390.3900.103021013.3401**, sendo a primeira parcela proporcional ao período de execução dos serviços, que será contado a partir do início das atividades.

**PARÁGRAFO PRIMEIRO**

As parcelas mensais, conforme exposto acima serão pagas até o 10º dia útil de cada mês, nos termos do previsto no Anexo Técnico - I deste Contrato de Gestão.

**PARÁGRAFO SEGUNDO**

A CONTRATADA fica obrigada a aceitar, nas mesmas condições contratuais, os acréscimos ou supressões que se fizerem necessários, a juízo da CONTRATANTE, até 25% (vinte e cinco por cento), conforme artigo 65, parágrafo 1º da Lei Federal nº 8.666/93, podendo ser aplicado, ainda, o que dispõe o inciso II, acrescentado ao parágrafo 2o. do referido artigo 65, pela Lei nº 9.648/98.

**PARÁGRAFO TERCEIRO**

Do valor a ser repassado mensalmente, previsto nesta Cláusula, poderão ser descontados os valores referentes às multas previstas, caso a Contratada não alcance os indicadores de desempenhos elencados nos Anexos Técnicos – Descrição dos Serviços e Sistema de Pagamento, conforme as regras ali estipuladas.

**PARÁGRAFO QUARTO**

A CONTRATANTE repassará à CONTRATADA o montante apurado referente ao dissídio e ou acordo coletivo das categorias profissionais previstas na legislação trabalhista ou nas Convenções de Acordos Coletivos inerentes aos profissionais nas suas respectivas datas bases de categoria, devendo a CONTRATADA provocar por meio de expediente próprio para requerer o referido repasse.

**PARÁGRAFO QUINTO**

Decorrido o prazo de **12 (doze) meses** da data da assinatura deste contrato, poderá a CONTRATADA fazer jus a repactuação do valor contratual, mediante avaliação da variação efetiva do custo de produção ou dos insumos utilizados na consecução do objeto contratual, com a apresentação de novo plano de trabalho.

**CLÁUSULA NONA - DA ALTERAÇÃO CONTRATUAL**

9.1 O presente CONTRATO DE GESTÃO, bem como os seus anexos, deverão ser anualmente revisados e alterados parcial ou totalmente, mediante prévia justificativa por escrito que conterão a declaração de interesse de ambas as partes e deverá ser autorizado pelo Presidente do CISAMU, através de Termo Aditivo.

**CLÁUSULA DÉCIMA - DA RESCISÃO**



## Consórcio Intermunicipal do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência do Vale do Paraíba e da Região Serrana CISAMU

10.1 A rescisão do presente CONTRATO DE GESTÃO obedecerá às disposições contidas nos artigos 77 a 80 da Lei Federal nº 8.666/93 e alterações.

### **PARÁGRAFO PRIMEIRO**

Verificada qualquer das hipóteses ensejadas de rescisão contratual prevista no artigo 78, da Lei Federal nº 8.666/93, o Poder Executivo providenciará a revogação dos termos de permissão de uso dos bens públicos e a cessação dos afastamentos dos servidores públicos colocados à disposição da CONTRATADA, não cabendo à ORGANIZAÇÃO SOCIAL direito de indenização sob qualquer forma, salvo na hipótese prevista no § 2º, do artigo 79 da Lei Federal 8.666/93.

### **PARÁGRAFO SEGUNDO**

A rescisão se dará por ato do Presidente do CISAMU, após manifestação da Comissão de Avaliação.

### **PARÁGRAFO TERCEIRO**

Em caso de rescisão unilateral por parte da CONTRATANTE, que não decorra de má gestão, culpa ou dolo da CONTRATADA, o CISAMU arcará com os custos relativos à dispensa do pessoal contratado pela ORGANIZAÇÃO SOCIAL para execução do objeto deste contrato, independente de indenização a que a CONTRATADA faça jus.

### **PARÁGRAFO QUARTO**

Em caso de rescisão unilateral por parte da CONTRATADA, a mesma se obriga a continuar prestando os serviços de saúde ora contratados, salvo dispensa da obrigação por parte da CONTRATANTE, por um prazo mínimo de 90 (noventa) dias, contados a partir da denúncia do CONTRATO DE GESTÃO, devendo no mesmo prazo, quitar suas obrigações e prestar contas de sua gestão à CONTRATANTE.

### **CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DAS PENALIDADES**

11.1 A inobservância, pela CONTRATADA, de cláusula ou obrigação constante deste CONTRATO DE GESTÃO e seus Anexos Técnicos, ou de dever originado de norma legal ou regulamentar pertinente, autorizará a CONTRATANTE, garantida a prévia defesa, a aplicar, em cada caso, as sanções previstas nos artigos 81, 86, 87 e 88 da Lei Federal 8.666/93 e alterações, combinado com o disposto no § 2º do artigo 7º da Portaria nº 1286/93, do Ministério da Saúde, quais sejam:

- a) Advertência;
- b) Multa;
- c) Suspensão temporária de participar de licitações e de contratar com a Administração Pública, por prazo não superior a 02 (dois) anos;
- d) Declaração de inidoneidade para licitar e contratar com a Administração Pública, enquanto perdurarem motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação.

11.2 – O não cumprimento dos prazos estipulados nesta licitação, por motivo não justificado, sujeitará a empresa licitante vencedora às sanções previstas na Lei Federal 8666/93, artigos 81, 86, 87 e 88, além de multas nos seguintes termos:

11.2.1 – Multa de 10,5% (dez vírgula cinco por cento) sobre o valor total da avença, pela recusa injustificada do adjudicatário em assinar, aceitar ou retirar o respectivo documento, dentro do prazo estabelecido pelo item subsequente deste edital.

11.2.2 – Multa de 10,5% (dez vírgula cinco por cento) sobre a parcela não executada do ajuste decorrente deste certame; ou por material não aceito por esta Administração, e não substituído no prazo fixado por esta, prazo esse que não excederá 15 (quinze) dias úteis, contados da intimação.



**Consórcio Intermunicipal do Serviço de Atendimento Móvel de  
Urgência do Vale do Paraíba e da Região Serrana CISAMU**

11.2.3 – Multa de 0,3% (zero vírgula três por cento) ao dia, por dia de atraso da obrigação não cumprida, até o décimo quinto dia.

11.2.4 – Multa de 0,4% (zero vírgula quatro por cento) ao dia, por dia de atraso da obrigação não cumprida, a partir do 16º dia, até o trigésimo dia, configurando-se, após esse prazo, a hipótese de rescisão unilateral da avença por parte dessa Administração pela inexecução, parcial ou total, de seu objeto.

11.2.5 – O pagamento dessas multas não exime a adjudicatária da reparação de eventuais danos, perdas ou prejuízos que seu ato punível venha a acarretar à contratante.

11.2.6 – As multas, calculadas como acima, deverão ser recolhidas no prazo de dez dias corridos, a contar da data do recebimento da comunicação enviada por esta Administração.

11.2.7 – As multas, calculadas como acima, poderão ser deduzidas, até seu valor total, de quaisquer pagamentos devidos à adjudicatária, mesmo que referentes a outras avenças, ou deduzidas de eventual garantia de contrato. Poderão, alternativamente, ser inscritas em Dívida Ativa para cobrança executiva ou cobradas judicialmente.

11.3 – A multa do item 11.2.1 não se aplica à recusa em assinar contrato por licitante que se enquadre nas premissas do artigo 64, § 2º, da Lei Federal 8666/93, em sua redação atual.

11.4 – Em caso de rescisão unilateral do contrato por culpa da adjudicatária, ouvida a área requisitante e/ou fiscalizadora e gerenciadora do contrato, perderá a contratada em benefício da Prefeitura Municipal de Taubaté direito a eventuais garantias realizadas, sem direito a reclamações ou qualquer indenização e sem prejuízo da aplicação das demais penalidades.

**PARÁGRAFO PRIMEIRO**

A imposição das penalidades previstas nesta cláusula dependerá da gravidade do fato que as motivar, consideradas as circunstâncias objetivas que o tenham norteado, e dela será notificada a CONTRATADA.

**PARÁGRAFO SEGUNDO**

As sanções previstas nas alíneas "a", "c" e "d" desta cláusula poderão ser aplicadas juntamente com a alínea "b".

**PARÁGRAFO TERCEIRO**

A CONTRATADA terá o prazo de 05 (cinco) dias úteis para interpor recurso, dirigido ao Presidente do CISAMU, contados da data de publicação na imprensa oficial, de decisão relativa à aplicação de penalidades. Não obstante a publicação no Diário Oficial do Estado, a CONTRATANTE deverá comunicar formalmente por correspondência, dirigida a CONTRATADA, sobre a decisão relativa à aplicação de penalidades.

**PARÁGRAFO QUARTO**

O valor da multa que vier a ser aplicada será comunicado à CONTRATANTE e o respectivo montante será descontado dos pagamentos devidos em decorrência da execução do objeto contratual, garantido o direito de prévia defesa da CONTRATADA.

**PARÁGRAFO QUINTO**

A imposição de qualquer das sanções estipuladas nesta cláusula não elidirá o direito da CONTRATANTE exigir indenização integral pelos prejuízos que o fato gerador da penalidade acarretar para os órgãos gestores do SUS, seus usuários e terceiros, independentemente da responsabilidade criminal e/ou ética do autor do fato.



**Consórcio Intermunicipal do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência do Vale do Paraíba e da Região Serrana CISAMU**

**CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS**

12.1 - Fica expressamente vedada a cobrança de serviços médicos e outros complementares, por parte da CONTRATADA, que não aqueles ora contratados, bem como da cobrança feita, por parte da CONTRATADA, ao paciente ou ao seu representante, por profissional empregado ou preposto, em razão da execução deste CONTRATO.

12.2 - Sem prejuízo do acompanhamento, da fiscalização e da normatividade suplementar exercida pela CONTRATANTE sobre a execução do presente CONTRATO DE GESTÃO, a CONTRATADA reconhece a prerrogativa de controle e autoridade normativa genérica da direção nacional do Sistema Único de Saúde - SUS, decorrente da Lei Federal 8080/90 (Lei Orgânica de Saúde), ficando certo que a alteração decorrente de tais competências normativas será objeto de termo aditivo, ou de notificação dirigida a CONTRATADA.

12.3 - A CONTRATADA poderá a qualquer tempo e mediante justificativa apresentada ao Presidente do CISAMU, propor a devolução de bens ao Poder Público, cujo uso fora a ela permitido e que não sejam necessários ao cumprimento dos indicadores avançados.

**CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - DA PUBLICAÇÃO**

13.1 O CONTRATO DE GESTÃO será publicado no Diário Oficial do Estado de São Paulo, no prazo máximo de 20 (vinte) dias, contados da data de sua assinatura.

