



Sumário

1. APRESENTAÇÃO

2. INTRODUÇÃO

3. ROTINAS GERAIS:

RG01 – PAPÉIS E RESPONSABILIDADES DAS EQUIPES DE APH

RG02 – EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL – EPI's

RG03 – LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE MATERIAIS

RG04 – LIMPEZA TERMINAL DAS AMBULÂNCIAS

RG05 – REPOSIÇÃO DE MATERIAIS NAS BASES DESCENTRALIZADAS

RG06 – REALIZAÇÃO DE CHECK LIST DIÁRIO

RG07 – MANEJO DO PACIENTE COM DOENÇAS INFECTOCONTAGIOSAS E USO DE EPI's

RG08 – PREENCHIMENTO DA FICHA ELETRÔNICA E CONDUTA PADRÃO PARA TODOS OS ATENDIMENTOS

RG09 – PREENCHIMENTO DA FICHA DE ATENDIMENTO USB

RG 10 – REPOSIÇÃO/TROCA DE EQUIPAMENTOS E MATERIAIS DE CONSUMO PERMANENTE PARA USB

4. FARMÁCIA:

FM01 – REQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS NAS BASES DESCENTRALIZADAS

FM02 – CONTROLE DE VALIDADE DE MEDICAMENTOS

FM03 – PERDAS DE MEDICAMENTOS POR QUEBRA

FM04 – REGISTRO DE INTERCORRÊNCIAS DE MEDICAMENTOS

FM05 – EMPRÉSTIMO/DOAÇÃO DE MEDICAMENTOS

FM06 – PADRONIZAÇÃO DE MEDICAÇÕES – INDICAÇÕES, CONTRAINDICAÇÕES E DILUIÇÕES

5. EQUIPAMENTOS

EQ01 – DESFIBRILADOR AUTOMÁTICO (DEA)

EQ06 – MANUSEIO DA MACA

6. ROTINAS RELACIONADAS ÀS VIATURAS:

VTR01 – CHECK LIST DAS AMBULÂNCIAS

VTR02 – REGRAS GERAIS NA CONDUÇÃO DAS AMBULÂNCIAS

VTR03 – REGRAS GERAIS PARA ESTACIONAMENTO E SINALIZAÇÃO DAS VIAS

VTR04 – CONDUTAS NO CASO DE ACIDENTES COM VIATURAS

VTR05 – SOLICITAÇÕES DE MANUTENÇÃO E TROCAS DE VIATURAS

7. ATENDIMENTOS:

CLÍNICA

CM01 – MANEJO DA DOR NA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

CM02 – PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA EM ADULTOS

CM03 – DOR TORÁCICA

CM04 – SUSPEITA DE ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO (AVE)

CM05 – CONDUTAS EM CASO DE ÓBITOS

CM06 – AFERIÇÃO DA GLICEMIA CAPILAR

CM07 – AFERIÇÃO DE PULSO

CM08 – AFERIÇÃO DE FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA

CM 09 – AFERIÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL

CM 10 – TRICOTOMIA

TRAUMA

TR01 – AVALIAÇÃO DA CINEMÁTICA DO TRAUMA

TR02 – ATENDIMENTO ÀS VÍTIMAS DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

TR03 – TRAUMA TORÁCICO

TR04 – TRAUMA ABDOMINAL

TR05 – TRAUMA CRÂNIO ENCEFÁLICO

TR06 – QUEIMADURAS TÉRMICAS

TR07 – ATENDIMENTO ÀS VÍTIMAS DE AFOGAMENTO

TR08 – ATENDIMENTO ÀS VÍTIMAS DE QUEDA

TR09 – TRAUMA NA GESTANTE

TR10 – TRAUMA PEDIÁTRICO

TR11 – APLICAÇÃO DO TORNIQUETE DE EXTREMIDADE NO TRAUMA

OBSTETRICIA E GINECOLOGIA

GO01 – ATENDIMENTO A GESTANTES

PSQUIATRIA

PSI01 – ATENDIMENTO INICIAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA EM SAÚDE MENTAL

PEDIATRIA

PED01 – PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA EM PEDIATRIA

8. ANEXOS

ANEXO 01 – GRADE DE REFERÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE HC-UFU

ANEXO 02 – GRADES DE REFERÊNCIA MUNICÍPIOS - CISTRI-SAMU 192

ANEXO 03 – FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE MORTE

ANEXO 04 – TELEFONES ÚTEIS

ANEXO 05 – FICHA DE CONTRARREFERÊNCIA

ANEXO 06 – TERMO DE DOAÇÃO/EMPRÉSTIMO MEDICAMENTOS

ANEXO 07 – REQUISIÇÃO DE MATERIAIS

ANEXO 08 – REQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS

REVISADO POR: LUCAS MARQUES JOSÉ
APROVADO POR: HEBERT TOBIAS DE OLIVEIRA
DATA DE APROVAÇÃO: JANEIRO/2025



SAMU
192

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

NEP CISTRI
Núcleo de Emergência Resolutiva



**SAMU
192**

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

NEP CISTRI
Núcleo de Educação Permanente

APRESENTAÇÃO

Procedimento Operacional Padrão é o documento com descrições detalhadas de atividades, atendimentos e procedimentos de trabalho. Este documento faz parte do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e Emergência da Região Triângulo Norte de Minas Gerais.

É elaborado por profissionais do Consórcio Público Intermunicipal de Saúde da Rede de Urgência e Emergência da Macrorregião do Triângulo Norte (CISTRI).

Está em processo de construção e atualizações periódicas.

Existem várias ressalvas que foram necessárias após o início da pandemia da COVID-19.

Responsáveis pela elaboração/revisão/atualização:

Carina Venâncio de Camargos Reis – Farmacêutica

Hebert Tobias de Oliveira - Coordenador do NEP

Heitor Luiz Gomes – Médico Cirurgião

Ítala Reis Alvarenga – Diretoria de Regulação Médica

Laura Moukachar Ramos de Oliveira – Médica Psiquiatra

Lucas Marques José – Coordenador de Enfermagem

Lucas Santos Lima – Enfermeiro do NEP



**SAMU
192**

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

NEP CISTRI
Núcleo de Educação Permanente

INTRODUÇÃO

O Consórcio Público Intermunicipal de Saúde Rede de Urgência e Emergência da Macrorregião do Triângulo Norte - CISTRI, é constituído pelos municípios de Abadia dos Dourados, Araguari, Araporã, Cachoeira Dourada, Campina Verde, Canápolis, Capinópolis, Cascalho Rico, Centralina, Coromandel, Douradoquara, Estrela do Sul, Grupiara, Gurinhatã, Indianópolis, Ipiacu, Iraí de Minas, Ituiutaba, Monte Alegre de Minas, Monte Carmelo, Nova Ponte, Patrocínio, Prata, Romaria, Santa Vitória, Tupaciguara e Uberlândia.

Trata-se de pessoa de jurídica de direito público, com natureza jurídica de associação pública, com prazo de duração indeterminado, sendo a sede e foro em Uberlândia-MG, polo da Região Ampliada Triângulo Norte, é regido pela Lei Federal nº 11.107/05, pelo Contrato de Consórcio Público e por Estatuto Social próprio.

O CISTRI tem como finalidade desenvolver, nos entes consorciados, ações e serviços de saúde no âmbito do SUS, inseridos no contexto da regionalização, da Programação Pactuada Integrada, da otimização dos recursos e da priorização de utilização dos mesmos de acordo com a estratificação de riscos e as necessidades locais, de modo a suprir as demandas represadas, bem com a insuficiência ou ausência de oferta de serviços e/ou ações de saúde nos municípios envolvidos, também chamados de vazios assistenciais, de acordo com o perfil social, demográfico, epidemiológico regionais.

Na estruturação da Rede Assistencial de Urgência e Emergência, dentre eles o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU, o CISTRI irá gerenciar a Central de Regulação das Urgências e as Bases Assistenciais Descentralizadas.

A finalidade precípua do Consórcio é desenvolver, em conjunto com ações e serviços de urgência e emergência da Macrorregião do Triângulo Norte do Estado de Minas Gerais, especialmente o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192).

O programa SAMU 192 tem como finalidade prestar socorro à população em casos de urgências e emergências. O serviço funciona 24 horas por dia com equipes de profissionais de saúde, como médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem e condutores socorristas que atendam às urgências traumáticas, clínicas, pediátricas, cirúrgicas, ginecológicas, obstétricas e de saúde mental da população.

O SAMU realiza o atendimento de urgência e emergência independentemente do local: residências, locais de trabalho e vias públicas. O socorro é feito depois de chamada gratuita ao número 192. A ligação é atendida por Técnicos Administrativos em Regulação Médica na Central de Regulação que identificam a emergência e, imediatamente, transferem o telefonema para o médico regulador.

O médico regulador faz o diagnóstico da situação e inicia o atendimento instantaneamente, podendo ser por orientação do paciente ou de outro solicitante, sobre as primeiras ações a serem tomadas. Ao mesmo tempo o médico regulador avalia qual o melhor procedimento para o paciente: orienta a pessoa a procurar um posto de saúde; designa uma ambulância de suporte básico de vida, com técnico de enfermagem e condutor socorrista para o atendimento no local; ou, de acordo com a gravidade do caso, envia uma unidade de suporte avançado de vida (UTI móvel) com médico, enfermeiro e condutor socorrista.

Com poder de autoridade sanitária, o médico regulador comunica a urgência ou emergência aos hospitais públicos e conveniados ao SUS e, assim, encaminha os pacientes seguindo a grade de pactuação e garante que o atendimento de urgência tenha continuidade.

O SAMU 192 – Macro Triângulo Norte atua ainda em parceria com os serviços de salvamento e resgate do corpo de bombeiros, da polícia militar, da polícia rodoviária, da defesa civil, ou das forças armadas quando se fizer necessário. Regula e garante as transferências interhospitalares de pacientes graves internados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no âmbito macrorregional, ativando equipes apropriadas para tal e participa dos planos de socorros em caso de desastres ou eventos com múltiplas vítimas.

O SAMU do Triângulo Norte atende a uma população residente nos 26 (vinte e seis) municípios pertencentes à região que compõe o Consórcio. Para um adequado atendimento é necessária a seguinte infra- estrutura:

- 05 (cinco) Unidades de Suporte avançado (USAs)*;
- 18 (dezoito) Unidades de Suporte Básico (USBs);
- 01 (uma) Central de Regulação da Rede de Urgência e Emergência;
- 01 (um) Núcleo de Educação Permanente (NEP);

O consórcio possui 17 bases descentralizadas, localizadas em municípios estratégicos para o atendimento.

As Bases Descentralizadas podem funcionar como anexo de um estabelecimento de saúde já existente compartilhando todos ambientes de apoio, sendo exclusivo para o SAMU apenas o repouso. Contudo, deve ser efetuada a padronização visual de modo que diferencie claramente a Base SAMU do estabelecimento adjacente, além disso, o estacionamento coberto para as unidades móveis deve estar próximo às áreas de conforto das equipes SAMU.

***Foram inseridas, em Fevereiro de 2022, duas Unidades de Suporte Avançado, uma no município de Monte Carmelo e outra no município de Monte Alegre de Minas.**



**SAMU
192**

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

NEP CISTRI
Núcleo de Educação Permanente

RG01 – PAPÉIS E RESPONSABILIDADES DAS EQUIPES DE APH

ASPECTOS GERAIS DE CONDUTA PESSOAL:

- Ser pontual e assíduo no cumprimento da escala de trabalho;
- Permanecer de prontidão durante todo o plantão, atendendo aos chamados com presteza e agilidade;
- Permanecer uniformizado durante todo o plantão e sair para atendimento com o macacão adequadamente fechado. **SEMPRE** vestir o uniforme na base antes do início do plantão e retirá-lo antes de sair. (É proibido o uso do uniforme fora do local de trabalho.)
- Não fumar e não permitir que fumem dentro da ambulância, conforme legislação estadual.

NA BASE OPERACIONAL:

- Realizar o check list da viatura, materiais, medicamentos e equipamentos no início e ao término de cada plantão, incluindo checagem do equipamento médico hospitalar, de oxigenioterapia fixo e portátil, equipamentos de comunicação e abastecimento de combustível;
- Solicitar que sejam providenciados reparos necessários na viatura logo ao início de cada plantão, seguindo o protocolo específico com orientação da Coordenação competente;
- Providenciar a reposição de materiais de consumo ao início do plantão e/ou após cada atendimento, seguindo os protocolos vigentes;
- Realizar limpeza da ambulância e dos equipamentos conforme protocolos de limpeza concorrente e terminal;
- Zelar pela ordem e limpeza da Base Descentralizada;
- **Quando for enviar mensagens, durante os atendimentos, o login do MÉDICO/TÉCNICO DE ENFERMAGEM deverá ser selecionado**, tendo em vista que eles são os **responsáveis pela avaliação e condutas**. Caso seja necessário algum relato do enfermeiro ou do condutor socorrista, selecionar o login destes.