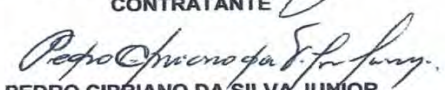
**CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA - DO FORO**

14.1 Fica eleito foro de Taubaté, com renúncia de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para dirimir quaisquer questões oriundas deste CONTRATO DE GESTÃO, que não puderem ser resolvidas pelas partes.

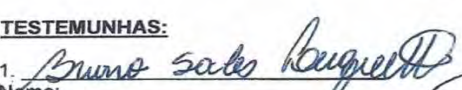
E, por estarem certos e ajustados, foi lavrado este instrumento em 02 (duas) vias de igual teor e forma, digitados apenas no anverso, assinada a última folha e rubricadas as anteriores, ficando uma via com o CONTRATANTE e a outra com a CONTRATADA, lido na presença de 02 (duas) testemunhas abaixo, para que surta todos os efeitos legais.

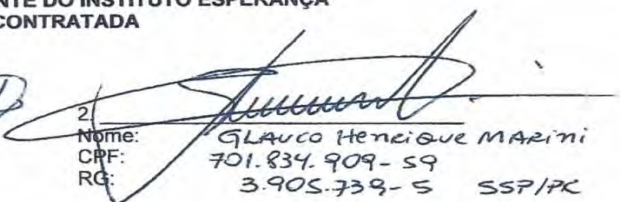
Taubaté, 25 de outubro de 2016.

  
**CLODOMIRO CORRÊIA DE TOLEDO JÚNIOR**  
PRÉSIDENTE DO CISAMU  
CONTRATANTE

  
**PEDRO CIPRIANO DA SILVA JÚNIOR**  
DIRETOR PRESIDENTE DO INSTITUTO ESPERANÇA  
CONTRATADA

**TESTEMUNHAS:**

1.   
Nome: **Bruno Sales Ruggieri**  
CPF: **087.233.297-77**  
RG: **105.22.425-7**

2.   
Nome: **GLAUCIO HENRIQUE MARINI**  
CPF: **701.834.909-59**  
RG: **3.905.739-5 SSP/PC**



Consórcio Intermunicipal do Serviço de Atendimento Móvel de  
Urgência do Vale do Paraíba e da Região Serrana CISAMU

**EXTRATO DE TERMO DE CONTRATO DE GESTÃO**

**CONTRATANTE:** CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DO  
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA DO  
VALE DO PARAÍBA E DA REGIÃO SERRANA – CISAMU  
**CONTRATADA:** INSTITUTO ESPERANÇA - IESP  
**PROCESSO:** 01/16 **ASSINATURA:** **OBJETO:**  
OPERACIONALIZAÇÃO DA UNIDADE DE SERVIÇO DE  
ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192 **VALOR:**  
R\$ 49.696.090,81 **MODALIDADE:** CHAMAMENTO PÚBLICO  
Nº. 01/16.



**Termo Aditivo ao Contrato de Gestão nº 01/2016, celebrado entre o CISAMU e o IESP**

**Consórcio Intermunicipal do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência do Vale do Paraíba e da Região Serrana – CISAMU**  
**Campos do Jordão | Lagoinha | Natividade da Serra | Redenção da Serra | Santo Antônio do Pinhal | São Luiz do Paraitinga | Taubaté | Tremembé**

---

**TERMO DE PRORROGAÇÃO DE CONTRATO**

O CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA DO VALE DO PARAÍBA E REGIÃO SERRANA - CISAMU, CNPJ/MF sob nº. 23.984.518/0001-02, com sede na Avenida Professora Marisa Lapido Barbosa, 51, bairro Piracangaguá, Taubaté-SP, denominada **CONTRATANTE**, neste ato representado pelo Senhor Presidente do CISAMU José Bernardo Ortiz Monteiro Junior e, de outro lado, a empresa INSTITUTO ESPERANÇA – IESP, CNPJ/MF sob nº 10.779.749/0001-32 estabelecida na Avenida Itália, 928 15º andar Sala 1508, Jardim das Nações, Taubaté-SP de ora em diante denominada **CONTRATADA**, neste ato representado por seu presidente o senhor Pedro Cipriano da Silva Junior, portador da CIRG sob nº 3.692.782-0 e CPF sob nº 362.210.317-53 abaixo assinados, resolvem, de comum acordo e na melhor forma de direito, a vista do decidido nos autos do **Processo Administrativo de Chamamento Público sob nº. 001/2016**, em face do permitido no artigo 57 da Lei Federal nº. 8.666, de 21 de junho de 1993 e suas alterações, **PRORROGAR** por mais **24 (vinte e quatro) meses**, com vigência até **25 de Outubro de 2021**, o prazo para execução da prestação de serviços do contrato celebrado entre as partes em **25 de Outubro de 2016**, totalizando **R\$ 27.334.864,32 (Vinte e Sete Milhões Trezentos e Trinta e Quatro Mil Oitocentos e Sessenta e Quatro Reais e Trinta e Dois Centavos)** para a **objeto OPERACIONALIZAÇÃO DO SERVIÇO DE URGÊNCIA SAMU 192 DO VALE DO PARAÍBA E REGIÃO SERRANA**, onerando a despesa a conta da verba da Lei orçamentária vigente, permanecendo ratificadas as demais cláusulas contratuais.





**Consórcio Intermunicipal do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência do Vale do Paraíba e da Região Serrana – CISAMU**  
**Campos do Jordão | Lagoinha | Natividade da Serra | Redenção da Serra | Santo Antônio do Pinhal | São Luiz do Paraitinga | Taubaté | Tremembé**

E, para firmeza e validade jurídica do que fica aqui convencionado foi este Termo lido e achado conforme pelas partes, ante as testemunhas a tudo presentes e por todos assinado.

Taubaté, 25 de outubro de 2019.

1º REG. CIVIL  
Cartório de Registro Civil 1º sub distrito  
Reconheço por semelhança a firma indicada de  
PEDRO CIPRIANO DA SILVA JUNIOR  
que compareceu a este cartório em 26/10/2019  
Taubaté, 26/10/2019. O Cartório de Registro Civil  
Total: 02.259.578-0  
Assine somente com o selo de autenticidade

**JOSÉ BERNARDO ORTIZ MONTEIRO JUNIOR**  
**PRESIDENTE CISAMU**

**PEDRO CIPRIANO DA SILVA JUNIOR**  
**PRESIDENTE INSTITUTO ESPERANÇA – IESP**

**TESTEMUNHAS:**

**NOME**  
**RG: 27.259.578-0**

**Odin Abud**  
Coordenador Administrativo  
CRC-SP 283350

**NOME**  
**RG: 29874.988-9**

Rua Cel. Marechal de Mattos, 181 - Quirimim - SP  
Fone: (12) 3686-2672 - E-mail: assina@cartorodequiririm.com.br  
Re: Vera Lucia Rother de Camargo - Oficial Tabelião

Reconheço por Semelhança(s) a(s) firma(s) de:  
[0829943]-JOSE BERNARDO ORTIZ MONTEIRO JUNIOR.....  
Taubaté, 26 de Novembro de 2019 Em Test.  da Verdade.  
FERNANDA CRISTINA DE OLIVEIRA CARDOZO - ESCRIVENTE  
Custas por Firma R\$ 9,68 Selo: 1183AAB121156  
AA186482

**CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DO SERVIÇO DE  
ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA DO VALE DO PARAÍBA  
E DA REGIÃO SERRANA – CISAMU**

**CAMPOS DO JORDÃO | LAGOINHA | NATIVIDADE DA SERRA |  
REDENÇÃO DA SERRA | SANTO ANTÔNIO DO PINHAL | SÃO LUIZ DO  
PARAITINGA | TAUBATÉ | TREMEMBÉ**

TERMO DE ADITAMENTO AO CONTRATO DE GESTÃO CELEBRADO ENTRE O CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA DO VALE DO PARAÍBA E REGIÃO SERRANA – CISAMU E A ORGANIZAÇÃO SOCIAL INSTITUTO ESPERANÇA – IESP QUALIFICADA COMO ORGANIZAÇÃO SOCIAL PARA OPERACIONALIZAÇÃO DA UNIDADE DE SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA – SAMU 192.

**I – DAS PARTES**

O CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA DO VALE DO PARAÍBA E REGIÃO SERRANA – CISAMU, pessoa jurídica de direito público, inscrita no CNPJ/MF sob nº 23.984.518/0001-02 com sede na Avenida Professora Marisa Lápido Barbosa, 51 – Bairro – Piracangagua – CEP 12042-405- Taubaté – Estado de São Paulo, neste ato representado por seu Presidente, sr. José Antônio Saud Junior, brasileiro, casado, portador da CI/RG 14.791.131-X e CPF/MF 014.076.678-23, doravante denominado CONTRATANTE e de outro lado o Instituto Esperança – IESP, qualificado como Organização Social pelo CISAMU. portador do CNPJ/MF 10.779.749/0001-32, com sede a Avenida Itália, 928 – 15º andar – sala 1508 – Jardim das Nações – Taubaté – Estado de São Paulo – CEP 12.030-212, com estatuto social registrado no numero de ordem 27, no Cartório do Ofício do Foro de São Fidélis, neste ato representado por seu Presidente sr. Pedro Cipriano da Silva Junior, brasileiro, casado, portador da CI/RG 3.692.782-0 e CPF/MF 362.210.317-53, doravante denominado CONTRATADO, tendo em vista o que consta no processo administrativo de chamamento publico nº 001/2016, e em observância as disposições da lei federal 8.080 de 19 de setembro de 1990, bem como o disposto na lei 8.666 de 21 de junho de 1993 e processo administrativo 01/2021 e justificativas apresentadas pela coordenação administrativa do CISAMU; aprovação do pedido de prorrogação excepcional do contrato de gestão, ratificado pelos membros consorciados, resolvem celebrar o presente Termo de Aditamento ao contrato de gestão referente a operacionalização do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192 do Vale do Paraíba e Região Serrana, nos seguintes termos:

**I - CLAUSULA PRIMEIRA**

I.1 O objeto do presente Termo de Aditamento é a prorrogação, por mais 03 (três) meses, do prazo de vigência do contrato de gestão que trata de serviços continuados de operacionalização do serviço de atendimento móvel de urgência – SAMU 192 do Vale do Paraíba e região Serrana, conforme previsto na clausula sexta – do prazo de vigência e nos termos do, art. 57 - § 4º da Lei 8.666/93, com início na data de 26 de outubro de 2021 e término em 26 de janeiro de 2022.





Parágrafo único – Haverá encerramento antecipado da vigência contratual, caso concluído o processo licitatório para contratação do serviço objeto do presente ajuste, sem a necessidade de pagamento de indenização ao contratado.

**CLAUSULA SEGUNDA – DOS RECURSOS FINANCEIROS**

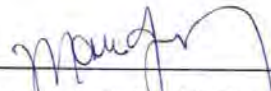
II - Os valores dos repasses mensais realizados pelo CONTRATANTE ao CONTRATADO, não sofrerão reajustes no período aditado, mantendo-se em R\$ 1.462.096,71 (hum milhão, quatrocentos e sessenta e dois mil, noventa e seis reais e setenta e um centavos), por mês, perfazendo o montante total de R\$ 4.386.290,13 (quatro milhões, trezentos e oitenta e seis mil, duzentos e noventa reais e treze centavos) pelos 03 meses da prestação dos serviços e correrão por conta da dotação orçamentária nº 10.302.0001.2.002 – SAMU OPERACIONAL – 3.3.90.39.00-OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS PESSOA JURIDICA.

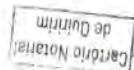

**CLAUSULA TERCEIRA – DA RATIFICAÇÃO**

III – Ficam ratificadas todas as demais cláusulas e condições pactuadas no Contrato de Gestão, que não tenham sido atingidas pelas disposições deste termo aditivo.

Por estarem certos e ajustados, foi lavrado o presente termo de aditamento contratual em duas (02) vias de igual teor e forma, que seguem assinadas na presença das testemunhas abaixo, para que produzam os efeitos legais

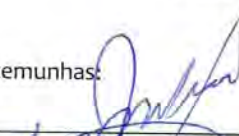
Taubaté, 26 de outubro de 2021.


  
\_\_\_\_\_  
José Antonio Saud Junior  
Presidente do CISAMU – Contratante.

  
  
\_\_\_\_\_  
Pedro Cipriano da Silva Junior  
Presidente do Instituto Esperança – Contratado.



**Testemunhas:**

  
\_\_\_\_\_  
Nome José Antonio Saud Junior  
C/IRG 4.129.725  
CPF/MF 058497288-20

  
\_\_\_\_\_  
Nome MONICA FREITAS LOUCHE  
C/IRG 314793 MB  
CPF/MF 632.338.226-93



Responsáveis Técnicos

**Cargo: Diretor Técnico**

**Nome: Ernesto Carlos Pessanha Filho      CPF: 054.088.687-45**

**Cursos de formação acadêmica – Curso (s) superior (es) reconhecido (s) pelo MEC:**

Curso: Medicina

Instituição: Faculdade de Medicina de Campos. Concluído em novembro de 2003.

Período: Concluído Novembro 2003.

**Especialização na área de Dermatologia:**

Curso: Especialização em Dermatologia

Instituição: Associação Médica Brasileira

Período: Concluído em abril de 2007.



COMPROVAÇÃO DA QUALIFICAÇÃO TÉCNICA



*Luiz Roberto Benedito Pereira Neves*  
FACULDADE DE MEDICINA DE CAMPOS

O Diretor da Faculdade de Medicina de Campos, no uso de suas atribuições e tendo em vista a conclusão do Curso de Medicina em 28 de novembro de 2003, com o título de

MÉDICO

**ERNESTO CARLOS PESSANHA FILHO**

Portador da cédula de identidade R. G. n.º 13562465-1119-10 nacionalidade brasileira nascido em 23 de março de 1981 municipal do Estado do Rio de Janeiro.

e outorga-lhe o presente Diploma, a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

CAMPOS DOS GOYACAZES, 28 de novembro de 2003

*Naércio L. Chagas*  
SECRETARIA

*Ernesto Carlos Pessanha Filho*  
DIRETOR

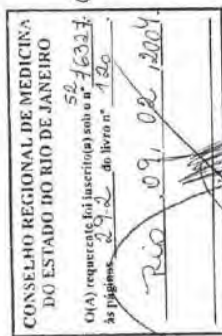


Faculdade de Medicina de Campos - SP  
AUTENTICAÇÃO  
03 SET. 2019



Autenticação  
19057  
AUTENTICAÇÃO  
AU0462AR0127090

3



**FACULDADE DE MEDICINA DE CAMPOS**  
Reconhecida pelo Decreto Federal nº 71.814 de 07/02/73,  
publicado no Diário Oficial de 08/02/73

**MEC - UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE**  
Diploma registrado sob o nº 00365/2004-4  
Por delegação de competência do Ministério de Educação e Cultura nos Termos da Portaria MEC/DAU nº 30 de 23/05/79.  
DCD / DAE 13 / 01 / 2004  
Visto: Paula Paula Mauro da Almeida Santos  
Diretor do DCD Diretor do DAE  
M.E. UFF 05485-2  
M.E. UFF 04443-7

**Leucinei Gomes das Chagas** **Prof. Jair Araújo Junior**  
SECRETARIA DIRETOR



Nº 001219

*Handwritten mark*





**AMB**  
Associação Médica Brasileira

Associação Médica Brasileira  
Sociedade Brasileira de Dermatologia

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA  
**SBD**  
SECRETARIA

conferem o

**Título de Especialista em Dermatologia**

ao

**Dr. Ernesto Carlos Pessanha Filho**

por ter obtido aprovação em concurso realizado segundo as normas estabelecidas pela  
Associação Médica Brasileira e a Sociedade Brasileira de Dermatologia.

São Paulo, 15 de abril de 2007

*[Signature]*  
Dr. Antônio Jorge Salomão  
Secretário-Geral da AMB

*[Signature]*  
Dr. Sérgio Luiz Lira Palma  
Presidente da SBD

*[Signature]*  
Dr. Cláudia Carouli Alcantara Gomes  
Secretária-Geral da SBD

*[Signature]*  
Dr. Leticia Lopes Ferreira  
Presidente AMB

*[Handwritten mark]*



**CARTEIRA DE IDENTIDADE PROFISSIONAL, EMITIDO PELO CRM-SP**



30 JUN 2021

QUBIRI V - (12) 8686-2672  
TABELIA CAMARGO - TABELIA

AUTENTICO A PRESENTE COPIA REPROGRAFICA EXTRAIDA NESTA SERVENTIA A QUAL CONFERE COM O ORIGINAL A MINHA ASSINATURA DO QUE DOU FE.

Val. Sim. cf  
São Aut. Aut.

GISELI RODRIGUES GOMES BARIANI  
DIEGO MOLTERRINO NASCIMENTO  
MARCOS FERNANDES ANTUNES  
MAYRA DE PAIVA MIRANDA  
JOICE BARBOSA DA SILVA NEVES



**CFM-CRM**  
Conselho Federal e Regional de Medicina



**CERTIFICADO**

A Comissão de Especialidades Médicas do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, certifica que analisou e aprovou, conforme as normas em vigor, o registro de qualificação de especialista do(a) médico(a) abaixo:

Dr(a): **ERNESTO CARLOS PESSANHA FILHO - CRM 167759**

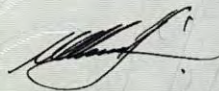
Especialidade: **DERMATOLOGIA**

RQE: **79715**

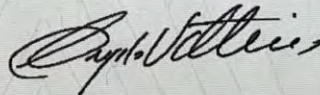
Data de Aprovação: **11/07/2019**

São Paulo, 09 de agosto de 2019.

CFM-CRM



Dr. Mario Jorge Tsuchiya  
Presidente



Dr. Angelo Vattimo  
Diretor 1º Secretário



987660

### **CERTIFICADO DE INSCRIÇÃO DE PESSOA JURÍDICA**

O Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, CERTIFICA que a Pessoa Jurídica abaixo, se encontra devidamente inscrita sob o número **987660**, desde **02/08/2019**, em cumprimento à Lei Federal 6.839, de 30/10/1980 e às Resoluções CFM nº 997, de 23/05/1980, e 1.980, de 07/12/2011.

<b>Razão Social</b>	INST ESPERANCA
<b>Nome Fantasia</b>	INST ESPERANCA
<b>CNPJ</b>	10.779.749/0001-32
<b>Endereço</b>	AV ITALIA 928 SL 1508 - JARDIM DAS NACOES - TAUBATE - CEP: 12030212
<b>Classificação</b>	PRESTACAO DE SERVICOS MEDICOS TERCEIRIZADOS
<b>Diretor Técnico</b>	ERNESTO CARLOS PESSANHA FILHO - CRM nº 167759

**Validade deste Certificado**  
**31/08/2022**

Este Certificado atesta a REGULARIDADE da inscrição do estabelecimento acima neste Conselho e deve ser renovado anualmente ou quando da alteração de qualquer um de seus itens e afixado em local visível ao público em geral e acessível à fiscalização.

São Paulo, 01 de Setembro de 2021.



**DR. ANGELO VATTIMO**  
Diretor 1º Secretário



Emitido através do site <http://www.cremesp.org.br> em 01/09/2021 às 11:32:14  
A autenticidade deste Certificado poderá ser verificada no endereço:  
<http://www.cremesp.org.br/?site=Acao=ServicosEmpresasConsultaCertificado>  
Cep: 01307-002 - São Paulo-SP  
Telefone: (11) 4349-9900 | [www.cremesp.org.br](http://www.cremesp.org.br)

**Cargo: Diretor Financeiro**

**Nome: Pedro Feijó Setti da Silva      CPF: 148.283.791-6**

**Cursos de formação acadêmica – Curso (s) superior (es) reconhecido (s) pelo MEC:**

Curso: Bacharel em Administração

Instituição: Faculdade Machado de Assis. Concluído em setembro de 2017

Período: Concluído Setembro 2017

**Curso de pós-graduação, em nível de Especialização (com carga horária mínima de 360 horas), reconhecido pelo MEC:**

Curso: MBA em Administração Hospitalar - Pós-Graduação Lato Sensu – Especialização

Instituição: Universidade Anhanguera Uniderp.

Período: Concluído em julho de 2021.

Carga Horária: 360



## COMPROVAÇÃO DA QUALIFICAÇÃO TÉCNICA



## Universidade Anhanguera Uniderp

Credenciada pelo Decreto Federal de 18 de dezembro de 1996 no D.O.U. nº 246 de 19 de dezembro de 1996.

Credenciado pela Portaria Ministerial nº 4069, de 29/11/2005 D.O.U. nº 229, de 30/11/2005.



## Certificado

O(a) Reitor(a) da Universidade Anhanguera Uniderp, no uso de suas atribuições legais, certifica que

## Pedro Feijó Setti da Silva

Brasileiro(a), natural de Mangaratiba-RJ nascido(a) em 16/06/1993, portador do RG: 288697915 DETRAN-RJ CPF: 14828344721 concluiu o curso de MBA em Administração Hospitalar - área de conhecimento: Negócios, administração e direito, de Pós-Graduação Lato Sensu, com duração de 360 horas, de acordo com a Resolução Nº 1 de 06 de abril de 2018 do CNE/CES - D.O.U. de 06 de abril de 2018.