**SAMU
192**

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

NEP CISTRI
Núcleo de Emergência Resposta

RECEBIMENTO DO CHAMADO/OCORRÊNCIA:

- Dar "ciente da ocorrência" pelo Tablet, e enviar J9 – Saída para atendimento. (Lembrando que o sistema reconhece caso seja realizado o "J9" e a viatura não se desloque.);
- Atentar aos dados das ocorrências enviadas pelo Tablet. É de responsabilidade de toda equipe estar com o Tablet, sendo cabíveis medidas administrativas para toda a equipe caso seja perdido ou esquecido em qualquer lugar.
- O registro de atendimento é realizado todo pelo Tablet, sendo equipamento fundamental para a ocorrência. Desta forma, ele deve estar sempre carregado e qualquer intercorrência com o aparelho deve ser imediatamente reportada à Diretoria de Regulação Médica e/ou Coordenação de Enfermagem;
- Todos os equipamentos e materiais para o atendimento devem estar devidamente conferidos e dentro da ambulância, não sendo permitido usar cabos ou qualquer acessório para outra finalidade;
- Tempo previsto para saída da base após a recepção do chamado*:

Código vermelho: 1 minuto

Código amarelo: 2 minutos

Transferências inter-hospitalares: Máximo de 10 minutos.

Demais códigos, quando houver: até 5 minutos.

*Houve aumento no tempo de saída de base no contexto da pandemia, sendo admitido o atraso de **no máximo TRÊS minutos** para realizar a paramentação completa.

DURANTE O DESLOCAMENTO ATÉ O LOCAL DO ATENDIMENTO:

- Zelar pelo respeito às regras de condução de veículos de emergência conforme protocolo interno e Código de Trânsito Brasileiro;
- Estabelecer a melhor e mais segura rota para o local da ocorrência;
- Manter a velocidade da ambulância de acordo com o limite da via, seguindo os protocolos institucionais;

NA CENA DO ATENDIMENTO:

- Enviar J10- Chegada no local do atendimento;
- Estacionar ambulância em local adequado, sinalizar a via e garantir a segurança de toda a equipe, além da vítima e circundantes, conforme o protocolo específico;
- Apresentar-se como profissional do SAMU;
- Avaliar a vítima, enviar J14 com dados vitais para a Central de Regulações, e informar todos as alterações de exame físico. Registrar todos os procedimentos realizados e condutas tomadas, após orientação do médico regulador e previstas em Protocolo;
- Encaminhar o paciente, quando orientado pelo médico regulador, e apenas para o local determinado por ele;
- Enviar J9 – Saída para hospital.
- Em caso de **liberação do paciente no local**, fazer todas as orientações necessárias ao paciente e/ou acompanhante/responsável, preencher a ficha de atendimento adequadamente e deixar a **SEGUNDA VIA** do atendimento com o responsável. Enviar J11 – Unidade liberada (Quando terminar o atendimento, ainda no local de atendimento).

DURANTE O TRANSPORTE DA VÍTIMA ATÉ O HOSPITAL:

- Manter a regulação informada de qualquer intercorrência;
- Todos os tripulantes da viatura devem trafegar sempre com cinto de segurança afivelado. Caso seja necessária qualquer intervenção, a viatura deverá ser parada;
- Realizar um transporte seguro;
- Transportar o acompanhante no banco da frente, ao lado do motorista, com o cinto de segurança devidamente afivelado;
- Manter observação e cuidados constantes da vítima, acompanhando-a **SEMPRE** no salão da ambulância;
- Preencher de forma completa a ficha de APH com letra legível, conforme os protocolos vigentes;



**SAMU
192**

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

NEP CISTRI
Núcleo de Educação Permanente

NO HOSPITAL:

- Enviar J10 – Chegada no hospital;
- Solicitar a presença de médico ou enfermeiro para informar à equipe da Unidade de Emergência do Hospital sobre tipo de ocorrência, condições da vítima e os procedimentos e medicações realizadas;
- Entregar os pertences da vítima junto com o formulário ao responsável da unidade e colher assinatura na ficha de APH;
- Deixar a **SEGUNDA VIA** da ficha de APH no hospital após ter sido assinada pelo profissional que recebeu a vítima;
- Recolher todos os materiais e equipamentos. **É de responsabilidade de toda equipe**, sendo cabíveis medidas administrativas para toda a equipe caso seja perdido ou esquecido algo.
- Enviar J11 – Unidade liberada (Quando terminar o atendimento, ainda na Unidade de Saúde).

CHEGADA NA BASE:

- Enviar J12- Chegada na base (Quando já estiver na base.);
- Finalizar ocorrência.
- Repor materiais utilizados;
- Limpar ambulância e fazer desinfecção para o próximo atendimento, conforme protocolos vigentes;
- Lavar materiais que sujaram, bem como colocar de molho em solução para desinfecção todos os materiais que estiverem com sujidades e contaminados para serem utilizados no próximo atendimento ou para o próximo plantão poder utilizar, seguindo os protocolos;
- Deixar a ambulância e todos os equipamentos e materiais em condições de uso para o próximo atendimento.



RG 02 – EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL – EPI's

OBJETIVO

- Padronizar o uso dos equipamentos de proteção individual, para resguardar a integridade física dos colaboradores, neutralizando os riscos ocupacionais existentes, desta forma, minimizando os impactos em casos de acidentes e evitando doenças do trabalho.

ASPECTOS GERAIS

- Precauções que devem ser tomadas durante exposição/contato com agentes agressivos físicos, químicos, biológicos, ergonômicos e de acidente, no ambiente de trabalho, durante as ocorrências e nas execuções das atividades laborais.

EQUIPAMENTOS

Uniforme:

- Usar uniforme limpo e levá-lo para casa dentro de saco plástico. Será fornecido o uniforme (macacão e camiseta), que deverão ser utilizados durante a assistência aos pacientes.

Calçado de Segurança:

- Usar Botina tipo bota fornecida pelo empregador, limpa e fechada, para proteção dos pés do usuário contra impactos de quedas de objetos sobre os artelhos, contra agentes abrasivos, escoriantes e contra choques elétricos.

Máscara cirúrgica:

- Usar a máscara cirúrgica, durante todo período de trabalho, protegendo as áreas da boca e nariz. Com o clip nasal ajustado ao nariz e o elástico das laterais bem acomodado atrás das orelhas, para redução de transmissão de gotículas e perdigotos.



SAMU
192

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

NEP CISTRI
Núcleo de Educação Permanente

Máscaras com filtro biológico (N95, PFF2):

- Colocar a máscara N95 e moldar o apoio para o nariz, usando os dedos de ambas as mãos para ajustar no formato do seu nariz. Após colocar a máscara N95 realizar o teste de posicionamento adequado. Faça a expiração e inspiração certificando-se que a máscara se encontra devidamente ajustada a sua face, se for detectado algum escape de ar nas bordas, ajuste a posição da máscara e do suporte do nariz, faça o teste novamente, até que a máscara esteja ajustada corretamente. Garantindo a devida proteção das vias respiratórias contra poeiras, névoas, fumos e redução da transmissão de gotículas e perdigotos.

Luvras de procedimento:

- Utilizar as luvas de proteção contra agentes biológicos, realizando as trocas após contato com cada paciente ou entre os diversos procedimentos em um mesmo paciente, ao manusear objetos ou superfícies sujas de sangue e/ou líquidos, para punções venosas e outros procedimentos. É proibido o uso coletivo de luvas com os pacientes, por exemplo, quando se vai verificar sinais vitais. É proibido a lavagem das luvas. Sempre que for executar os serviços, seguir a regra de tipos de luvas: procedimentos, estéreis ou de borracha dependendo do procedimento.

Luvras de borracha:

- Utilizar **obrigatoriamente** a luva de borracha, sempre que houver contato/manuseio de produtos químicos, e durante as atividades de limpeza da ambulância, dos materiais e das áreas internas da base descentralizada, a luva de borracha deverá permanecer sempre seca interna e externamente.

- Após o uso realizar a higienização das luvas por dentro e por fora, secar com pano limpo e lavar as mãos após a retirada das mesmas.

Aventais:

- Utilizar os aventais sempre que houver risco de contato com pacientes com doenças infectocontagiosas, contra umidade provenientes das atividades com o uso de água e/ou sob intempéries. Para retirar o avental contaminado deve ser realizada tocando somente em sua face interna e avessado para trás (com a ajuda do seu colega de trabalho) e, em seguida enrolar o avental de dentro para fora, descartando no lixo contaminado.



**SAMU
192**

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

NEP CISTRI
Núcleo de Educação Permanente

Óculos de proteção:

- Devem ser usados em todos os procedimentos que gerem respingos de sangue ou secreções (líquidos), evitando-se assim exposição da mucosa dos olhos. Podem ser utilizados sobre os óculos de grau.

Face Shield:

- Deverá utilizar o protetor facial **obrigatoriamente** para atendimento dos casos de suspeita e confirmados de pacientes portadores de doenças infectocontagiosas. Utilizar corretamente colocando sobre o rosto e ajustar, sendo desinfetado após cada uso, devem ser usados em todos os procedimentos que gerem respingos de sangue ou secreções (líquidos), criando assim uma barreira física contra partículas e evitando assim exposição da mucosa dos olhos.

RESPONSABILIDADES:

Cabe aos colaboradores:

- Usar o EPI designado para cada atividade;
- Usar apenas o EPI para a finalidade ao qual se destina;
- Responsabilizar-se por sua guarda, conservação e higienização;
- Comunicar imediatamente à Coordenação qualquer alteração que torne o EPI impróprio ao uso, para substituição e/ou reposição imediata;
- Assinar a Declaração de Recebimento de Equipamento de Proteção Individual, Ficha de EPI e Ordem de Serviço;
- Participar dos treinamentos relativos aos EPIs promovidos pelo CISTRI;
- Realizar a devolução dos EPIs na ocasião da demissão, aposentadoria, nos períodos prolongados de afastamento ou no vencimento do prazo de validade dos equipamentos.
- Não fazer adaptações de qualquer natureza no EPI.
- Não compartilhar o EPI, sendo uso restrito e **Individual**.
- Realizar a troca imediata quando extraviado e/ou quando estiver impróprio para uso, com os EPIs dispostos nas Ambulâncias e nas bases descentralizadas.
- Preencher a ficha de atendimento sistematizado, marcando todos os EPIs utilizados durante cada atendimento.



SAMU
192

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

NEP CISTRI
Núcleo de Educação Permanente

DISPOSIÇÃO:

- Os EPIs deverão permanecer sempre em quantidade suficiente nas bases descentralizadas, e também nas ambulâncias para troca rápida para controle, neutralização e/ou mitigação dos riscos ocupacionais, comprometendo-me a requisitar a reposição dos EPIs, caso haja necessidade, ou com a periodicidade normal requerida.

OBSERVAÇÕES GERAIS:

- A não utilização dos EPIs (Equipamentos de Proteção Individual) nas atividades profissionais, é ato faltoso e passível de punições legais e disciplinares de acordo com a Consolidação das leis do Trabalho (CLT) – Capítulo V – Seção I – Art. 158º. c/c Norma Regulamentadora (NR) - NR-1 e NR-6, alínea 6.7, disciplinadas pela Portaria MTb. nº 3.214/78 e artigo 191, itens I e II da CLT e súmula n. 80 do TST.



RG03 – LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE MATERIAIS

OBJETIVO

- Padronizar a limpeza de objetos e equipamentos prevenindo infecções cruzadas, mantendo uma adequada higienização da Unidade Móvel de Saúde e das bases descentralizadas.

CONCEITOS

- Esterilização:

É o procedimento utilizado para a completa destruição de todas as formas de vida microbiana (bactérias, fungos, vírus e esporos), com o objetivo de evitar infecções pelo uso de artigos hospitalares contaminados, principalmente os materiais considerados críticos. O processo de esterilização pode utilizar agentes químicos ou físicos. Os materiais a serem esterilizados são encaminhados, perante contratos ou termos de cooperação, aos hospitais parceiros de cada município.

- Desinfecção:

Redução do número de microrganismos (patogênicos ou não), na forma vegetativa (não esporulados), em artigos semicríticos, pela ação de agentes químicos.

- Limpeza:

Remoção física das sujidades visíveis, através da ação mecânica e/ou química, mediante o uso de água e detergente neutro ou detergente enzimático.

- Descontaminação:

É o processo de redução dos microrganismos de artigos e superfícies, tornando-os seguros para o manuseio e uso.



**SAMU
192**

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

NEP CISTRI
Núcleo de Educação Permanente

- Artigos:

Compreendem instrumentos, objetos diversos, utensílios, acessórios de equipamentos e outros.

- Superfícies:

Compreendem mobiliários, pisos, paredes, portas, janelas, tetos, equipamentos e outros.

- Expurgo:

É o ambiente destinado à recepção dos artigos sujos e realização do processo de limpeza e também à guarda temporária de resíduos, sendo, portanto, a área que concentra maior quantidade de material contaminado.

- Área de Preparo e Desinfecção:

É o ambiente onde ocorre a inspeção dos artigos já limpos.