Campo Grande-MS, 21 de julho de 2021

Isadora Ferreira Costa Faria  
Diretora Processos RegulatóriosHistórico escolar: Pedro Feijó Setti da Silva  
Período de realização: 19/01/2021 a 20/07/2021, Carga horária: 360 horas.  
Polo/Unidade: Unidade Presencial Anhanguera - Taubate II


2368478

Disciplinas	Corpo Docente	Titulação	Carga Horária			Frequência	Conceito	Resultado
			Prática	Teórica	Total			
Liderança	Regis Garcia	Doutor(a)	0	40	40	100	7,0	Aprovado
Negociação e marketing empresarial	Emerson Carlos Gomes	Especialista	0	40	40	100	9,0	Aprovado
Estratégia executiva	Regis Garcia	Doutor(a)	0	40	40	100	7,0	Aprovado
Auditória hospitalar	Thais Stefane	Mestre(a)	0	40	40	100	8,0	Aprovado
Gestão da qualidade e acreditação hospitalar	Ana Paula Keller de Matos	Mestre(a)	0	40	40	100	8,0	Aprovado
Fundamentos de administração geral e hospitalar	Luiz Antonio Gentile Junior	Especialista	0	40	40	100	7,0	Aprovado
Gestão da cadeia de suprimentos e resíduos de saúde	Aline Teotomo Rodrigues	Doutor(a)	0	40	40	100	9,0	Aprovado
Aspectos legais e normatizações em saúde	Aline Teotomo Rodrigues	Doutor(a)	0	40	40	100	8,0	Aprovado
Gestão de informações em serviços hospitalares	Fernanda Maria de Miranda	Mestre(a)	0	40	40	100	8,0	Aprovado

Certificado registrado sob o nº 21287 Livro 89, nos termos da Resolução Nº 1 de 06 de abril de 2018 do CNE/CES - D.O.U. de 06 de abril de 2018, e de acordo com as Normas Internas da Instituição sobre a matéria. Campo Grande-MS, 21 de julho de 2021.

Assinado digitalmente por:  
Isadora Ferreira Costa Faria  
Rosinalva Alves Goncalves  
Data: 21/07/2021 07:53:17 (Horário de Brasília)Verifique a autenticidade deste certificado através do QR Code ou acesse [https://kroton.platosedu.io/docs/validar\\_codigo:671.671.62a0b3db4e484928c8ddcf3d203717b15f0a0b12608e1aee6054f373e41b0fa4](https://kroton.platosedu.io/docs/validar_codigo:671.671.62a0b3db4e484928c8ddcf3d203717b15f0a0b12608e1aee6054f373e41b0fa4)

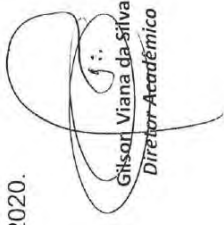
**FACULDADE MACHADO DE ASSIS**




O Diretor da Faculdade Machado de Assis, no uso de suas atribuições e tendo em vista a conclusão do Curso de **ADMINISTRAÇÃO**, na data de 07/07/2017, e a colação de grau na data de 11/09/2017, confere o grau de **Bacharel** a **PEDRO FEIJÓ SETTI DA SILVA**

nacionalidade brasileira, natural de Mangaratiba/RJ, nascido em 16/06/1993, Cédula de Identidade nº 28.869.791-5 SECC/RJ, e outorga-lhe o presente Diploma, a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

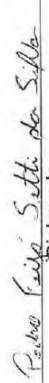
Rio de Janeiro, 20 de outubro de 2020.



Gilsor Viana da Silva  
Diretor Acadêmico




Edson Dias de Almeida  
Secretário de Registros Acadêmicos




Pedro Feijó Setti da Silva  
Diplomado

**COPIA REDUZIDA**



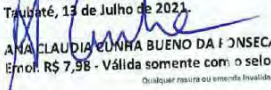
REPÚBLICA FEDERAL DO BRASIL  
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO



112821  
AUTENTICIDADE  
A014484480175645

AS ESTAMPAS E DE PROTESTO DE  
CURSOS E TÍTULOS DE TAUBATÉ - SP  
Linha de Rua - Praça de Fozes

AUTÊNTICO, o anverso e verso da presente cópia  
reprodutível nestas notas, a qual confere  
com o original, do que dou fé.  
Taubaté, 13 de Julho de 2021.



ANA CLAUDIA CUNHA BUENO DA FONSECA - ESCRIVENTE  
Emp. R\$ 7,98 - Válida somente com o selo de AUTENTICIDADE.  
Qualquer rasura ou emenda invalida este documento



**FACULDADE MACHADO DE ASSIS** – Rio de Janeiro-RJ  
Mantida pela Associação Educacional Machado de Assis  
CNPJ: 39.108.469/0001-84

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS-SP**  
Recredenciamento Port. 721-DOU de 09/08/2013  
Edição 153-Seção 1- p. 21

Recredenciada pela Portaria nº 2.096, de 05/12/2019  
DOU nº 236 de 06/12/2019, Seção 1, p. 75-76.

**Curso de Bacharelado em Administração**  
Reconhecido pela Portaria nº 208 de 25 de junho de 2020,  
publicada no DOU nº 128, em 07/07/2020, seção 1, p. 83.

Processo No. 10405/20

Diploma Registrado sob No. 751570

Por delegação de competência do Ministério da Educação, nos termos da Lei 9.394,  
publicada no Diário Oficial da União em 23 de dezembro de 1996.

São Carlos/SP 08 / 01 / 2021



**Roseli Aparecida Francisco Barbosa**  
Coordenadora de Registro de Diplomas  
Delegação Port. GR 3597 de 11/03/2019  
Matricula 6425030

**CARTEIRA DE IDENTIDADE PROFISSIONAL, EMITIDO PELO CRA-SP**


**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**CONSELHO REGIONAL DE ADMINISTRAÇÃO**  
 DE SÃO PAULO  
 CARTEIRA DE IDENTIDADE PROFISSIONAL

REGISTRO	DATA DO REGISTRO	VIA
150965	30/04/2021	1ª
NOME	PEDRO FEIJÓ SETTI DA SILVA	
TÍTULO PROFISSIONAL	ADMINISTRADOR	
DOC. IDENTIFICAÇÃO	DATA EXP.	ORGÃO EXPEDIDOR
28.869.791-8	09/05/2011	SSPIRJ
CPF	148.263.447-21	

  
 ASSINATURA DO PORTADOR  
*Pedro Setti*  
 TEM FE PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL - LEI Nº 6.206/75


**FAVIAÇÃO FRANCISCO FEIJÓ**  
**MAURO SETTI FERREIRA DA SILVA**  
 NASCIMENTO: **BRASILEIRA**  
**RIO DE JANEIRO - RJ**  
**FACULDADE MACHADO DE ASSIS - FAMA**

REGISTRO MEC Nº  
 X.X.X.X.X

Identidade profissional de ADMINISTRADOR, habilitado na  
 forma da Lei Nº 4.798, de 26/09/1965  
 CIP VÁLIDA ATÉ: **30/04/2023**  
**SÃO PAULO - SP 28/05/2021**

  
 LOCAL E DATA DE EXP. **PRESIDENTE DO CRA-SP**  
 TEM FE PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL - LEI Nº 6.206/75



**Cargo: Diretora Administrativa**

**Nome: Adriana Moretto Silva      CPF: 971.611.950-04**

**Cursos de formação acadêmica – Curso (s) superior (es) reconhecido (s) pelo MEC:**

Curso: Bacharel em Administração

Instituição: Universidade de Taubaté-SP. Concluído em março de 2005.

Período: Concluído Março 2005.





CONSELHO REGIONAL DE ADMINISTRAÇÃO DE SÃO PAULO  
A SERVIÇO DA ADMINISTRAÇÃO

**CERTIDÃO DE REGULARIDADE PROFISSIONAL**

O CONSELHO REGIONAL DE ADMINISTRAÇÃO DE SÃO PAULO CERTIFICA que o profissional identificado no presente documento encontra-se em situação REGULAR neste Regional.

Nome: ADRIANA MORETTO SILVA  
CPF: 971.611.950-04  
Registro PRINCIPAL-CRA/SP: 150879  
Categoria: ADMINISTRADOR

A presente certidão não quita nem invalida quaisquer débitos ou infrações que, posteriormente, venham a ser apurados contra o titular deste registro.

A falsificação deste documento constitui-se em crime previsto no Código Penal, sujeitando o autor à respectiva ação penal.

**Emissão:** SÃO PAULO, 10 de novembro de 2021.

**Validade:** 31/12/2021, desde que o registro permaneça em situação regular.

Confirme a autenticidade e a regularidade deste documento na página [www.crasp.gov.br/crasp/validacao](http://www.crasp.gov.br/crasp/validacao), mediante número de controle a seguir:

**CONTROLE:** 813ebc49-23fb-44b8-b0cd-1381ab3a5884



Rua Estados Unidos, 865/889 - Jd. América - CEP: 01427-001 - São Paulo  
Fone: (11) 3087-3200 Fax: (11) 3087-3256 - [www.crasp.gov.br](http://www.crasp.gov.br)

**COMPROVAÇÃO DA QUALIFICAÇÃO TÉCNICA**





# Universidade de Taubaté

Área de Ciências Humanas



☉ Reitor da Universidade de Taubaté, no uso de suas atribuições, tendo em vista a conclusão do Curso de Administração e a Colação de Grau, realizada em 04 de março de 2005, confere o título de


**Bacharel em Administração**  
**Adriana Moretto**

brasileira, natural do Estado do Rio Grande do Sul, nascida a 31 de agosto de 1980, RG 1067369477 - RS


e outorga-lhe o presente Diploma, a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Taubaté, 04 de março de 2005


  
Zuzete de Souza  
Coordenadora de Comissão Acadêmica

  
Maria José Figueiredo  
Professora de Graduação

  
Adilson  
Diplomado

  
Flavio Zöllner  
Reitor

3

<b>UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ</b>
Diploma registrado sob n.º <b>002236</b>
Proc. n.º <b>2164/2005</b> nos termos do Art. 48 da Lei 9394/96.
Taubaté, <b>04 NOV 2005</b>

<b>Elsa M. Saldanha Victor</b> Secretária

<b>Mauro Barbieri</b> Secretário Geral

UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ  
Reconhecida pelo Decreto Federal nº 78.924 de 9-12-1976.  
Recredenciada pela Portaria CEE/GP nº. 30,  
de 22-01-2003 - D.O.E. de 24-01-2003.

Curso: ADMINISTRAÇÃO  
Reconhecido pelo Decreto Federal nº. 68.779/71.  
Reconhecimento renovado pela Portaria CEE/GP 521,  
de 18-12-2002 - D.O.E. de 21-12-2002.



**CARTEIRA DE IDENTIDADE PROFISSIONAL, EMITIDO PELO CRA-SP**

FILIAÇÃO <b>SALETE DOSOLINA VICARI MORETTO</b>			
IRANI MORETTO		REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL CONSELHO REGIONAL DE ADMINISTRAÇÃO DE SÃO PAULO CARTEIRA DE IDENTIDADE PROFISSIONAL	
NASCIMENTO 31/09/1980	NACIONALIDADE BRASILEIRA	NATURALIDADE PORTO ALEGRE - RS	SISTEMA CRA/CRA's
DIPLOMADO POR <b>UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ - UNITAU</b>			
REGISTRO MEC Nº 002236	REGISTRO 150879		
Identidade profissional de ADMINISTRADOR, habilitado na forma da Lei Nº 4.785, de 09/09/1965		DATA DO REGISTRO 09/04/2021	VIA 1ª
CIP VÁLIDA ATÉ: INDETERMINADO	NOME ADRIANA MORETTO SILVA		
SÃO PAULO - SP 28/06/2021		ADMINISTRADOR DO(a) IDENTIFICAÇÃO 06395048078	DATA EXP 09/04/2018
LOCAL E DATA DE EXP	CPF 871.611.960-04		ÓRGÃO EXPEDIDOR DETRAN / SP
PRESIDENTE DO CRA-SP		ASSINATURA DO PORTADOR <i>Adriana Moretto Silva</i>	
TEM FÉ PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL - LEI Nº 6.269/75			

**AUTENTICO**, o anverso da presente cópia reprográfica, conforme original apresentado, do que dou fé.  
Taubaté, 13 de Julho de 2021.

*Ana Claudia Cunha Bueno da Fonseca*  
**ANA CLAUDIA CUNHA BUENO DA FONSECA - ESCRIVENTE**  
Enrol. R\$3,99 - Válida somente como selo de AUTENTICIDADE.

Qualquer rasura ou emenda invalida este documento





**CONSELHO REGIONAL DE ADMINISTRAÇÃO DE SÃO PAULO**

**CERTIDÃO DE REGULARIDADE EMPRESA**

O **CONSELHO REGIONAL DE ADMINISTRAÇÃO DE SÃO PAULO** CERTIFICA que empresa identificada no presente documento encontra-se em situação **REGULAR** neste Regional.

<b>Razão Social:</b> INSTITUTO ESPERANÇA	
<b>CNPJ:</b> 10.779.749/0001-32	
<b>Registro PRINCIPAL-CRA/SP:</b> 023111	
<b>Endereço:</b> AV ITÁLIA, Nº 928 - SALA 1508 - JARDIM DAS NAÇÕES - TAUBATÉ - SP - CEP: 12030212	
<b>Responsável(eis) Técnico(s)</b>	<b>Registro(s)</b>
ADRIANA MORETTO SILVA	150879

A presente certidão não quita nem invalida quaisquer débitos ou infrações que, posteriormente, venham a ser apurados contra o titular deste registro.

A falsificação deste documento constitui-se em crime previsto no Código Penal, sujeitando o autor à respectiva ação penal.

**Emissão:** SÃO PAULO, 13 de julho de 2021.

**Validade:** 31/12/2021, desde que o registro permaneça em situação regular.

Confirme a autenticidade e a regularidade deste documento na página [www.crasp.gov.br/crasp/validacao](http://www.crasp.gov.br/crasp/validacao), mediante número de controle a seguir:

CONTROLE: b8b757de-3148-409c-8f6e-2cae53a2e349



TM 91-B

Rua Estados Unidos, 865/889 - Jd. América - CEP: 01427-001 - São Paulo  
Fone: (11) 3087-3200 Fax: (11) 3087-3256 - [www.crasp.gov.br](http://www.crasp.gov.br)





## 5. PROPOSTA FINANCEIRA

Para o desenvolvimento das ações propostas, de acordo com os termos do Edital de Chamamento Público nº 02/2021 para prestar serviço de gerenciamento, execução e operacionalização do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no âmbito dos municípios da Regional de Saúde do Vale do Paraíba e Região Serrana, garantindo a observância dos princípios de isonomia, legalidade, impessoalidade, moralidade, igualdade, publicidade, probidade administrativa, vinculação ao instrumento convocatório, julgamento objetivo, o Instituto Esperança, CNPJ: 10.779.749/0001-32, apresenta abaixo a Proposta Orçamentária que julga necessária para o desenvolvimento das ações descritas no Plano de Trabalho, prevendo o custeio para despesas das atividades de gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde.

O valor proposto de custeio mensal é de R\$ 1.809.468,43 (um milhão oitocentos e nove mil quatrocentos e sessenta e oito reais e quarenta e três centavos), totalizando o valor para 24 meses em R\$ 43.427.242,32 (quarenta e três milhões quatrocentos e vinte e sete mil duzentos e quarenta e dois reais e trinta e dois centavos).

Esta proposta tem validade de 90 dias.

Taubaté, 16 de novembro de 2021.