- Área de Armazenagem e distribuição:

Corresponde ao ambiente que centraliza todos os artigos já processados. A circulação de pessoas neste ambiente deve ser restrita.

CLASSIFICAÇÃO DOS ARTIGOS:

- Críticos:

São todos aqueles que penetram através da pele, atingindo tecidos subepiteliais, sistema vascular e outros órgãos isentos de flora microbiana própria (instrumentais cirúrgicos em geral).



**SAMU
192**

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

NEP CISTRI
Núcleo de Educação Permanente

- Semicríticos:

São todos aqueles que entram em contato com a mucosa íntegra, mas não invadem os tecidos subepiteliais, como acessórios de equipamentos de assistência ventilatória, máscara do reanimador pulmonar manual, laringoscópio, máscara de alto fluxo, máscara laríngea, tubo laríngeo, etc.

- Não Críticos:

São todos aqueles que entram em contato apenas com a pele do paciente, como esfigmomanômetros, termômetros, oxímetros, e estetoscópios, etc;

ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NAS BASES DESCENTRALIZADAS E NA BASE CENTRAL DO SAMU

- Dinâmica e fluxo

Todas as bases do SAMU Triângulo Norte realizam os processos de pré-limpeza, limpeza e desinfecção dos artigos utilizados (os que não necessitam de esterilização).

O material que deve sofrer esterilização é encaminhado para Unidades de Saúde ou Hospitais, através de contrato entre as instituições.

- Instituições Parceiras para processamento de artigos:

Todo o processo será realizado pela equipe de enfermagem, com auxílio dos médicos e condutores socorristas, que serão responsáveis pela limpeza, controle de diluição dos agentes desinfetantes, tempo do processo, empacotamento, identificação e envio dos materiais, que necessitem de esterilização, aos Hospitais parceiros. Todos os passos serão seguidos conforme protocolo. Após a realização dos processos, os materiais estarão disponíveis para o atendimento.

MUNICÍPIO	LOCAL DE ESTERILIZAÇÃO	DIAS	HORÁRIOS
Araguari	Policlínica	Segunda a sexta	8h às 10h
Campina Verde	Hospital São Vicente de Paula	Duas vezes na semana	8h às 18h
Capinópolis	Hospital Municipal de Capinópolis	Terça e quinta	8h
Centralina	Hospital Municipal Dr Darcy Juarez Zabisky	Terça e Quinta	10h
Coromandel	Unidade de Pronto Atendimento	Domingo a domingo	17h
Estrela do Sul	CME da Unidade Mista São Sebastião Paes de Almeida	Terça	Dia todo
Gurinhata	Hospital Municipal Gurinhata	Segunda a sábado	Conforme demanda
Iraí de Minas	Centro de Saúde Dona Cota	Segunda e sexta	
Ituiutaba	Pronto Atendimento Municipal (UPAMI)	Segunda a quinta	7 às 9h
Monte Alegre de Minas	Santa Casa de Monte Alegre de Minas	Domingo a domingo	Conforme demanda
Monte Carmelo	Pronto Socorro Municipal de Monte Carmelo	Segunda a sexta	Conforme demanda
Nova Ponte	Hospital Municipal de Nova Ponte	Segunda e quarta	7h às 16h
Patrocínio	CME da Santa Casa Misericórdia de Patrocínio	Domingo a domingo	Conforme demanda
Prata	Pronto Atendimento Municipal do Prata	Segunda a sexta	Conforme demanda
Santa Vitória	Pronto Socorro Municipal	Segunda a sexta	Manhã
Tupaciguara	Policlínica	Domingo a domingo	Conforme demanda



SAMU
192

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

NEP CISTRI
Núcleo de Educação Permanente

- Limpeza:

Deve sempre ser feita antes dos processos de desinfecção ou esterilização, pois a maioria dos germicidas são inativados em presença de matéria orgânica. É realizada com o Master Float flutuador universal.

- Desinfecção:

É um processo gradual que, igual a todas as reações químicas, requer um tempo para completar-se. O tempo de desinfecção depende:

- Da natureza e da concentração do desinfetante;
- Da temperatura;
- Do tipo e número de microrganismos.

- Descontaminação:

Baseada na natureza do artigo e na disponibilidade de recursos;

Fricção com esponja, pano ou escova embebida em solução desinfetante;

Imersão em solução desinfetante acompanhada ou não de fricção com esponja ou escova.

- Secagem:

Pano limpo e seco (compressas);

- Empacotamento e identificação:

Saco plástico ou papel grau cirúrgico;

Identificação (data da desinfecção/profissional responsável).



- Armazenagem:

Deverá ser em local ou armário limpo, seco e fechado, conforme o tipo de material.

- DESINFECÇÃO:

Uso de EPI;

Imersão total do artigo;

Preencher o interior dos tubos e reentrâncias;

Observar o tempo de exposição;

Manter recipientes tampados;

Observar a validade da solução;

Enxaguar em água potável, com múltiplos enxagues;

Secar e acondicionar.

MÉTODO DE LIMPEZA

Limpeza manual:

- Realizar a limpeza manual de todos os artigos e materiais que forem passar por desinfecção e esterilização;
- Utilizar EPI's adequados: luva grossa de borracha antiderrapante de cano longo, avental impermeável, botas, gorro, protetor facial ou máscara e óculos de proteção;
- Utilizar escovas não abrasivas;

DESCONTAMINAÇÃO, LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE SUPERFÍCIES:

- Com uso de luvas, retirar o excesso da carga contaminante;
- Em locais com matéria orgânica (sangue, secreções, tecidos, etc.), aplicar solução de flotador, esfregar com escova e esperar secar;



**SAMU
192**

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

NEP CISTRI
Núcleo de Educação Permanente

- É necessário secar muito bem as superfícies e artigos, pois, as áreas que permanecem úmidas ou molhadas têm mais condições de albergar e reproduzir germes gram-negativos e fungos e as áreas empoeiradas podem albergar germes gram-positivos, microbactérias e outros, sendo proibida a varredura seca.
- Aplicar o desinfetante Master Oxyquat health sobre área atingida e deixar por 5 minutos;
- Se necessário, remover excesso do desinfetante com pano seco.

PREPARO E EMPACOTAMENTO DE ARTIGOS

- Lavar as mãos antes de iniciar o preparo e o empacotamento dos artigos;
- Inspeccionar o artigo antes do empacotamento, quanto à limpeza, à integridade e à funcionalidade;
- Identificar pacotes, bandejas e kits, contendo descrição do produto, data do preparo, nome do preparador do artigo, validade e a base de origem (conforme etiqueta já padronizada);
- Papel grau cirúrgico para artigos que serão esterilizados e nos locais que são oferecidos pelo município colocar em saco plástico para embalar até chegar na Unidade de Esterilização.
- Plástico lacrado para os demais.

CONSIDERAÇÕES

- É obrigatório o uso de Equipamentos de Proteção Individual (Luva, óculos, máscara, touca) pelos profissionais que façam a limpeza e desinfecção;
- Os EPIs **não descartáveis** são de uso individual. Quando atingidos por sangue e/ou secreções, devem ser higienizados após o uso.
- Diariamente, os calçados, luvas e avental de borracha devem ser lavados, desinfetados, secos e armazenados em local arejado;



RG04 – LIMPEZA TERMINAL DAS AMBULÂNCIAS

OBJETIVO

- Padronizar a limpeza de superfícies e equipamentos das Unidades Móveis de Saúde prevenindo infecções cruzadas nas viaturas e nas bases descentralizadas.

MATERIAIS NECESSÁRIOS:

- Balde
- Água
- Hipoclorito
- Álcool 70%
- Rodo
- Vassoura
- Flanelas
- Detergente Neutro
- EPI

PROCEDIMENTO:

- Comunicar a Central de Regulação sobre a necessidade de realizar o procedimento e seguir o protocolo padrão;
- Usar equipamento de proteção individual apropriado: luvas de borracha, máscara, avental e óculos de proteção;



**SAMU
192**

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

NEP CISTRI
Núcleo de Educação Permanente

Iniciar o procedimento de limpeza e desinfecção interna da ambulância considerando:

- Reunir os materiais e produtos necessários;
- Posicionar a ambulância em rampa;
- Retirar equipamentos e materiais de dentro da ambulância: maca, cadeira de rodas, mochilas, materiais de armário, coletor de resíduos infectantes e perfuro-cortantes. 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.

Após reunir os materiais e retirar os equipamentos de dentro da ambulância:

- Iniciar a limpeza com pano umedecido em água e detergente pelo teto no fundo do salão seguindo para paredes e estrutura fixas (incluir luminárias, armário vertical, gavetas, baú, gaveta de lixo, vidros, maçanetas, painel de gases, grades de ar condicionado e superfície dos cilindros de oxigênio, entre outros);
- Retirar o excesso de detergente com pano umedecido em água;
- Secar com pano limpo.

PISO

Desinfecção:

Material necessário:

- Álcool 70% e hipoclorito de sódio 1%;
- 3 panos de limpeza (mobiliários, parede e piso separadamente);



- 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 no metal;
- ✓ Pano umedecido em álcool 70%: para partes metálicas (incluindo metais da maca e cadeira de rodas, dentre outras);

Permitir secagem espontânea.

LIMPEZA DA CABINE DO CONDUTOR

- Realizar a limpeza da cabine do condutor com água e detergente, seguida de enxague 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.

Obs.: Durante o período da pandemia é necessário que os bancos sejam encapados com sacos plásticos.

LIMPEZA TERMINAL DA AMBULÂNCIA

- Realizar a limpeza e desinfecção dos equipamentos médico-hospitalares;
- Realizar a limpeza externa da ambulância utilizando balde com água e sabão, enxaguar rápido. Não é recomendado o uso de produtos especiais para limpeza, sob risco de ocorrência de manchas e perda dos adesivos;
- Realizar o descarte apropriado de resíduos;
- Limpar e reorganizar os materiais utilizados;
- Preparar ambulâncias para novo atendimento: reposicionamento dos materiais, equipamentos, coletor de resíduos e lençol;
- Registrar a realização da limpeza terminal: data, horário e equipe responsável;
- Comunicar à Central de Regulação a conclusão do procedimento e a disponibilidade da equipe para acionamento.



**SAMU
192**

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

NEP CISTRI
Núcleo de Educação Permanente

OBS.: A realização da limpeza da ambulância é uma ação coletiva e de responsabilidade de TODOS os componentes da equipe: enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos e condutores socorristas. Sua realização de forma coordenada minimiza o tempo consumido e agiliza a disponibilização da equipe para atendimentos.

Seguir a escala de limpeza terminal colocada no site mensalmente.

O tempo para limpeza concorrente será de, no máximo, 30 minutos e para a limpeza terminal, máximo de 60 minutos (Casos particulares poderão ser discutidos com a coordenação direta, caso seja necessário ajuste de horários.).

A Central de Regulação será informada e somente irá interferir na autorização do procedimento, caso tenha demanda muito alta no momento. As equipes devem estar atentas para realizar a limpeza conforme protocolo, levando em consideração que pode ser necessário interrompê-la para atender a emergências.

O procedimento será realizado nas áreas destinadas para limpeza da ambulância.

Limpeza:

- Processo de remover a sujidade, a matéria orgânica de qualquer superfície ou objeto. Recomenda-se o meio fricção mecânica, com água e detergente. É facultado o uso de limpador multiuso sob fricção em substituição à água e ao detergente.

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).



**SAMU
192**

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI



- 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 desprezados no coletor.
 - 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 sujeira 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 detergente;
 - Retirar o excesso de detergente com pano umedecido apenas em água;
 - Trocar a água dos baldes sempre que estiver visivelmente suja;
 - Desprezar a água suja na área de expurgo da base;
-
- ▲ Cuidados com o hipoclorito de sódio a 1%: corrosivo para metais, irritante para olhos, pele e mucosa; é inativado na presença de matéria orgânica;
 - ▲ Cuidados com álcool: inflamável, volátil, opacifica acrílico 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 a validade e condições das embalagens.



SAMU
192

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

NEP CISTRI
Núcleo de Educação Permanente

- Todo resíduo gerado dentro da ambulância deverá seguir as normas e rotinas estabelecidas para o gerenciamento de resíduos de saúde:
 - ✓ Resíduos infectantes (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. A caixa de perfurocortante é trocada a cada dois meses ou de acordo com a necessidade. É expressamente proibido o esvaziamento desses recipientes para reutilização.
 - ✓ Resíduos comuns: 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;
- Dos frascos de aspiração e outros dispositivos de oxigenoterapia, extensões, dispositivo bolsa-válvula-máscara, materiais de resgate (colar cervical, tala de imobilização, imobilizador de cabeça e pescoço e tirante aranha) são tirados secreções, sangue e outras sujidades com sabão neutro, e depois são colocadas em solução de hipoclorito 1% conforme protocolo de desinfecção de materiais.



**SAMU
192**

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

NEP CISTRI
Núcleo de Educação Permanente

RG05 – REPOSIÇÃO DE MATERIAIS NAS BASES DESCENTRALIZADAS

OBJETIVO

- Realizar a previsão e provisão de materiais para manutenção do quantitativo nas bases descentralizadas e reposição de acordo com o uso nas Unidades Móveis através das requisições.

PROCEDIMENTO

- Quinzenalmente, com datas previstas pelo CISTRI, conforme escala ou conforme definido por ambulância, um profissional é designado para realizar os pedidos de materiais;
- Conferência dos armários de estoque da base descentralizada, para definir a necessidade da solicitação de cada material médico hospitalar, medicamentos, resgate, EPI, produtos de limpeza e desinfecção, cilindro de oxigênio e ar comprimido e materiais de escritório;
- Medicamentos são solicitados a partir do caderno de anotações de uso, contendo número da ocorrência, data da ocorrência, profissional que administrou a medicação, data de validade da medicação e número do lote, conforme protocolo específico;
- Preenchimento da ficha de solicitação e envio para o e-mail requisicoessamu@gmail.com para pedidos de materiais e para solicitação de medicamentos enviar para o e-mail farmaciasamu192cistri@gmail.com;
- Os pedidos devem ser encaminhados na sexta-feira que antecede a data da entrega;
- Os profissionais devem seguir a escala de pedido de materiais.



**SAMU
192**

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

NEP CISTRI
Núcleo de Educação Permanente

RG06 – REALIZAÇÃO DE CHECK LIST DIÁRIO

OBJETIVO

- Padronizar a realização do check list diário para controle do quantitativo e qualitativo dos materiais médico-hospitalares, verificando as condições e funcionamento dos equipamentos na Unidade Móvel de Atendimento para garantir um atendimento adequado às ocorrências.

PROCEDIMENTO

- Receber o plantão na ambulância às 07:00h ou 19:00h uniformizado, conforme escala;
- Orientar-se pelos itens presentes no check list na unidade móvel;
- Realizar check list, com todos os membros da equipe, na primeira hora do plantão, quando não houver ocorrências, conferindo todos os materiais e equipamentos existentes na Unidade Móvel, conforme pontuados em dispositivo smartphone, que funciona como equipamento de comunicação entre a Central de Regulações e as Unidades Móveis. Caso haja ocorrência no início do plantão, o check list deverá ser registrado no Tablet, assim que possível, dentro do período do plantão;
- Verificar a funcionalidade dos equipamentos presentes na USA (desfibrilador/cardioversor, ventilador mecânico, oxímetro, aspirador portátil, bomba de infusão, incubadora de transporte, laringoscópio, esfigmomanômetro, estetoscópio, termômetro, bolsa válvula máscara, detector fetal, glicosímetro) e USB (DEA, aspirador portátil, detector fetal, oxímetro, esfigmomanômetro, estetoscópio, termômetro, bolsa válvula máscara, glicosímetro);
- Testar régua de gases (Oxigênio, Ar Comprimido Medicinal e de Vácuo);
- Verificar se a Unidade Móvel está limpa e em condições de uso para os atendimentos;
- Caberá ao condutor socorrista realizar o check list padrão da mecânica do veículo, conforme protocolo;
- Registrar em documento específico a requisição dos materiais a serem repostos das ocorrências, seguindo os protocolos;



SAMU
192

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

NEP CISTRI
Núcleo de Educação Permanente

- Conferir a validade dos medicamentos presentes na bolsa de medicação e na maleta reserva, conforme protocolo. Atentar para a data de validade e quantidade de todas as medicações e seguir orientações de devolução conforme orientação do POP da farmácia;
- Quaisquer problemas identificados no check list devem ser comunicados IMEDIATAMENTE à coordenação direta para providências.



**SAMU
192**

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

NEP CISTRI
Núcleo de Educação Permanente

RG07 – MANEJO DO PACIENTE COM DOENÇAS INFECTOCONTAGIOSAS E USO DE EPI's

OBJETIVO

- Padronizar a conduta e manejo dos pacientes com suspeita de doenças infectocontagiosas, uso de EPIs e precauções necessárias para segurança da equipe de atendimento.

PROCEDIMENTO PADRÃO PARA AS EQUIPES DE ATENDIMENTO:

- Recomenda-se que um sistema de Precaução-Padrão ou Universal seja adotado por todos os profissionais de saúde envolvidos na assistência aos pacientes atendidos, independente da doença pré-existente.

Ações:

- Lavar as mãos antes e após contato com paciente, quando não for possível usar álcool gel;

- As luvas devem ser utilizadas para:

Manipulação de sangue e outros fluidos corporais;

Manipulação de membranas mucosas ou pele não íntegra de todos os pacientes;

Procedimentos em equipamentos ou superfícies contaminadas com sangue ou outros fluidos corporais;

Venopunção, punção arterial e outros procedimentos de acesso vascular.



**SAMU
192**

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

NEP CISTRI
Núcleo de Educação Permanente

- Observações:

Após a retirada das luvas, realizar sempre a lavagem das mãos;

As luvas devem ser trocadas após o contato com cada paciente;

Jamais lavar as luvas ou as reutilizar;

Jamais tocar em qualquer objeto inanimado com luvas (maçanetas de portas, canetas, lápis, pranchetas, teclado de computadores, monitores);

Desenvolver o hábito de somente calçar as luvas imediatamente antes de realizar o procedimento; certificar-se de ter todo o material necessário à mão para evitar desparamentar-se ou circular com luvas;

Utilizar mangas longas do uniforme quando houver contato direto com o paciente (sangue e/ou fluidos corporais).

PRECAUÇÃO DE CONTATO

Indicação:

- No cuidado de pacientes com infecção suspeita ou reconhecida de importância epidemiológica que seja transmitida pelas mãos/pele, tais como infecção ou colonização por agente multirresistente, herpes simples, abscessos, celulite, furunculose, piodermites, pediculose, escabiose, conjuntivites, contato entérico (hepatite "A", diarreia infecciosa), contato com secreções respiratórias (vírus sincicial respiratório, parainfluenza, enterovirus), etc.

Ação:

- Lavar as mãos, antes e após contato com paciente.

- As luvas devem ser utilizadas para: manipulação de sangue e/ou fluidos corporais, membranas mucosas ou pele não íntegra de todos os pacientes, procedimentos em equipamentos ou superfícies contaminadas com sangue ou outros fluidos corporais, venopunção, punção arterial e outros procedimentos de acesso vascular.

- Equipamentos individualizados;



**SAMU
192**

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

NEP CISTRI
Núcleo de Educação Permanente

- Desinfecção e esterilização conforme rotina.

PRECAUÇÃO EM TRANSMISSÕES DE VIAS AÉREAS

Indicação:

- Paciente com suspeita ou confirmação de doenças que se transmitem pelo ar, com partículas menores que 5 micras, as quais ficam suspensas no ar e são transmitidas a longa distância, como tuberculose, sarampo e varicela, etc.

Ação:

- Todos os cuidados da Precaução – Padrão ou Universal;
- O local onde estiver o paciente deverá obrigatoriamente estar com as portas fechadas;
- Equipamentos de Proteção Respiratória: uso de máscara N95 para todos os profissionais
- Transporte do paciente: uso de máscara cirúrgica no paciente

PRECAUÇÕES COM GOTÍCULAS (PARTÍCULAS)

Indicação:

- Atenção aos pacientes com infecção, suspeita ou reconhecida, de importância epidemiológica, e que sejam transmitidas pelas gotículas de orofaringe (tosse, espirros ou conversando) como *Haemophilus influenza*, *Neisseria meningitidis*, *Streptococcus pneumoniae*, rubéola, caxumba, difteria, coqueluche, adenovírus, meningococo. Aqui as partículas (gotículas) são maiores que 5 micras e a transmissão via aérea é mais curta.

Ação:

- Todos os cuidados da Precaução – Padrão ou Universal; ênfase para máscara para distâncias menores que 1 metro do paciente;
- Pessoas suscetíveis (sarampo, varicela) não devem realizar o transporte;



**SAMU
192**

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

NEP CISTRI
Núcleo de Educação Permanente

- Não deverá transportar outra pessoa junto ao paciente;
- No transporte utilizar (quando possível) máscara cirúrgica no paciente;
- Realizar lavagem e desinfecção de equipamentos usados no paciente: termômetro, estetoscópio, manguito;
- Desprezar perfurocortante em recipiente adequado;
- Após realizar o transporte do paciente, realizar limpeza e desinfecção da unidade móvel;
- O acompanhante deverá permanecer na cabine junto ao condutor e fazer uso de máscara cirúrgica.

UTILIZAÇÃO DOS EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL

- Utilizar o uniforme padronizado do SAMU todo fechado até o pescoço (Macacão de manga longa, camiseta com logo do SAMU ou branca lisa, botas de cano longo);
- Apresentar-se ao plantão com cabelos presos e barbas feitas;
- Utilizar luvas descartáveis, máscara facial e óculos protetores em qualquer ocorrência;
- Portar avental descartável, em caso de ocorrência com excesso de sangue ou outros fluidos corporais;
- Utilizar equipamentos de proteção coletivos em ocorrências em via pública, quando necessário (cones, extintor de incêndio);
- Utilizar luvas descartáveis, máscara facial, óculos protetores e avental descartável (se necessário) para a limpeza e desinfecção da unidade móvel e equipamentos;
- Utilizar luvas descartáveis, máscara facial e avental descartável para retirada de roupa suja de dentro da unidade móvel;
- Utilizar luvas descartáveis, máscara facial e avental descartável para a limpeza e desinfecção de materiais.

MEDIDAS DE PRECAUÇÃO E ISOLAMENTO A SEREM ADOTADAS NA ASSISTÊNCIA A PACIENTES SUSPEITOS DE INFECÇÃO POR INFLUENZA A (H1N1)

Este protocolo prevê cuidados para controle e prevenção de transmissão do vírus H1N1. Tendo como objetivo a normatização das medidas de controle da influenza humana quando da identificação de situações de risco, como a detecção de casos suspeitos de síndrome Respiratória Aguda Grave e de surtos de síndrome Gripal em ambientes restritos

OBJETIVOS

- Adotar medidas de precaução e isolamento para os casos suspeitos e confirmados da gripe H1N1
- Prevenir a disseminação do vírus H1N1 entre pacientes e equipe profissional envolvida na assistência, bem como acompanhantes dos pacientes suspeitos.

PROCEDIMENTO:

- Precauções de contato e gotículas;
- Higienize as mãos com frequência;
- Utilização de máscara cirúrgica descartável para abordagem do paciente e realização de procedimentos de cuidados gerais, tais como: cuidados básicos, administração de medicamentos, passagem de SVD
- Utilização de máscara de proteção respiratória (N95) para realização de procedimentos com risco de geração de aerossóis, são exemplos: intubação traqueal, aspiração nasofaríngea e nasotraqueal, passagem de SNE ou SNG
- Observar a sequência de paramentação para evitar autocontaminação: avental, luvas, máscaras, óculos de proteção e gorro.

OBSERVAÇÕES:

- A máscara de proteção respiratória (N95) deverá ser de uso pessoal e estar apropriadamente ajustada à face e poderá ser reutilizada, conforme descrito no protocolo.



**SAMU
192**

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

NEP CISTRI
Núcleo de Educação Permanente

RG08 – PREENCHIMENTO DA FICHA ELETRÔNICA E CONDUTA PADRÃO PARA TODOS OS ATENDIMENTOS

OBJETIVO

- Padronizar as informações básicas que devem ser registradas na ficha eletrônica por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, condutores e médicos reguladores. A ficha eletrônica é resultado de todas as informações registradas na comunicação via Tablet, tanto pelos médicos reguladores quanto pela equipe de atendimento.

CONSIDERAÇÕES GERAIS

- A ficha eletrônica deve conter todas as informações do atendimento e é o principal registro do serviço, levando em consideração que, em casos de solicitações judiciais, tudo fica registrado e não pode ser questionado e nem alterado.

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:

- TUDO que é digitado no TABLET fica registrado na ficha eletrônica do paciente/vítima, logo, deve-se preenchê-la com bastante critério e detalhes, evitar digitar mensagens esdrúxulas e desnecessárias. Escrever somente o essencial e evitar colocações e mensagens informais.

- Todas as informações que forem trocadas via telefônica, devem ser registradas. Exemplo: Conforme orientado por telefone, iniciadas manobras de RCP.

- A ficha eletrônica é parte integrante importante do prontuário do paciente/vítima, portanto o **NOME COMPLETO SEM ERROS** deve estar registrado.

- A EQUIPE DE ATENDIMENTO deve enviar à regulação uma **FOTO LEGÍVEL** do documento de identificação do paciente, onde consta o **NOME LEGÍVEL**.