---

Instituto Esperança



ORGANIZAÇÃO SOCIAL RESPONSÁVEL: INSTITUTO ESPERANÇA													
UNIDADE: CONSÓRCIO CISAMU													
PLANILHA ORÇAMENTÁRIA													
CUSTEIO	MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	MÊS 4	MÊS 5	MÊS 6	MÊS 7	MÊS 8	MÊS 9	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12	TOTAL
<b>01. PESSOAL</b>	<b>R\$ 1.243.268,43</b>	<b>R\$ 1.243.268,43</b>	<b>R\$ 1.243.268,43</b>	<b>R\$ 1.243.268,43</b>	<b>R\$ 1.243.268,43</b>	<b>R\$ 1.243.268,43</b>	<b>R\$ 1.243.268,43</b>	<b>R\$ 1.243.268,43</b>	<b>R\$ 1.243.268,43</b>	<b>R\$ 1.243.268,43</b>	<b>R\$ 1.243.268,43</b>	<b>R\$ 1.243.268,43</b>	<b>R\$ 14.919.221,16</b>
1.1 Salários	R\$ 515.297,82	R\$ 515.297,82	R\$ 515.297,82	R\$ 515.297,82	R\$ 515.297,82	R\$ 515.297,82	R\$ 515.297,82	R\$ 515.297,82	R\$ 515.297,82	R\$ 515.297,82	R\$ 515.297,82	R\$ 515.297,82	R\$ 6.183.573,84
1.2 Hora Extra	R\$ 14.865,93	R\$ 14.865,93	R\$ 14.865,93	R\$ 14.865,93	R\$ 14.865,93	R\$ 14.865,93	R\$ 14.865,93	R\$ 14.865,93	R\$ 14.865,93	R\$ 14.865,93	R\$ 14.865,93	R\$ 14.865,93	R\$ 178.391,16
1.3 Encargos - PIS	R\$ 5.301,63	R\$ 5.301,63	R\$ 5.301,63	R\$ 5.301,63	R\$ 5.301,63	R\$ 5.301,63	R\$ 5.301,63	R\$ 5.301,63	R\$ 5.301,63	R\$ 5.301,63	R\$ 5.301,63	R\$ 5.301,63	R\$ 63.619,56
1.4 Encargos - FGTS	R\$ 42.413,10	R\$ 42.413,10	R\$ 42.413,10	R\$ 42.413,10	R\$ 42.413,10	R\$ 42.413,10	R\$ 42.413,10	R\$ 42.413,10	R\$ 42.413,10	R\$ 42.413,10	R\$ 42.413,10	R\$ 42.413,10	R\$ 508.957,20
1.5 Encargos - INSS (Empresa)	R\$ 147.385,52	R\$ 147.385,52	R\$ 147.385,52	R\$ 147.385,52	R\$ 147.385,52	R\$ 147.385,52	R\$ 147.385,52	R\$ 147.385,52	R\$ 147.385,52	R\$ 147.385,52	R\$ 147.385,52	R\$ 147.385,52	R\$ 1.768.626,24
1.6 Provisionamento (13º salário)	R\$ 60.438,66	R\$ 60.438,66	R\$ 60.438,66	R\$ 60.438,66	R\$ 60.438,66	R\$ 60.438,66	R\$ 60.438,66	R\$ 60.438,66	R\$ 60.438,66	R\$ 60.438,66	R\$ 60.438,66	R\$ 60.438,66	R\$ 725.263,92
1.7 Provisionamento (Férias)	R\$ 80.584,89	R\$ 80.584,89	R\$ 80.584,89	R\$ 80.584,89	R\$ 80.584,89	R\$ 80.584,89	R\$ 80.584,89	R\$ 80.584,89	R\$ 80.584,89	R\$ 80.584,89	R\$ 80.584,89	R\$ 80.584,89	R\$ 967.018,68
1.8 Provisionamento Rescisões (Avisos indenizados)	R\$ 14.865,93	R\$ 14.865,93	R\$ 14.865,93	R\$ 14.865,93	R\$ 14.865,93	R\$ 14.865,93	R\$ 14.865,93	R\$ 14.865,93	R\$ 14.865,93	R\$ 14.865,93	R\$ 14.865,93	R\$ 14.865,93	R\$ 178.391,16
1.9 Provisionamento Multa Rescisória de FGTS	R\$ 25.330,04	R\$ 25.330,04	R\$ 25.330,04	R\$ 25.330,04	R\$ 25.330,04	R\$ 25.330,04	R\$ 25.330,04	R\$ 25.330,04	R\$ 25.330,04	R\$ 25.330,04	R\$ 25.330,04	R\$ 25.330,04	R\$ 303.960,48
1.10 Benefícios (Vale Alimentação)	R\$ 35.148,00	R\$ 35.148,00	R\$ 35.148,00	R\$ 35.148,00	R\$ 35.148,00	R\$ 35.148,00	R\$ 35.148,00	R\$ 35.148,00	R\$ 35.148,00	R\$ 35.148,00	R\$ 35.148,00	R\$ 35.148,00	R\$ 421.776,00
1.11 Benefícios (Vale Transporte)	R\$ 9.570,00	R\$ 9.570,00	R\$ 9.570,00	R\$ 9.570,00	R\$ 9.570,00	R\$ 9.570,00	R\$ 9.570,00	R\$ 9.570,00	R\$ 9.570,00	R\$ 9.570,00	R\$ 9.570,00	R\$ 9.570,00	R\$ 114.840,00
1.12 Medicina do Trabalho	R\$ 9.425,00	R\$ 9.425,00	R\$ 9.425,00	R\$ 9.425,00	R\$ 9.425,00	R\$ 9.425,00	R\$ 9.425,00	R\$ 9.425,00	R\$ 9.425,00	R\$ 9.425,00	R\$ 9.425,00	R\$ 9.425,00	R\$ 113.100,00
1.13 Menor Aprendiz	R\$ 8.000,00	R\$ 8.000,00	R\$ 8.000,00	R\$ 8.000,00	R\$ 8.000,00	R\$ 8.000,00	R\$ 8.000,00	R\$ 8.000,00	R\$ 8.000,00	R\$ 8.000,00	R\$ 8.000,00	R\$ 8.000,00	R\$ 96.000,00
1.14 PJ Médicos	R\$ 274.641,91	R\$ 274.641,91	R\$ 274.641,91	R\$ 274.641,91	R\$ 274.641,91	R\$ 274.641,91	R\$ 274.641,91	R\$ 274.641,91	R\$ 274.641,91	R\$ 274.641,91	R\$ 274.641,91	R\$ 274.641,91	R\$ 3.295.702,92
<b>02. MATERIAIS E MEDICAMENTOS</b>	<b>R\$ 75.000,00</b>	<b>R\$ 75.000,00</b>	<b>R\$ 75.000,00</b>	<b>R\$ 75.000,00</b>	<b>R\$ 75.000,00</b>	<b>R\$ 75.000,00</b>	<b>R\$ 75.000,00</b>	<b>R\$ 75.000,00</b>	<b>R\$ 75.000,00</b>	<b>R\$ 75.000,00</b>	<b>R\$ 75.000,00</b>	<b>R\$ 75.000,00</b>	<b>R\$ 900.000,00</b>
2.1 Medicamentos e Materiais de Consumo	R\$ 75.000,00	R\$ 75.000,00	R\$ 75.000,00	R\$ 75.000,00	R\$ 75.000,00	R\$ 75.000,00	R\$ 75.000,00	R\$ 75.000,00	R\$ 75.000,00	R\$ 75.000,00	R\$ 75.000,00	R\$ 75.000,00	R\$ 900.000,00
2.2 Materiais de Higiene	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -
<b>03. ÁREA DE APOIO</b>	<b>R\$ 403.100,00</b>	<b>R\$ 403.100,00</b>	<b>R\$ 403.100,00</b>	<b>R\$ 403.100,00</b>	<b>R\$ 403.100,00</b>	<b>R\$ 403.100,00</b>	<b>R\$ 403.100,00</b>	<b>R\$ 403.100,00</b>	<b>R\$ 403.100,00</b>	<b>R\$ 403.100,00</b>	<b>R\$ 403.100,00</b>	<b>R\$ 403.100,00</b>	<b>R\$ 4.837.200,00</b>
3.1 Uniformes	R\$ 7.000,00	R\$ 7.000,00	R\$ 7.000,00	R\$ 7.000,00	R\$ 7.000,00	R\$ 7.000,00	R\$ 7.000,00	R\$ 7.000,00	R\$ 7.000,00	R\$ 7.000,00	R\$ 7.000,00	R\$ 7.000,00	R\$ 84.000,00
3.2 Telefone ( 0800 ) - serv. De atendimento ao usuario	R\$ 3.300,00	R\$ 3.300,00	R\$ 3.300,00	R\$ 3.300,00	R\$ 3.300,00	R\$ 3.300,00	R\$ 3.300,00	R\$ 3.300,00	R\$ 3.300,00	R\$ 3.300,00	R\$ 3.300,00	R\$ 3.300,00	R\$ 39.600,00
3.3 Serv. De terceiros pessoa juridica/consessionárias	R\$ 7.000,00	R\$ 7.000,00	R\$ 7.000,00	R\$ 7.000,00	R\$ 7.000,00	R\$ 7.000,00	R\$ 7.000,00	R\$ 7.000,00	R\$ 7.000,00	R\$ 7.000,00	R\$ 7.000,00	R\$ 7.000,00	R\$ 84.000,00
3.4 Manutenção predial/equipamentos médicos	R\$ 15.000,00	R\$ 15.000,00	R\$ 15.000,00	R\$ 15.000,00	R\$ 15.000,00	R\$ 15.000,00	R\$ 15.000,00	R\$ 15.000,00	R\$ 15.000,00	R\$ 15.000,00	R\$ 15.000,00	R\$ 15.000,00	R\$ 180.000,00
3.5 MANUTENÇÃO PREVENTIVA, CORRETIVA E SUBS. DE BENS MOVEIS	R\$ 1.500,00	R\$ 1.500,00	R\$ 1.500,00	R\$ 1.500,00	R\$ 1.500,00	R\$ 1.500,00	R\$ 1.500,00	R\$ 1.500,00	R\$ 1.500,00	R\$ 1.500,00	R\$ 1.500,00	R\$ 1.500,00	R\$ 18.000,00
3.6 Manutenção preventiva e corretiva das ambulancias	R\$ 55.000,00	R\$ 55.000,00	R\$ 55.000,00	R\$ 55.000,00	R\$ 55.000,00	R\$ 55.000,00	R\$ 55.000,00	R\$ 55.000,00	R\$ 55.000,00	R\$ 55.000,00	R\$ 55.000,00	R\$ 55.000,00	R\$ 660.000,00
3.7 Combustíveis	R\$ 29.000,00	R\$ 29.000,00	R\$ 29.000,00	R\$ 29.000,00	R\$ 29.000,00	R\$ 29.000,00	R\$ 29.000,00	R\$ 29.000,00	R\$ 29.000,00	R\$ 29.000,00	R\$ 29.000,00	R\$ 29.000,00	R\$ 348.000,00
3.8 Seguro das ambulancias	R\$ 12.000,00	R\$ 12.000,00	R\$ 12.000,00	R\$ 12.000,00	R\$ 12.000,00	R\$ 12.000,00	R\$ 12.000,00	R\$ 12.000,00	R\$ 12.000,00	R\$ 12.000,00	R\$ 12.000,00	R\$ 12.000,00	R\$ 144.000,00
3.9 Fornecimento de gases medicinais	R\$ 12.000,00	R\$ 12.000,00	R\$ 12.000,00	R\$ 12.000,00	R\$ 12.000,00	R\$ 12.000,00	R\$ 12.000,00	R\$ 12.000,00	R\$ 12.000,00	R\$ 12.000,00	R\$ 12.000,00	R\$ 12.000,00	R\$ 144.000,00
3.10 Alimentação preparada	R\$ 78.000,00	R\$ 78.000,00	R\$ 78.000,00	R\$ 78.000,00	R\$ 78.000,00	R\$ 78.000,00	R\$ 78.000,00	R\$ 78.000,00	R\$ 78.000,00	R\$ 78.000,00	R\$ 78.000,00	R\$ 78.000,00	R\$ 936.000,00
3.11 Serv. De software regulação medica/rastreamento vtr	R\$ 26.700,00	R\$ 26.700,00	R\$ 26.700,00	R\$ 26.700,00	R\$ 26.700,00	R\$ 26.700,00	R\$ 26.700,00	R\$ 26.700,00	R\$ 26.700,00	R\$ 26.700,00	R\$ 26.700,00	R\$ 26.700,00	R\$ 320.400,00
3.12 Contrato de telefonia corporativa	R\$ 4.000,00	R\$ 4.000,00	R\$ 4.000,00	R\$ 4.000,00	R\$ 4.000,00	R\$ 4.000,00	R\$ 4.000,00	R\$ 4.000,00	R\$ 4.000,00	R\$ 4.000,00	R\$ 4.000,00	R\$ 4.000,00	R\$ 48.000,00
3.13 Contrato de radio viaturas	R\$ 22.500,00	R\$ 22.500,00	R\$ 22.500,00	R\$ 22.500,00	R\$ 22.500,00	R\$ 22.500,00	R\$ 22.500,00	R\$ 22.500,00	R\$ 22.500,00	R\$ 22.500,00	R\$ 22.500,00	R\$ 22.500,00	R\$ 270.000,00
3.14 Telefonia banda larga	R\$ 2.100,00	R\$ 2.100,00	R\$ 2.100,00	R\$ 2.100,00	R\$ 2.100,00	R\$ 2.100,00	R\$ 2.100,00	R\$ 2.100,00	R\$ 2.100,00	R\$ 2.100,00	R\$ 2.100,00	R\$ 2.100,00	R\$ 25.200,00
3.15 Serviços de limpeza	R\$ 115.000,00	R\$ 115.000,00	R\$ 115.000,00	R\$ 115.000,00	R\$ 115.000,00	R\$ 115.000,00	R\$ 115.000,00	R\$ 115.000,00	R\$ 115.000,00	R\$ 115.000,00	R\$ 115.000,00	R\$ 115.000,00	R\$ 1.380.000,00
3.16 Capacitação NEP	R\$ 6.500,00	R\$ 6.500,00	R\$ 6.500,00	R\$ 6.500,00	R\$ 6.500,00	R\$ 6.500,00	R\$ 6.500,00	R\$ 6.500,00	R\$ 6.500,00	R\$ 6.500,00	R\$ 6.500,00	R\$ 6.500,00	R\$ 78.000,00
3.17 Tecnologia da Informação	R\$ 6.500,00	R\$ 6.500,00	R\$ 6.500,00	R\$ 6.500,00	R\$ 6.500,00	R\$ 6.500,00	R\$ 6.500,00	R\$ 6.500,00	R\$ 6.500,00	R\$ 6.500,00	R\$ 6.500,00	R\$ 6.500,00	R\$ 78.000,00
<b>04. GERENCIAIS E ADMINISTRATIVAS</b>	<b>R\$ 88.100,00</b>	<b>R\$ 88.100,00</b>	<b>R\$ 88.100,00</b>	<b>R\$ 88.100,00</b>	<b>R\$ 88.100,00</b>	<b>R\$ 88.100,00</b>	<b>R\$ 88.100,00</b>	<b>R\$ 88.100,00</b>	<b>R\$ 88.100,00</b>	<b>R\$ 88.100,00</b>	<b>R\$ 88.100,00</b>	<b>R\$ 88.100,00</b>	<b>R\$ 1.057.200,00</b>
4.1 Contabilidade	R\$ 9.500,00	R\$ 9.500,00	R\$ 9.500,00	R\$ 9.500,00	R\$ 9.500,00	R\$ 9.500,00	R\$ 9.500,00	R\$ 9.500,00	R\$ 9.500,00	R\$ 9.500,00	R\$ 9.500,00	R\$ 9.500,00	R\$ 114.000,00
4.2 Auditoria	R\$ 4.000,00	R\$ 4.000,00	R\$ 4.000,00	R\$ 4.000,00	R\$ 4.000,00	R\$ 4.000,00	R\$ 4.000,00	R\$ 4.000,00	R\$ 4.000,00	R\$ 4.000,00	R\$ 4.000,00	R\$ 4.000,00	R\$ 48.000,00
4.3 Aluguel/Condominio	R\$ 3.000,00	R\$ 3.000,00	R\$ 3.000,00	R\$ 3.000,00	R\$ 3.000,00	R\$ 3.000,00	R\$ 3.000,00	R\$ 3.000,00	R\$ 3.000,00	R\$ 3.000,00	R\$ 3.000,00	R\$ 3.000,00	R\$ 36.000,00
4.4 Tarifa Bancária/Seguros/Alvará	R\$ 5.600,00	R\$ 5.600,00	R\$ 5.600,00	R\$ 5.600,00	R\$ 5.600,00	R\$ 5.600,00	R\$ 5.600,00	R\$ 5.600,00	R\$ 5.600,00	R\$ 5.600,00	R\$ 5.600,00	R\$ 5.600,00	R\$ 67.200,00
4.5 Material de escritório e Gerais	R\$ 1.000,00	R\$ 1.000,00	R\$ 1.000,00	R\$ 1.000,00	R\$ 1.000,00	R\$ 1.000,00	R\$ 1.000,00	R\$ 1.000,00	R\$ 1.000,00	R\$ 1.000,00	R\$ 1.000,00	R\$ 1.000,00	R\$ 12.000,00
4.6 Serviços Jurídicos	R\$ 3.000,00	R\$ 3.000,00	R\$ 3.000,00	R\$ 3.000,00	R\$ 3.000,00	R\$ 3.000,00	R\$ 3.000,00	R\$ 3.000,00	R\$ 3.000,00	R\$ 3.000,00	R\$ 3.000,00	R\$ 3.000,00	R\$ 36.000,00
4.7 Serviços de Apoio a Gestão Adm, Op., Plano Estr., Qualidade, Comunicação, Controle de Recursos, Metas e Res.	R\$ 62.000,00	R\$ 62.000,00	R\$ 62.000,00	R\$ 62.000,00	R\$ 62.000,00	R\$ 62.000,00	R\$ 62.000,00	R\$ 62.000,00	R\$ 62.000,00	R\$ 62.000,00	R\$ 62.000,00	R\$ 62.000,00	R\$ 744.000,00
<b>Total (01+02+03+04)</b>	<b>1.809.468,43</b>	<b>1.809.468,43</b>	<b>1.809.468,43</b>	<b>1.809.468,43</b>	<b>1.809.468,43</b>	<b>1.809.468,43</b>	<b>1.809.468,43</b>	<b>1.809.468,43</b>	<b>1.809.468,43</b>	<b>1.809.468,43</b>	<b>1.809.468,43</b>	<b>1.809.468,43</b>	<b>21.713.621,16</b>