**SAMU
192**

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

NEP CISTRI
Núcleo de Educação Permanente

- Ao digitar o “**J14 – DADOS VITAIS**”, a EQUIPE DE ATENDIMENTO deverá preencher CORRETAMENTE: **NOME COMPLETO, IDADE E SEXO**. Preencher corretamente a ECG: Abertura ocular, Resposta Verbal e Resposta Motora. Preencher todos os sinais vitais: Frequência respiratória, Frequência cardíaca, Pressão arterial, Oximetria, Glicemia capilar, Temperatura axilar. Preencher CORRETAMENTE o tipo de atendimento (Clínico, Trauma, Pediátrico, Psiquiátrico e Obstétrico).
- Em TODO atendimento de TRAUMA com suspeita de **FRATURA**, a EQUIPE DE ATENDIMENTO **DEVERÁ** registrar com FOTO antes e após a IMOBILIZAÇÃO seguindo os protocolos. Este registro é mais importante para as equipes de Suporte Básico, porém, para as equipes de Suporte Avançado, serve como documentação e respaldo do atendimento.
- As medicações prescritas pelo MÉDICO REGULADOR deverão ser especificadas com NOME pelo princípio ativo, DILUIÇÃO, VIA E FORMA DE ADMINISTRAÇÃO. Os técnicos de enfermagem, após administrarem, deverão digitar no Tablet como o fizeram. É OBRIGATÓRIO o registro do que foi utilizado: especificar medicação e diluente.
- As medicações prescritas pelo MÉDICO INTERVENCIÓNISTA deverão ser especificadas com NOME pelo princípio ativo, DILUIÇÃO, VIA E FORMA DE ADMINISTRAÇÃO. É OBRIGATÓRIO o registro do que foi utilizado: especificar medicação e diluente. O enfermeiro poderá fazer a checagem da medicação somente na ficha de atendimento.

EQUIPE DE ATENDIMENTO:

- Ao iniciar o plantão, TODOS deverão, **obrigatoriamente**, fazer o login no Tablet.

OBS.: A responsabilidade das informações digitadas no TABLET é dos médicos (USA) e técnicos de enfermagem (USB), por isso, seus nomes devem aparecer na ocorrência (sempre selecionar seu login ao registrar as mensagens). Porém, os demais profissionais podem auxiliar na digitação, enquanto os outros estiverem realizando procedimentos.

- Ao receber uma ocorrência, a equipe aciona no TABLET: “**Ciente da ocorrência**”

- Ao sair para ocorrência, a equipe aciona no TABLET “**J9 – Saída para atendimento**”



**SAMU
192**

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

NEP CISTRI
Núcleo de Educação Permanente

Lembrando que, para **CÓDIGO VERMELHO**, o tempo de saída de base é de **NO MÁXIMO, 1 MINUTO**.

Para o **CÓDIGO AMARELO**, o tempo **MÁXIMO** de saída da base é de **2 MINUTOS**.

Para as transferências inter-hospitalares, o tempo **MÁXIMO** de saída de base é de **10 MINUTOS**, salvo casos em que haja necessidade de organizar algum material específico que demande mais tempo.

OBS.: Ressaltando-se que, o tempo de saída de base é monitorado pela movimentação da ambulância, logo, nosso sistema detecta se a equipe manda o “J9” e não inicia o deslocamento.

- A caminho da ocorrência, o MÉDICO REGULADOR deverá enviar informações complementares que auxiliem no atendimento e não tenham sido passadas. Caso não enviem, a EQUIPE DE ATENDIMENTO deve fazer questionamentos pertinentes.

- Ao chegar no local, a EQUIPE DE ATENDIMENTO aciona o “**J10 – Chegada no local do atendimento**”

- A EQUIPE DE ATENDIMENTO deve realizar o atendimento seguindo os protocolos específicos, realizar anamnese cuidadosa, exame físico e enviar à REGULAÇÃO o “**J14 – DADOS VITAIS**”.

- Após o envio do “J14”, a equipe de Suporte Básico deve enviar a anamnese resumida e relatar alterações no exame físico. As equipes de suporte avançado deverão descrever resumidamente os diagnósticos suspeitos e/ou confirmados.

- Após enviar anamnese e exame físico ao MÉDICO REGULADOR, as equipes de Suporte Básico deverão aguardar a **conduta do médico regulador**. As equipes de Suporte Avançado deverão relatar resumidamente as condutas e procedimentos realizados.



**SAMU
192**

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

NEP CISTRI
Núcleo de Educação Permanente

- Caso o médico demore para enviar a conduta, a EQUIPE DE ATENDIMENTO pode acionar o **“J15 – Solicitação de conduta médica para”** OU, preferencialmente, em caso de equipes de Suporte Básico, entrar em contato com a REGULAÇÃO.

OBS.: O telefone de contato direto com a REGULAÇÃO, quando não conseguem acionar pelo 192, é 2589-1799.

- Caso haja prescrição de medicações ou realização de procedimentos:

As equipes de Suporte Avançado deverão descrever brevemente os procedimentos realizados, identificando e especificando os materiais utilizados, bem como descrever as medicações pelo nome comercial com as doses e diluições conforme prescrito.

As equipes de Suporte Básico receberão as orientações de condutas dos médicos reguladores e deverão confirmar a realização das ações. As prescrições deverão ser realizadas pelo MÉDICO REGULADOR, com o nome comercial, com as doses e diluições conforme protocolo.

- A EQUIPE DE ATENDIMENTO deve acionar o **“J16 – Medicamentos e materiais utilizados”** (OBS.: Caso o “J” não esteja disponível, deve-se enviar por mensagem todas as medicações prescritas.)

A PARTIR DA DATA DESTES PROTOCOLOS, MEDICAÇÕES E MATERIAIS SOMENTE SERÃO REPOSTOS COM TODOS OS REGISTROS EM FICHA ELETRÔNICA. SERÁ RESPONSABILIDADE DE TODA A EQUIPE DE PLANTÃO, CASO HAJA FALHAS NESTE REGISTRO.

- Ao receber orientação do fluxo para onde encaminhar o paciente, a EQUIPE DE ATENDIMENTO deve acionar o **“J9 – Saída para Hospital”** e se deslocar em velocidade permitida pela via, sem ultrapassar o limite de velocidade. Todas as equipes só deverão se deslocar com a autorização e orientação da Central de Regulação, salvo se houver algum risco para a equipe. (Ressaltando-se que tudo deve estar relatado no Tablet para respaldo.)

- Ao chegar ao hospital de destino, a EQUIPE DE ATENDIMENTO deve acionar o **“J10 – Chegada no Hospital”**



**SAMU
192**

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

NEP CISTRI
Núcleo de Educação Permanente

A EQUIPE DE ATENDIMENTO deve descer o paciente imediatamente e entrar com o paciente/vítima pela entrada de urgência e emergência, não devendo aguardar autorização dentro da viatura, subentendendo-se que se trata de uma emergência que deve ser atendida prontamente.

- Após transferir o paciente de maca, a equipe deverá recolher todo o material do SAMU, fazer registro de retenção de material (caso ocorra) e solicitar assinatura na ficha de APH do responsável por receber o paciente/vítima. **(OBS.: Ressaltamos que é responsabilidade de TODA a equipe o cuidado e zelo com os equipamentos/materiais.)** Caso haja pertences da vítima/paciente, estes deverão ser entregues para o responsável no hospital e registrado na ficha de atendimento de APH.

- Antes de sair do hospital, a EQUIPE DE ATENDIMENTO deve acionar o “**J11 – Unidade liberada**”, o que permite que a Unidade Móvel seja acionada para outra ocorrência, se necessário.

OBS.: O MÉDICO REGULADOR e o OPERADOR DE FROTAS devem estar atentos às ocorrências encerradas no HC-UFU, nas quais a viatura vai se deslocar até os municípios, evitando o empenho durante este tempo de trânsito, o que pode prejudicar sobremaneira o tempo-resposta.

- Ao chegar à base, a EQUIPE DE ATENDIMENTO deve acionar o “**J12 – Chegada na base**” e registrar no TABLET “Ocorrência finalizada”.

OBS.: NÃO finalizar a ocorrência antes de chegar à base, pois quando isto ocorre, não há mais possibilidade de envio de mensagens para Unidade Móvel pelo médico regulador. NÃO se esquecer de finalizar na base, pois o cálculo do tempo total de atendimento depende deste registro.

- Em transferências inter-hospitalares, a EQUIPE DE ATENDIMENTO, deverá descrever RESUMIDAMENTE o quadro clínico do paciente, enviar medicações em BIC, parâmetros de ventilação mecânica e descrever qualquer intercorrência ocorrida durante o transporte e deverá ser preenchido o “**Check list do transporte seguro**”.



RG09 – PREENCHIMENTO DA FICHA DE ATENDIMENTO USB

OBJETIVO:

- Realizar o preenchimento das fichas de atendimento, de forma a obter todas as informações necessárias e fundamentais de um registro completo.

PROCEDIMENTO:

- Preencher sempre a data, número da ocorrência e nome do médico regulador;
- Preencher dados pessoais da vítima (conferidos no documento pessoal) e endereço;
- Transcrever o J14 que contém os sinais vitais para a ficha de atendimento;
- No campo medicamentos em uso, em casos clínicos preenchê-lo e em casos de trauma preencher quando for possível.
- Marcar todos os campos necessários de acordo com o tipo de atendimento;
- Ao final da ocorrência marcar no controle de consumo de materiais (verso da primeira página), quais foram os materiais e medicações utilizadas na medicação. As fichas que vierem faltando a marcação dos materiais serão devolvidas para equipe preencher;
- No campo Achados do Exame Físico, é necessário anotar apenas as alterações identificadas no exame físico.

Achados do Exame Físico	
Cabeça	
Pescoço	Anotar apenas as alterações identificadas no exame físico.
Tórax	
Abdome	
Pelve	
Extremidades	

- Assinalar todos os procedimentos realizados nos campos existentes na ficha.
- No campo prescrição médica, deverá ser relato pelo técnico apenas as medicações que foram prescritas, dose e via de administração **indicada pelo médico regulador**, e checar a administração delas.

Recusa de atendimento: Eu, abaixo assinado, devidamente orientado e ciente dos riscos, recuso atendimento e assumo total responsabilidade pelo ato, isentando-se o profissional de qualquer responsabilidade.

Nome _____

Testemunha _____

Encaminhado: _____

☐ Recebido por: _____ Nome/carimbo do Médico ou Enfº. Resp _____

☐ Removido por outros. Quem? _____ Para _____

☐ Não removido: Méd. Regulador Resp.: _____ ☐ Orientação no local. Méd. Regulador Resp. _____



SAMU
192

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

NEP CISTRI
Núcleo de Educação Permanente

- Preencher campo óbito no local e a USB deverá preencher a ficha de “Evidência de Morte óbvia na cena”, apenas se houver algum dos sinais evidentes de morte óbvia, do contrário a vítima será conduzida conforme fluxo determinado pelo médico regulador.
- No campo equipe de atendimento, assinar de forma legível o nome dos profissionais e seus registros.



RG 10 – REPOSIÇÃO/TROCA DE EQUIPAMENTOS E MATERIAIS DE CONSUMO PERMANENTE PARA USB

OBJETIVO

- Realizar substituição de equipamentos danificados e/ou que necessitam de manutenção nas bases descentralizadas e reposição de acordo com a necessidade nas Unidades Móveis através de autorização da coordenação de enfermagem.

PROCEDIMENTO:

- Conforme necessidade a equipe do plantão irá identificar o problema ocorrido com o equipamento, fazer contato com a coordenação de enfermagem, informando detalhadamente, através de descrição e fotos do defeito.

- A coordenação de enfermagem realizará uma avaliação do descrito e das fotos, caso necessário fará contato com a equipe da base para coletar maiores informações.

- Após avaliação e verificação da urgência da troca, será comunicado o responsável pelo almoxarifado para a substituição do equipamento. Caso não seja urgência, o equipamento será enviado na próxima rota, juntamente com as medicações e materiais.

- O envio será providenciado pelo coordenador de enfermagem através de solicitação direta ao colaborador do administrativo responsável pelas frotas ou a equipe da base que estiver no plantão, em caso de viagem e vierem até a central.

- A equipe de atendimento será responsável pelo preenchimento da ficha de solicitação de troca e deverá enviar o equipamento defeituoso para o almoxarifado para as devidas providências, com orientações da coordenação de enfermagem.



**SAMU
192**

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

NEP CISTRI
Núcleo de Educação Permanente

FM01 – REQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS NAS BASES DESCENTRALIZADAS

OBJETIVO

- Estabelecer critérios para a realização do abastecimento de medicamentos para as bases descentralizadas do SAMU de forma correta e organizada, garantindo o adequado atendimento a qualquer agravo de saúde.

PROCEDIMENTOS

PEDIDOS DE MEDICAMENTOS

- A responsabilidade pelo envio da requisição manual é exclusiva de cada base e deve ser feita até a data limite divulgada pelo farmacêutico. O calendário com as datas é entregue no início do ano com duração de 12 meses.
- A requisição manual deve ser feita segundo o modelo em anexo deste POP. Já encaminhado ao e-mail de cada base.
- A requisição deverá ser enviada ao email: farmaciasamu192cistri@gmail.com;
- Na requisição dos medicamentos deverá conter o número da ocorrência em que foram utilizados, data, o nome do profissional responsável pela administração do mesmo, data de vencimento e lote do medicamento.