ORGANIZAÇÃO SOCIAL RESPONSÁVEL: INSTITUTO ESPERANÇA													
UNIDADE: CONSÓRCIO CISAMU													
PLANILHA ORÇAMENTÁRIA													
CUSTEIO	MÊS 13	MÊS 14	MÊS 15	MÊS 16	MÊS 17	MÊS 18	MÊS 19	MÊS 20	MÊS 21	MÊS 22	MÊS 23	MÊS 24	TOTAL
<b>01. PESSOAL</b>	<b>R\$ 1.243.268,43</b>	<b>R\$ 1.243.268,43</b>	<b>R\$ 1.243.268,43</b>	<b>R\$ 1.243.268,43</b>	<b>R\$ 1.243.268,43</b>	<b>R\$ 1.243.268,43</b>	<b>R\$ 1.243.268,43</b>	<b>R\$ 1.243.268,43</b>	<b>R\$ 1.243.268,43</b>	<b>R\$ 1.243.268,43</b>	<b>R\$ 1.243.268,43</b>	<b>R\$ 1.243.268,43</b>	<b>R\$ 29.838.442,32</b>
1.1 Salários	R\$ 515.297,82	R\$ 515.297,82	R\$ 515.297,82	R\$ 515.297,82	R\$ 515.297,82	R\$ 515.297,82	R\$ 515.297,82	R\$ 515.297,82	R\$ 515.297,82	R\$ 515.297,82	R\$ 515.297,82	R\$ 515.297,82	R\$ 12.367.147,68
1.2 Hora Extra	R\$ 14.865,93	R\$ 14.865,93	R\$ 14.865,93	R\$ 14.865,93	R\$ 14.865,93	R\$ 14.865,93	R\$ 14.865,93	R\$ 14.865,93	R\$ 14.865,93	R\$ 14.865,93	R\$ 14.865,93	R\$ 14.865,93	R\$ 356.782,32
1.3 Encargos - PIS	R\$ 5.301,63	R\$ 5.301,63	R\$ 5.301,63	R\$ 5.301,63	R\$ 5.301,63	R\$ 5.301,63	R\$ 5.301,63	R\$ 5.301,63	R\$ 5.301,63	R\$ 5.301,63	R\$ 5.301,63	R\$ 5.301,63	R\$ 127.239,12
1.4 Encargos - FGTS	R\$ 42.413,10	R\$ 42.413,10	R\$ 42.413,10	R\$ 42.413,10	R\$ 42.413,10	R\$ 42.413,10	R\$ 42.413,10	R\$ 42.413,10	R\$ 42.413,10	R\$ 42.413,10	R\$ 42.413,10	R\$ 42.413,10	R\$ 1.017.914,40
1.5 Encargos - INSS (Empresa)	R\$ 147.385,52	R\$ 147.385,52	R\$ 147.385,52	R\$ 147.385,52	R\$ 147.385,52	R\$ 147.385,52	R\$ 147.385,52	R\$ 147.385,52	R\$ 147.385,52	R\$ 147.385,52	R\$ 147.385,52	R\$ 147.385,52	R\$ 3.537.252,48
1.6 Provisionamento (13º salário)	R\$ 60.438,66	R\$ 60.438,66	R\$ 60.438,66	R\$ 60.438,66	R\$ 60.438,66	R\$ 60.438,66	R\$ 60.438,66	R\$ 60.438,66	R\$ 60.438,66	R\$ 60.438,66	R\$ 60.438,66	R\$ 60.438,66	R\$ 1.450.527,84
1.7 Provisionamento (Férias)	R\$ 80.584,89	R\$ 80.584,89	R\$ 80.584,89	R\$ 80.584,89	R\$ 80.584,89	R\$ 80.584,89	R\$ 80.584,89	R\$ 80.584,89	R\$ 80.584,89	R\$ 80.584,89	R\$ 80.584,89	R\$ 80.584,89	R\$ 1.934.037,36
1.8 Provisionamento Rescisões (Avisos indenizados)	R\$ 14.865,93	R\$ 14.865,93	R\$ 14.865,93	R\$ 14.865,93	R\$ 14.865,93	R\$ 14.865,93	R\$ 14.865,93	R\$ 14.865,93	R\$ 14.865,93	R\$ 14.865,93	R\$ 14.865,93	R\$ 14.865,93	R\$ 356.782,32
1.9 Provisionamento Multa Rescisória de FGTS	R\$ 25.330,04	R\$ 25.330,04	R\$ 25.330,04	R\$ 25.330,04	R\$ 25.330,04	R\$ 25.330,04	R\$ 25.330,04	R\$ 25.330,04	R\$ 25.330,04	R\$ 25.330,04	R\$ 25.330,04	R\$ 25.330,04	R\$ 607.920,96
1.10 Benefícios (Vale Alimentação)	R\$ 35.148,00	R\$ 35.148,00	R\$ 35.148,00	R\$ 35.148,00	R\$ 35.148,00	R\$ 35.148,00	R\$ 35.148,00	R\$ 35.148,00	R\$ 35.148,00	R\$ 35.148,00	R\$ 35.148,00	R\$ 35.148,00	R\$ 843.552,00
1.11 Benefícios (Vale Transporte)	R\$ 9.570,00	R\$ 9.570,00	R\$ 9.570,00	R\$ 9.570,00	R\$ 9.570,00	R\$ 9.570,00	R\$ 9.570,00	R\$ 9.570,00	R\$ 9.570,00	R\$ 9.570,00	R\$ 9.570,00	R\$ 9.570,00	R\$ 229.680,00
1.12 Medicina do Trabalho	R\$ 9.425,00	R\$ 9.425,00	R\$ 9.425,00	R\$ 9.425,00	R\$ 9.425,00	R\$ 9.425,00	R\$ 9.425,00	R\$ 9.425,00	R\$ 9.425,00	R\$ 9.425,00	R\$ 9.425,00	R\$ 9.425,00	R\$ 226.200,00
1.13 Menor Aprendiz	R\$ 8.000,00	R\$ 8.000,00	R\$ 8.000,00	R\$ 8.000,00	R\$ 8.000,00	R\$ 8.000,00	R\$ 8.000,00	R\$ 8.000,00	R\$ 8.000,00	R\$ 8.000,00	R\$ 8.000,00	R\$ 8.000,00	R\$ 192.000,00
1.14 PJ Médicos	R\$ 274.641,91	R\$ 274.641,91	R\$ 274.641,91	R\$ 274.641,91	R\$ 274.641,91	R\$ 274.641,91	R\$ 274.641,91	R\$ 274.641,91	R\$ 274.641,91	R\$ 274.641,91	R\$ 274.641,91	R\$ 274.641,91	R\$ 6.591.405,84
<b>02. MATERIAIS E MEDICAMENTOS</b>	<b>R\$ 75.000,00</b>	<b>R\$ 75.000,00</b>	<b>R\$ 75.000,00</b>	<b>R\$ 75.000,00</b>	<b>R\$ 75.000,00</b>	<b>R\$ 75.000,00</b>	<b>R\$ 75.000,00</b>	<b>R\$ 75.000,00</b>	<b>R\$ 75.000,00</b>	<b>R\$ 75.000,00</b>	<b>R\$ 75.000,00</b>	<b>R\$ 75.000,00</b>	<b>R\$ 1.800.000,00</b>
2.1 Medicamentos e Materiais de Consumo	R\$ 75.000,00	R\$ 75.000,00	R\$ 75.000,00	R\$ 75.000,00	R\$ 75.000,00	R\$ 75.000,00	R\$ 75.000,00	R\$ 75.000,00	R\$ 75.000,00	R\$ 75.000,00	R\$ 75.000,00	R\$ 75.000,00	R\$ 1.800.000,00
2.2 Materiais de Higiene	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -
<b>03. ÁREA DE APOIO</b>	<b>R\$ 403.100,00</b>	<b>R\$ 403.100,00</b>	<b>R\$ 403.100,00</b>	<b>R\$ 403.100,00</b>	<b>R\$ 403.100,00</b>	<b>R\$ 403.100,00</b>	<b>R\$ 403.100,00</b>	<b>R\$ 403.100,00</b>	<b>R\$ 403.100,00</b>	<b>R\$ 403.100,00</b>	<b>R\$ 403.100,00</b>	<b>R\$ 403.100,00</b>	<b>R\$ 9.674.400,00</b>
3.1 Uniformes	R\$ 7.000,00	R\$ 7.000,00	R\$ 7.000,00	R\$ 7.000,00	R\$ 7.000,00	R\$ 7.000,00	R\$ 7.000,00	R\$ 7.000,00	R\$ 7.000,00	R\$ 7.000,00	R\$ 7.000,00	R\$ 7.000,00	R\$ 168.000,00
3.2 Telefone (0800) - serv. De atendimento ao usuário	R\$ 3.300,00	R\$ 3.300,00	R\$ 3.300,00	R\$ 3.300,00	R\$ 3.300,00	R\$ 3.300,00	R\$ 3.300,00	R\$ 3.300,00	R\$ 3.300,00	R\$ 3.300,00	R\$ 3.300,00	R\$ 3.300,00	R\$ 79.200,00
3.3 Serv. De terceiros pessoa jurídica/concessionárias	R\$ 7.000,00	R\$ 7.000,00	R\$ 7.000,00	R\$ 7.000,00	R\$ 7.000,00	R\$ 7.000,00	R\$ 7.000,00	R\$ 7.000,00	R\$ 7.000,00	R\$ 7.000,00	R\$ 7.000,00	R\$ 7.000,00	R\$ 168.000,00