A farmácia **NÃO** deverá repor pedidos sem o número da ocorrência.

- Medicamentos sujeitos a controle especial (Portaria 344/98) só poderão ser repostos mediante apresentação de requisição e receitaário. O receitaário será de responsabilidade do prescritor e será arquivado por 5 anos.



**SAMU
192**

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

NEP CISTRI
Núcleo de Educação Permanente

- O receituário deverá estar assinado e carimbado de forma legível pelo médico responsável pela ocorrência ou médico do município que acompanhar a USB, devendo conter o número da ocorrência, nome dos medicamentos, via de administração, diluição e quantidades.
- O cronograma das entregas seguirá a escala de distribuição de medicamentos, materiais médico-hospitalares, materiais de limpeza e demais itens de necessidade das bases descentralizadas por profissionais que serão designados para essa função. Essa escala será elaborada pelo farmacêutico responsável técnico juntamente com o almoxarife.
- Os profissionais enfermeiros, técnicos de enfermagem e médicos serão responsabilizados pela falta da prescrição de medicação utilizada durante os atendimentos, gerando **pedidos incompletos**, pedidos fora da data ou fora do padrão.
- Anotar imediatamente a medicação usada após cada ocorrência e notificar o farmacêutico e coordenação direta caso não haja quantitativo na reserva, para não comprometer o estoque da base.

Cabe advertência da coordenação em caso de descumprimento.

Nossa FARMÁCIA é regida por normas da Vigilância Sanitária para armazenamento, abastecimento e reposição. A RASTREABILIDADE da medicação é imprescindível e somente é garantida com o número da ocorrência, que é registrado em cada baixa feita no estoque da FARMÁCIA.

SOBRE A TROCA (POR VENCIMENTO):

O pedido para a troca de medicamentos a vencer deve ser feito na primeira solicitação do mês, por exemplo, medicamento com validade 06/2022 solicitar na primeira semana do mês de junho 2022 e assim que o mesmo já estiver na base já pode fazer a substituição, evitando assim atrasos de troca.



**SAMU
192**

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

NEP CISTRI
Núcleo de Emergência Resolutiva

Os profissionais responsáveis devem solicitar a reposição destes medicamentos, com data de validade próxima, via requisição na qual será relatado a troca de validade, no campo que seria descrito o número da ocorrência e, somente devolver os medicamentos que vencerão, após receber os novos medicamentos na base, para que não fique desabastecida. Lembrando que as medicações que são retiradas da bolsa e da caixa reserva deverão ficar armazenadas em local separado, identificadas como “Medicações Vencidas” para que não haja risco de serem novamente incluídas junto com as medicações de uso, e que o profissional que esteja no plantão na data da entrega de insumos, possa fazer a devolução ao profissional que é responsável pela distribuição, o qual irá entregar para a farmacêutica responsável essas medicações para registros e destinações corretas.

A REPOSIÇÃO DE MEDICAMENTOS SÓ SERÁ POSSÍVEL SEGUINDO CRITÉRIOS ADOTADOS POR ESTES PROTOCOLOS.

DESSA FORMA, NÃO É PERMITIDO REPOR MEDICAMENTOS PARA OS PROFISSIONAIS QUE VIEREM À FARMÁCIA SOLICITANDO REPOSIÇÃO EM DIAS DE CURSO DO NEP OU EM DIAS DE REUNIÃO, ETC., SALVO COM AUTORIZAÇÃO PRÉVIA DO FARMACÊUTICO E EM CASOS DE EXTREMA NECESSIDADE.

PORTANTO, CABE A QUEM VERIFICOU A FALTA AVISAR À FARMACIA COM ANTECEDÊNCIA DE, PELO MENOS, 24 HORAS, A NECESSIDADE DE REALIZAR REPOSIÇÃO FORA DOS CRITÉRIOS DESTE POP.



FM02 – CONTROLE DE VALIDADE DE MEDICAMENTOS

OBJETIVO

- Padronizar o controle de validade e remanejamento de medicamentos vencidos nas bases descentralizadas.

PROCEDIMENTO

- Verificar mensalmente os prazos de validade de todos os medicamentos da mochila e caixa reserva;
- Medicamentos com prazo de validade menor, ou seja, que vencem primeiro, devem ficar disponíveis para uso imediato nas ambulâncias. **O QUE VENCE PRIMEIRO, PRECISA SER USADO PRIMEIRO;**
- Para maior controle dos medicamentos com validades próximas do vencimento, estes deverão ser identificados com etiquetas coloridas para facilitar. A identificação deverá ser realizada mensalmente (última semana do mês) com retirada dos vencidos;
- A identificação será conforme descrito abaixo:



Validade até 30 (trinta) dias



Validade até 60 (sessenta) dias



Validade até 90 (noventa) dias



**SAMU
192**

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

NEP CISTRI
Núcleo de Educação Permanente

- **É PROIBIDO** realizar trocas de medicamentos, sem autorização do farmacêutico. (Caso seja autorizado por este, deverá OBRIGATORIAMENTE ter formulário de troca);
- Os medicamentos separados (a vencer) devem ser embalados e **identificados com o nome da base descentralizada** de origem e ser devolvidos à farmácia;
- **É PROIBIDO** o empréstimo/doação de medicações por parte de qualquer membro da equipe, sem o conhecimento e autorização do farmacêutico;
- Cada base deve solicitar a reposição de tais itens por meio de requerimento eletrônico ao e-mail da farmácia: farmaciasamu192cistri@gmail.com;
- Caso ocorra quebra acidental de ampolas, **SOMENTE** serão repostas com requerimento eletrônico via e-mail da farmácia e preenchimento do formulário de intercorrência registrado no Tablet, com foto.



**SAMU
192**

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

NEP CISTRI
Núcleo de Educação Permanente

FM03 – PERDAS DE MEDICAMENTOS POR QUEBRA

OBJETIVO

- Estabelecer critérios para uma correta dispensação de medicamentos pela farmácia do do Consórcio Público Intermunicipal de Saúde da Rede de Urgência e Emergência da Macrorregião do Triângulo do Norte às bases descentralizadas, após quebras acidentais.

PROCEDIMENTO

- Quando ocorrer quebra de ampolas na base (seja por queda de maleta ou da ampola) deverá ser feita uma **intercorrência para farmácia** no Tablet. Tirar uma foto para anexar à solicitação de quebra do medicamento;

- Em caso de medicamento sujeito a controle especial (Portaria 344/98), tirar foto da ampola e também do lote;

- A reposição de tais medicamentos será feita **SOMENTE** mediante justificativa e requerimento preferencialmente enviado por e-mail, preenchido completamente, até a data limite previamente definida;

- O nome, lote e validade da ampola quebrada deverão ser anotados e passados para o farmacêutico na requisição eletrônica, juntamente com a medicação usada durante o período de reposição, na data especificada, via e-mail, farmaciasamu192cistri@gmail.com;

OBS.: As ampolas quebradas deverão ser descartadas em caixa apropriada para o descarte de perfuro-cortante, após seguidos todos os passos acima.

REVISADO POR: LUCAS MARQUES JOSÉ
APROVADO POR: HEBERT TOBIAS DE OLIVEIRA
DATA DE APROVAÇÃO: JANEIRO/2025



SAMU
192

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

NEP CISTRI
Núcleo de Emergência Resolutiva



**SAMU
192**

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

NEP CISTRI
Núcleo de Educação Permanente

FM04 – REGISTRO DE INTERCORRÊNCIAS DE MEDICAMENTOS

OBJETIVO

- Padronizar o registro de qualquer divergência de medicamentos nas bases descentralizadas do Consórcio Público Intermunicipal de Saúde da Rede de Urgência e Emergência da Macrorregião do Triângulo do Norte.

PROCEDIMENTO

- Qualquer divergência que ocorra com medicamentos deverá ser registrada no Tablet.
- Após fazer login, escolha o tipo de intercorrência: FARMÁCIA, digite o que ocorreu, por exemplo: quebra acidental, falta de algum medicamento, diluição errada (substituição), quando terminar selecione salvar e adicione a foto.
- Quando estiver pronto clique no ícone da câmera, tire a foto e clique “ok” ou se quiser fazer outra foto clique em repetir e “ok”. Depois basta clicar em voltar.
- Mesmo fazendo o registro da intercorrência no Tablet deverá solicitar o medicamento no formulário de solicitação de medicamentos.
- A cada quinzena, o farmacêutico irá tirar um relatório verificando assim as intercorrências para reposição.
- Caso ocorra preparo inadequado ou solicitação de troca de medicação, antes da administração, pelo médico intervencionista ou regulador, deverá ser registrada a INTERCORRÊNCIA e solicitados na requisição eletrônica. As fichas eletrônicas de atendimento serão conferidas para reposição.
- O mesmo se aplica para comprimidos que apresentarem desvio da qualidade após o picote. Deverá ser registrada a INTERCORRÊNCIA com foto.



**SAMU
192**

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

NEP CISTRI
Núcleo de Educação Permanente

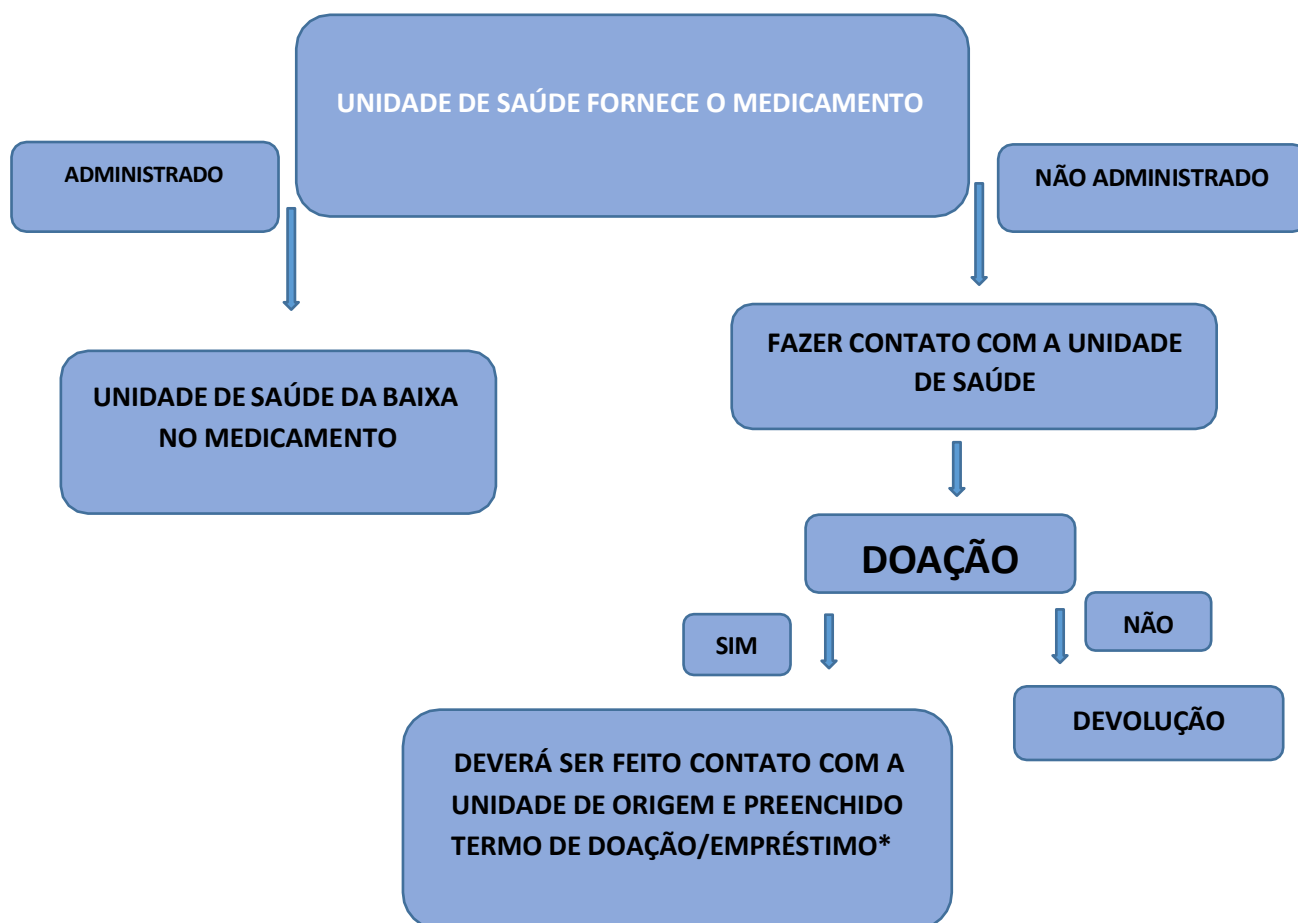
FM05 – EMPRÉSTIMO/DOAÇÃO DE MEDICAMENTOS

OBJETIVO

- Padronizar um fluxograma, caso haja empréstimo e/ou doação de medicamentos para as viaturas durante os atendimentos envolvendo Unidades de Saúde da Rede.

PROCEDIMENTO

- Durante os atendimentos de urgência e emergência do SAMU e em transferências inter-hospitalares pode existir necessidade de uso de medicações não padronizadas pelo CISTRI, em falta e/ou quantidade menor que o necessário para estabilização da vítima/paciente, ou ainda, para garantir um transporte seguro, sem intercorrências;
- Caso seja necessária alguma medicação não padronizada no SAMU e a Unidade de Origem possa disponibilizar no momento do atendimento de urgência e emergência e/ou transporte inter-hospitalar, poderá ocorrer empréstimo e/ou doação, se houver comum acordo, sempre considerando o benefício e segurança para o paciente.
- O SAMU possui a maioria dos medicamentos necessários ao atendimento de urgência e emergência, excetuando-se alguns que, por dificuldade de armazenamento adequado ou baixa saída não foram padronizados para evitar o desperdício e aplicação indevida. Portanto, só serão solicitadas nas Unidades de Saúde medicações realmente necessárias para cada caso e que não estão disponíveis na viatura no momento do atendimento.
- Quando houver necessidade de empréstimo de medicações, enfermeiros, técnicos de enfermagem e/ou médicos deverão anotar o responsável na Unidade de Origem e, após finalizada a ocorrência, fazer contato telefônico com o mesmo, seguindo o fluxograma abaixo:



* O termo de doação/empréstimo estará presente em todas as bases descentralizadas e será de preenchimento **OBRIGATÓRIO**, pelos enfermeiros, técnicos de enfermagem e/ou médicos, constando o nome do responsável pela doação na Unidade de origem da medicação.

- É **PROIBIDO** aceitar medicação e/ou realizar empréstimo/doação dos medicamentos das bases descentralizadas, sem conhecimento e autorização do farmacêutico e sem o termo de doação.

- Se definido pela devolução do medicamento, este deve ser corretamente acondicionado, identificado e devolvido em mãos ao responsável pelo empréstimo, com registro no termo de doação/empréstimo.



**SAMU
192**

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

NEP CISTRI
Núcleo de Educação Permanente

FM06 – PADRONIZAÇÃO DE MEDICAÇÕES – INDICAÇÕES, CONTRAINDICAÇÕES E DILUIÇÕES

OBJETIVO

- Padronizar a diluição das medicações que fazem parte do estoque do serviço.
- Orientar sobre as indicações, contraindicações, efeitos colaterais das medicações.
- Garantir prescrição médica padronizada: Médico intervencionista na Unidade de Suporte Avançado e Médico regulador na Unidade de Suporte Básico.
- Autorizar os técnicos de enfermagem a administrar medicamentos por via oral e parenteral mediante prescrição do médico regulador por telemedicina (Conforme previsto pela Portaria 2048, de 5 de Novembro de 2002.)

REGULAÇÃO MÉDICA:

- O médico regulador deverá fazer a prescrição indicada para cada caso específico, conforme protocolos do serviço, descrevendo, com as respectivas doses/volumes:
 - ✓ Medicação pelo PRINCÍPIO ATIVO, apresentação + Diluente
 - ✓ Via de administração
 - ✓ Velocidade de infusão

OBS.: As receitas de psicotrópicos deverão ser preenchidas conforme protocolo do serviço pelos MÉDICOS REGULADORES para as prescrições de USB e pelos MÉDICOS INTERVENCIÓNISTAS/MÉDICOS DAS PORTAS DE ENTRADA na USA ou USB acompanhada por médicos dos municípios.

USB:

- O médico regulador deverá cobrar dos técnicos de enfermagem a checagem de realização de medicação, SEMPRE confirmando se realmente foi administrada, através de mensagem via Tablet.



**SAMU
192**

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

NEP CISTRI
Núcleo de Educação Permanente

USA:

- O médico regulador deverá cobrar dos médicos intervencionistas quais medicações foram realizadas, após a estabilização do paciente, para que juntos garantam que os protocolos sejam seguidos. O médico intervencionista é responsável por relatar no Tablet e ficha de atendimento, a medicação pelo NOME COMERCIAL + diluente, via de administração e velocidade de infusão.

EQUIPE DE ATENDIMENTO – USB:

- Os técnicos de enfermagem devem confirmar com o médico a droga prescrita, caso haja dúvidas de medicação e/ou dose, diluição e, após administrar a medicação, confirmar via Tablet.

- Caso um médico da origem acompanhe o transporte junto à equipe de USB, os técnicos de enfermagem deverão informar as drogas usadas à regulação, SEMPRE seguindo os protocolos do serviço, informando isto aos profissionais que estão tripulando as ambulâncias e solicitar que façam as receitas.

EQUIPE DE ATENDIMENTO – USA:

- Os médicos intervencionistas devem, seguindo os protocolos, administrar as medicações aos pacientes e, posteriormente, informar o que foi utilizado ao médico regulador. Lembrando que, como equipe, caso haja dúvidas, o médico regulador pode ser consultado, prezando sempre pela melhor conduta e segurança do paciente.



MEDICAÇÕES PADRONIZADAS PARA USB

ÁGUA DESTILADA 10ML
ÁCIDO ACETIL SALICÍLICO 100MG
AMIODARONA 150 MG – 50MG/ML – AMP 3 ML
BUTILBROMETO DE ESCOPOLAMINA + DIPIRONA (BUSCOPAM COMPOSTO) 4MG/ML+500MG/ML - AMP 5 ML
CAPTOPRIL 25MG
CLOPIDOGREL 75MG
CLORIDRATO DE CLORPROMAZINA 5MG/ML – AMP 5 ML
CLORIDRATO DE METOCLOPRAMIDA 5MG/ML - AMP 2ML
CLORIDRATO DE ONDANSETRONA 2MG/ML- AMP 2ML
CLORIDRATO DE PROMETAZINA 25MG/ML - AMP 2ML (FENERGAN)
CLORIDRATO DE TRAMADOL (TRAMAL) 50MG/ML - AMP 2ML
DIAZEPAM 5MG/ML - AMP 2ML
DINITRATO DE ISOSSORBIDA 5MG (ISORDIL SUB-LINGUAL)
DIPIRONA SÓDICA 500MG/ML - AMP 2ML
EPINEFRINA 1MG/ML- AMPOLA 1 ML (ADREN)
FENITOÍNA SÓDICA 50MG/ML - AMP 5ML
FENOBARBITAL SÓDICO 100MG/ML - AMP 2ML
FUROSEMIDA 10MG/ML – AMP 2 ML
GLICOSE HIPERTÔNICA 50% AMP 10 ML E 20 ML
HALOPERIDOL 5MG/ML - AMP 1ML
LIDOCAÍNA 20 MG/G GELEIA 2%
OMEPRAZOL 40MG
SALBUTAMOL 100MCG/DOSE SPRAY - 200 DOSES
SUCCINATO SÓDICO DE HIDROCORTISONA 100MG
SUCCINATO SÓDICO DE HIDROCORTISONA 500MG
SULFATO DE ATROPINA 0,25MG/ML AMP 1 ML
TENOXICAM 40MG (TILATIL)
SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ML, 250 ML E 500 ML
GLICOSE 5% 250 ML E 500 ML
SOLUÇÃO DE RINGER COM LACTATO 500 ML



ÁCIDO ACETIL SALICÍLICO

Forma farmacêutica: Comprimidos – 100mg

Indicações: Analgésico, antitérmico, anti-inflamatório, antiplaquetário (profilaxia de infarto e trombozes), inibidor da síntese de prostaglandina

Contraindicações: Antecedente de anafilaxia com salicilatos ou crise de asma pela droga, último trimestre da gravidez, pré-operatório, gastrite e úlcera péptica ativa, lesão hepática grave, hemofilia e outras coagulopatias, trombocitopenia, uso de anticoagulantes e suspeita de dengue, crianças com influenza ou varicela, asma + pólio nasal. Evitar na insuficiência renal com Cl Cr < 10.

ADRENALINA/EPINEFRINA

Forma farmacêutica:

CONCENTRAÇÃO POR AMPOLA	FORMA FARMACÊUTICA	VOLUME POR AMPOLA
1 mg	1 mg/ml	ml

Indicações: Eficaz mais pelo seu efeito de vasoconstrição e sustentação da PA (melhorando a perfusão coronariana), que pelo seu efeito beta (inotrópico e cronotrópico). Se existe acidose associada, a correção com bicarbonato melhora o efeito das catecolaminas. Aumenta a FC, aumenta a contratilidade miocárdica, aumenta a resistência vascular periférica, aumenta a PA (devido aos efeitos acima), aumenta a demanda de oxigênio miocárdico, aumenta a automaticidade, melhora o padrão da fibrilação e a susceptibilidade a desfibrilação, efeito broncodilatador. Correção prévia da acidose melhora a eficácia. Nunca associar bicarbonato na mesma via. Útil também na asma, choque anafilático, sustentação inotrópica, obstrução alta (nebulização)



Contraindicações: A Epinefrina é contraindicada em pacientes que apresentam hipersensibilidade conhecida a qualquer componente da fórmula. A Epinefrina é normalmente utilizada em situações de emergência. Nesses casos, qualquer contraindicação é relativa. Não se deve administrar Epinefrina em pacientes que estão sobre tratamento com beta-bloqueadores em virtude do potencial elevado de desenvolvimento de hipertensão severa e hemorragia cerebral.

AMIODARONA

Forma farmacêutica:

CONCENTRAÇÃO POR AMPOLA	FORMA FARMACÊUTICA	VOLUME POR AMPOLA
150 mg	50 mg/ml	3 ml

Indicações: Antiarrítmico Classe III: prolonga potencial de ação e período refratário. Profilaxia e tratamento de arritmias ventriculares graves (FV recidivante, taquicardia ventricular recidivante, extra-sístoles ventriculares). Profilaxia de fibrilação, flutter e taquicardia atriais. Profilaxia de TSVP, associada a WPW e resistentes a drogas menos tóxicas. Emergência: na fibrilação ou taquicardia ventricular refratária a desfibrilação ou cardioversão. É o mais potente antiarrítmico como droga isolada, mas, pela sua toxicidade, não deve ser considerada droga de primeira escolha. Efeito pode demorar dias ou meses para atingir o máximo de eficiência.

Contraindicações: BAV II ou III ou distúrbio de condução trifascicular em pacientes sem marcapasso. QT longo, choque cardiogênico ou hipotensão grave, doença tireoidiana, disfunção grave do nodo sinusal ou bradicardia sinusal sintomática, disfunção hepática, pneumopatia crônica grave.



SAMU
192

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

NEP CISTRI
Núcleo de Educação Permanente

ATROPINA

Forma farmacêutica:

CONCENTRAÇÃO POR AMPOLA	FORMA FARMACÊUTICA	VOLUME POR AMPOLA
0,25 mg	0,25 mg/ml	1 ml

Indicações: Parassimpaticolítico (bloqueio vagal), indicado nas bradicardias sintomáticas, BAV sintomático. Indicação discutível na assistolia. Espamolítico; anticolinérgico, broncodilatador, midriático. Redução de salivagem de secreções. Como uma das principais causas de bradicardia é a hipóxia, a prioridade é ventilar e oxigenar bem o paciente, sustentar a circulação (volume, inotrópicos e corrigir a acidose). Indicado na bradicardia sintomática (hipoperfusão ou hipotensão) não relacionada à hipóxia (bradicardias vagais causadas por inalação de gases irritantes, estimulação do seio carotídeo e compressão ocular, estimulação peritoneal e injeção de contrastes iodados) e bradicardia com BAV sintomático. Doses pequenas induzem a bradicardia paradoxal. Uso pré-intubação ou broncoscopia mascar a bradicardia da hipóxia e exige monitorização da oxigenação por saturimetria. Bloqueio AV: melhora FC idioventricular.

Contraindicações: Glaucoma de ângulo fechado, doença obstrutiva gastrointestinal, miastenia, uropatia obstrutiva, taquicardia, tireotoxicose

BUTILBROMETO DE ESCOPOLAMINA + DIPIRONA

Forma farmacêutica:

CONCENTRAÇÃO POR AMPOLA	FORMA FARMACÊUTICA	VOLUME POR AMPOLA
20 mg + 2500 mg	4 mg/ml + 500mg/ml	5 ml

DILUIÇÃO	SOLUÇÃO	TEMPO DE INFUSÃO
1 ampola (5ml)	SF0,9% 100ml	35 gotas/min



SAMU
192

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

NEP CISTRI
Núcleo de Educação Permanente

Indicações: O butilbrometo de escopolamina + dipirona monoidratada é indicado para o tratamento dos sintomas de cólicas intestinais, estomacais, urinárias, das vias biliares, dos órgãos sexuais femininos e menstruais.