3.4 Manutenção predial/equipamentos médicos	R\$ 15.000,00	R\$ 15.000,00	R\$ 15.000,00	R\$ 15.000,00	R\$ 15.000,00	R\$ 15.000,00	R\$ 15.000,00	R\$ 15.000,00	R\$ 15.000,00	R\$ 15.000,00	R\$ 15.000,00	R\$ 15.000,00	R\$ 360.000,00
3.5 MANUTENÇÃO PREVENTIVA, CORRETIVA E SUBS. DE BENS MOVEIS	R\$ 1.500,00	R\$ 1.500,00	R\$ 1.500,00	R\$ 1.500,00	R\$ 1.500,00	R\$ 1.500,00	R\$ 1.500,00	R\$ 1.500,00	R\$ 1.500,00	R\$ 1.500,00	R\$ 1.500,00	R\$ 1.500,00	R\$ 36.000,00
3.6 Manutenção preventiva e corretiva das ambulancias	R\$ 55.000,00	R\$ 55.000,00	R\$ 55.000,00	R\$ 55.000,00	R\$ 55.000,00	R\$ 55.000,00	R\$ 55.000,00	R\$ 55.000,00	R\$ 55.000,00	R\$ 55.000,00	R\$ 55.000,00	R\$ 55.000,00	R\$ 1.320.000,00
3.7 Combustíveis	R\$ 29.000,00	R\$ 29.000,00	R\$ 29.000,00	R\$ 29.000,00	R\$ 29.000,00	R\$ 29.000,00	R\$ 29.000,00	R\$ 29.000,00	R\$ 29.000,00	R\$ 29.000,00	R\$ 29.000,00	R\$ 29.000,00	R\$ 696.000,00
3.8 Seguro das ambulancias	R\$ 12.000,00	R\$ 12.000,00	R\$ 12.000,00	R\$ 12.000,00	R\$ 12.000,00	R\$ 12.000,00	R\$ 12.000,00	R\$ 12.000,00	R\$ 12.000,00	R\$ 12.000,00	R\$ 12.000,00	R\$ 12.000,00	R\$ 288.000,00
3.9 Fornecimento de gases medicinais	R\$ 12.000,00	R\$ 12.000,00	R\$ 12.000,00	R\$ 12.000,00	R\$ 12.000,00	R\$ 12.000,00	R\$ 12.000,00	R\$ 12.000,00	R\$ 12.000,00	R\$ 12.000,00	R\$ 12.000,00	R\$ 12.000,00	R\$ 288.000,00
3.10 Alimentação preparada	R\$ 78.000,00	R\$ 78.000,00	R\$ 78.000,00	R\$ 78.000,00	R\$ 78.000,00	R\$ 78.000,00	R\$ 78.000,00	R\$ 78.000,00	R\$ 78.000,00	R\$ 78.000,00	R\$ 78.000,00	R\$ 78.000,00	R\$ 1.872.000,00
3.11 Serv. De software regulação medica/rastreamento vtr	R\$ 26.700,00	R\$ 26.700,00	R\$ 26.700,00	R\$ 26.700,00	R\$ 26.700,00	R\$ 26.700,00	R\$ 26.700,00	R\$ 26.700,00	R\$ 26.700,00	R\$ 26.700,00	R\$ 26.700,00	R\$ 26.700,00	R\$ 640.800,00
3.12 Contrato de telefonia corporativa	R\$ 4.000,00	R\$ 4.000,00	R\$ 4.000,00	R\$ 4.000,00	R\$ 4.000,00	R\$ 4.000,00	R\$ 4.000,00	R\$ 4.000,00	R\$ 4.000,00	R\$ 4.000,00	R\$ 4.000,00	R\$ 4.000,00	R\$ 96.000,00
3.13 Contrato de radio viaturas	R\$ 22.500,00	R\$ 22.500,00	R\$ 22.500,00	R\$ 22.500,00	R\$ 22.500,00	R\$ 22.500,00	R\$ 22.500,00	R\$ 22.500,00	R\$ 22.500,00	R\$ 22.500,00	R\$ 22.500,00	R\$ 22.500,00	R\$ 540.000,00
3.14 Telefonia banda larga	R\$ 2.100,00	R\$ 2.100,00	R\$ 2.100,00	R\$ 2.100,00	R\$ 2.100,00	R\$ 2.100,00	R\$ 2.100,00	R\$ 2.100,00	R\$ 2.100,00	R\$ 2.100,00	R\$ 2.100,00	R\$ 2.100,00	R\$ 50.400,00
3.15 Serviços de limpeza	R\$ 115.000,00	R\$ 115.000,00	R\$ 115.000,00	R\$ 115.000,00	R\$ 115.000,00	R\$ 115.000,00	R\$ 115.000,00	R\$ 115.000,00	R\$ 115.000,00	R\$ 115.000,00	R\$ 115.000,00	R\$ 115.000,00	R\$ 2.760.000,00
3.16 Capacitação NEP	R\$ 6.500,00	R\$ 6.500,00	R\$ 6.500,00	R\$ 6.500,00	R\$ 6.500,00	R\$ 6.500,00	R\$ 6.500,00	R\$ 6.500,00	R\$ 6.500,00	R\$ 6.500,00	R\$ 6.500,00	R\$ 6.500,00	R\$ 156.000,00
3.17 Tecnologia da Informação	R\$ 6.500,00	R\$ 6.500,00	R\$ 6.500,00	R\$ 6.500,00	R\$ 6.500,00	R\$ 6.500,00	R\$ 6.500,00	R\$ 6.500,00	R\$ 6.500,00	R\$ 6.500,00	R\$ 6.500,00	R\$ 6.500,00	R\$ 156.000,00
<b>04. GERENCIAIS E ADMINISTRATIVAS</b>	<b>R\$ 88.100,00</b>	<b>R\$ 88.100,00</b>	<b>R\$ 88.100,00</b>	<b>R\$ 88.100,00</b>	<b>R\$ 88.100,00</b>	<b>R\$ 88.100,00</b>	<b>R\$ 88.100,00</b>	<b>R\$ 88.100,00</b>	<b>R\$ 88.100,00</b>	<b>R\$ 88.100,00</b>	<b>R\$ 88.100,00</b>	<b>R\$ 88.100,00</b>	<b>R\$ 2.114.400,00</b>
4.1 Contabilidade	R\$ 9.500,00	R\$ 9.500,00	R\$ 9.500,00	R\$ 9.500,00	R\$ 9.500,00	R\$ 9.500,00	R\$ 9.500,00	R\$ 9.500,00	R\$ 9.500,00	R\$ 9.500,00	R\$ 9.500,00	R\$ 9.500,00	R\$ 228.000,00
4.2 Auditoria	R\$ 4.000,00	R\$ 4.000,00	R\$ 4.000,00	R\$ 4.000,00	R\$ 4.000,00	R\$ 4.000,00	R\$ 4.000,00	R\$ 4.000,00	R\$ 4.000,00	R\$ 4.000,00	R\$ 4.000,00	R\$ 4.000,00	R\$ 96.000,00
4.3 Aluguel/Condominio	R\$ 3.000,00	R\$ 3.000,00	R\$ 3.000,00	R\$ 3.000,00	R\$ 3.000,00	R\$ 3.000,00	R\$ 3.000,00	R\$ 3.000,00	R\$ 3.000,00	R\$ 3.000,00	R\$ 3.000,00	R\$ 3.000,00	R\$ 72.000,00
4.4 Tarifa Bancária/Seguros/Alvará	R\$ 5.600,00	R\$ 5.600,00	R\$ 5.600,00	R\$ 5.600,00	R\$ 5.600,00	R\$ 5.600,00	R\$ 5.600,00	R\$ 5.600,00	R\$ 5.600,00	R\$ 5.600,00	R\$ 5.600,00	R\$ 5.600,00	R\$ 134.400,00
4.5 Material de escritório e Gerais	R\$ 1.000,00	R\$ 1.000,00	R\$ 1.000,00	R\$ 1.000,00	R\$ 1.000,00	R\$ 1.000,00	R\$ 1.000,00	R\$ 1.000,00	R\$ 1.000,00	R\$ 1.000,00	R\$ 1.000,00	R\$ 1.000,00	R\$ 24.000,00
4.6 Serviços Jurídicos	R\$ 3.000,00	R\$ 3.000,00	R\$ 3.000,00	R\$ 3.000,00	R\$ 3.000,00	R\$ 3.000,00	R\$ 3.000,00	R\$ 3.000,00	R\$ 3.000,00	R\$ 3.000,00	R\$ 3.000,00	R\$ 3.000,00	R\$ 72.000,00
4.7 Serviços de Apoio a Gestão Adm. Op., Plano Estr., Qualidade, Comunicação, Controle de Recursos, Metas e Res.	R\$ 62.000,00	R\$ 62.000,00	R\$ 62.000,00	R\$ 62.000,00	R\$ 62.000,00	R\$ 62.000,00	R\$ 62.000,00	R\$ 62.000,00	R\$ 62.000,00	R\$ 62.000,00	R\$ 62.000,00	R\$ 62.000,00	R\$ 1.488.000,00
<b>Total (01+02+03+04)</b>	<b>1.809.468,43</b>	<b>1.809.468,43</b>	<b>1.809.468,43</b>	<b>1.809.468,43</b>	<b>1.809.468,43</b>	<b>1.809.468,43</b>	<b>1.809.468,43</b>	<b>1.809.468,43</b>	<b>1.809.468,43</b>	<b>1.809.468,43</b>	<b>1.809.468,43</b>	<b>1.809.468,43</b>	<b>43.427.242,32</b>