Contraindicações: Não utilizar se tiver alergia a analgésicos semelhantes à dipirona (como isopropilaminofenazona, propifenazona, fenazona, fenilbutazona), ao butilbrometo de escopolamina ou a algum outro componente do produto. Isto inclui, por exemplo, o desenvolvimento de agranulocitose (febre, dor de garganta ou alteração da boca e garganta, associados à ausência ou diminuição de células brancas no sangue) após o uso destas substâncias. O uso também não é indicado se tiver asma induzida por analgésicos, ou se desenvolver reações anafilatóides (manifestações na pele e inchaço dos lábios, língua e garganta) ou broncoespasmo (estreitamento das vias respiratórias) após tomar analgésicos (como paracetamol, salicilatos, diclofenaco, ibuprofeno, indometacina ou naproxeno). Não utilizar se tiver comprometimento da medula óssea (por exemplo, após algum tratamento medicamentoso com agentes citostáticos, que inibem o crescimento ou a reprodução das células) ou comprometimento no sistema formador de elementos do sangue; deficiência genética da enzima glicose-6-fosfato-desidrogenase, tendo risco aumentado de alterações do sangue; porfiria hepática aguda intermitente (doença do metabolismo do sangue que provoca alterações na pele e sistema nervoso); glaucoma (aumento da pressão dentro do olho); aumento da próstata com dificuldade para urinar; estreitamento da passagem do conteúdo no estômago e intestinos; íleo paralítico ou obstrutivo (não funcionamento do intestino); megacólon (dilatação da parte final dos intestinos); taquicardia (batimentos cardíacos acelerados); miastenia gravis (doença que provoca fraqueza muscular), se estiver no terceiro trimestre de gravidez ou amamentando. Butilbrometo de escopolamina + dipirona monoidratada é contraindicado a partir dos 6 meses de gravidez.



SAMU
192

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

NEP CISTRI
Núcleo de Educação Permanente

CAPTOPRIL

Forma farmacêutica: Comprimidos – 25 mg

Indicações: Hipertensão – reduz a pressão arterial. Insuficiência Cardíaca - indicado no tratamento da insuficiência cardíaca congestiva em associação com diuréticos e digitálicos. O efeito benéfico de captopril na insuficiência cardíaca não requer a presença de digitálicos. Infarto do Miocárdio – indicado como terapia pós-infarto do miocárdio em pacientes clinicamente estáveis com disfunção ventricular esquerda assintomática ou sintomática para melhorar a sobrevida, protelar o início da insuficiência cardíaca sintomática, reduzir internações por insuficiência cardíaca e diminuir a incidência de infarto do miocárdio recorrente e as condutas de revascularização coronariana. Nefropatia Diabética – indicado para o tratamento de nefropatia diabética (proteinúria >500 mg/dia) em pacientes com diabetes mellitus insulino dependentes. Nestes pacientes, o captopril previne a progressão da doença renal e reduz sequelas clínicas associadas (diálise, transplante renal e morte).

Contraindicações: História de hipersensibilidade prévia ao captopril ou qualquer outro inibidor da enzima conversora da angiotensina (p.ex., paciente que tenha apresentado angioedema durante a terapia com qualquer outro inibidor da ECA). Categoria de risco D à gravidez.

CLOPIDOGREL

Forma farmacêutica: Comprimidos – 75mg

Indicações: Indicado para a prevenção secundária dos eventos aterotrombóticos [infarto agudo do miocárdio (IM), acidente vascular cerebral (AVC) e morte vascular] em pacientes adultos que apresentaram IM ou AVC recente ou doença arterial periférica estabelecida. Síndrome coronária aguda – Nos pacientes com SCA sem elevação do segmento ST (angina instável ou IM sem onda Q), incluindo tanto aqueles controlados clinicamente, quanto os submetidos à Intervenção Coronária Percutânea (ICP) (com ou sem colocação de stent), Bissulfato de Clopidogrel demonstrou uma redução na taxa de ocorrência do desfecho combinado de morte cardiovascular, IM ou AVC, assim como na



SAMU
192

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

NEP CISTRI
Núcleo de Educação Permanente

taxa de ocorrência do desfecho combinado de morte cardiovascular, IM, AVC ou isquemia refratária. Para os pacientes com IM com elevação do segmento ST, Bissulfato de Clopidogrel mostrou reduzir a relação de morte por qualquer causa e a relação do desfecho combinado de morte, reinfarto ou AVC. Fibrilação atrial – Em pacientes com fibrilação atrial (FA) que possuem pelo menos um fator de risco para eventos vasculares e que não podem fazer uso de terapia com antagonistas da vitamina K (AVK) [ex. risco específico de hemorragia, avaliação médica de que o paciente é incapaz de cumprir com o monitoramento pela RNI (razão normalizada internacional) ou que o uso de AVK é inadequado], Bissulfato de Clopidogrel é indicado em combinação com o ácido acetilsalicílico (AAS) na prevenção de eventos aterotrombóticos e tromboembólicos, incluindo acidente vascular cerebral (AVC). Bissulfato de Clopidogrel em combinação com AAS demonstrou reduzir a taxa do desfecho combinado de AVC, infarto do miocárdio (IM), embolismo sistêmico fora do sistema nervoso central, ou morte vascular, basicamente devida à redução de AVC. Em pacientes com fibrilação atrial com risco aumentado para eventos vasculares, que podem fazer uso de terapia com AVK, estes demonstraram ter um benefício clínico melhor que o AAS isoladamente ou em combinação com Bissulfato de Clopidogrel na redução de AVC.

Contraindicações: Hipersensibilidade à substância ativa ou a qualquer dos componentes do produto. Sangramento patológico ativo, como úlcera péptica ou hemorragia intracraniana.

CLORPROMAZINA

Forma farmacêutica:

CONCENTRAÇÃO POR AMPOLA	FORMA FARMACÊUTICA	VOLUME POR AMPOLA
25 mg	5 mg/ml	5 ml

Indicações: Este medicamento é destinado aos seguintes tratamentos: Neuropsiquiatria – Quadros psiquiátricos agudos, ou então no controle de psicoses de longa evolução. Clínica geral – Manifestação de ansiedade e agitação, soluços incoercíveis, náuseas e vômitos e neurotoxicoses infantis; também pode ser associado aos barbitúricos no tratamento do tétano. Obstetrícia – Em analgesia obstétrica e no tratamento da



SAMU
192

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

NEP CISTRI
Núcleo de Emergência Neurológica

eclampsia. Indicado nos casos em que haja necessidade de uma ação neuroléptica, vagolítica, simpatolítica, sedativa ou antiemética.

Contraindicações:

Absolutas: Glaucoma de ângulo fechado. Em pacientes com risco de retenção urinária, ligado à problemas uretroprostáticos. Uso concomitante com levodopa. Comas barbitúricos e etílicos; sensibilidade às fenotiazinas; doença cardiovascular grave; depressão severa do sistema nervoso central.

Relativas: Uso concomitante com álcool, lítio e sultoprida. Avaliar risco-benefício: Discrasias sanguíneas; câncer da mama; distúrbios hepáticos; doença de Parkinson; distúrbios convulsivos; úlcera péptica. Deverá ser administrado com cautela em pacientes idosos e/ou debilitados. (retenção urinária por problemas de próstata ou uretra).

DIAZEPAM

Forma farmacêutica:

CONCENTRAÇÃO POR AMPOLA	FORMA FARMACÊUTICA	VOLUME POR AMPOLA
10 mg	5 mg/ml	2 ml

DILUIÇÃO	SOLUÇÃO	TEMPO DE INFUSÃO
1 ampola	SF0,9%/SG5% 250ml	10 minutos

Indicações: Indicado para alívio sintomático da ansiedade, tensão e outras queixas somáticas ou psicológicas associadas com a síndrome da ansiedade. Pode também ser útil como coadjuvante no tratamento da ansiedade ou agitação associada a desordens psiquiátricas. Útil no alívio do espasmo muscular reflexo devido a traumas locais (lesão, inflamação). Pode ser igualmente usado no tratamento da espasticidade devida a lesão dos interneurônios espinhais e supraespinhais tal como ocorre na paralisia cerebral e



SAMU
192

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

NEP CISTRI
Núcleo de Educação Permanente

paraplegia, assim como na atetose e na síndrome rígida. Os benzodiazepínicos são indicados apenas para distúrbios intensos, incapacitantes ou para dores extremas.

Contraindicações: Este medicamento não deve ser administrado a pacientes com hipersensibilidade aos benzodiazepínicos ou a qualquer excipiente do produto, glaucoma de ângulo agudo, insuficiência respiratória grave, insuficiência hepática grave (pois os benzodiazepínicos podem levar à ocorrência de encefalopatia hepática), síndrome da apnéia do sono ou miastenia gravis. Benzodiazepínicos não são recomendados para tratamento primário de doença psicótica. Eles não devem ser usados como monoterapia na depressão ou ansiedade associada com depressão, pela possibilidade de ocorrer suicídio nesses pacientes. É contraindicado para menores de 12 anos de idade.

DINITRATO DE ISOSSORBIDA (ISORDIL)

Forma farmacêutica: Comprimidos – 5mg

Indicações: Angina Pectoris – Na profilaxia da dor isquêmica cardíaca associada à insuficiência coronariana. Pode reduzir a frequência, duração e intensidade das crises de angina. A tolerância ao exercício pode ser restabelecida e a necessidade de nitroglicerina pode ser reduzida. Os comprimidos orais não são indicados para o tratamento da crise. No tratamento de angina pectoris e na profilaxia em situações que podem desencadear uma crise de angina como, por exemplo, estresse físico ou emocional. Insuficiência Cardíaca Congestiva aguda e crônica, ambas as formas, oral e sublingual, podem ser usadas. Insuficiência cardíaca congestiva aguda e crônica (incluindo aquela associada ao infarto do miocárdio). De acordo com a conduta atual, deve ser considerado somente como auxiliar aos métodos convencionais de tratamento (glicosídeos cardíacos, inibidores da enzima conversora de angiotensina e diuréticos); porém, em casos refratários, pode ser usado isoladamente ou simultaneamente com outros vasodilatadores. É particularmente eficaz em pacientes com pressão diastólica final do ventrículo esquerdo aumentada (PDFVE) e débito cardíaco normal ou aproximadamente normal, nos quais a congestão pulmonar ou edema é o problema principal. É especialmente recomendado quando a doença arterial coronariana é causa



da insuficiência cardíaca congestiva, sendo neste caso, seu efeito antianginoso de grande importância.

Contraindicações: Hipersensibilidade ao Dinitrato de Isossorbida ou compostos a ele relacionados e também a qualquer outro componente da fórmula.

DIPIRONA

Forma farmacêutica:

CONCENTRAÇÃO POR AMPOLA	FORMA FARMACÊUTICA	VOLUME POR AMPOLA
1.000 mg	500 mg/ml	2 ml

DILUIÇÃO	SOLUÇÃO	TEMPO DE INFUSÃO
1 ampola (2ml)	AD 18ml	Infundir lento

Indicações: Analgésico e antitérmico pirazolônico. Uso como analgésico é questionável por existir outras drogas eficazes e com menos riscos. Único antitérmico de uso parenteral disponível.

Contraindicações: Na gravidez e na lactação, nefrites crônicas, discrasias sanguíneas, alergia grave a aspirina e anti-inflamatórios não hormonais, deficiência de G6PD.



FENITOÍNA

Forma farmacêutica:

CONCENTRAÇÃO POR AMPOLA	FORMA FARMACÊUTICA	VOLUME POR AMPOLA
250mg	50 mg/ml	5ml

Indicações: Crises convulsivas durante ou após neurocirurgia; Crises convulsivas, crises tônico-clônicas generalizadas e crise parcial complexa (lobo psicomotor e temporal); Estado de mal epiléptico.

Contraindicações: É contraindicado em pacientes que tenham apresentado reações intensas ao medicamento ou a outras hidantoínas.

FENOBARBITAL

Forma farmacêutica:

CONCENTRAÇÃO POR AMPOLA	FORMA FARMACÊUTICA	VOLUME POR AMPOLA
200 mg	100 mg/ml	2 ml

Indicações: É um barbitúrico com propriedades anticonvulsivantes, devido à sua capacidade de elevar o limiar de convulsão. Este é um medicamento que age no sistema nervoso central, utilizado para prevenir o aparecimento de convulsões em indivíduos com epilepsia ou crises convulsivas de outras origens.

Contraindicações:

Absolutas: Porfíria; Hipersensibilidade conhecida aos barbitúricos; Insuficiência respiratória severa; Insuficiência hepática e renal graves; Uso de saquinavir, daclatasvir, dasabuvir, paritaprevir, ombitasvir, ledipasvir e sofosbuvir.



Relativas: Uso de álcool, estrógenos e progestogênio utilizados como contraceptivos: vide “Interação medicamentosa: quais os efeitos de tomar Fenobarbital com outros remédios?”; Uso durante a lactação: vide “Gravidez e lactação”. Este medicamento é contraindicado para uso por pacientes com insuficiência respiratória severa, insuficiência hepática ou renal graves, pacientes com porfiria e por mulheres durante a lactação.

FUROSEMIDA

Forma farmacêutica:

CONCENTRAÇÃO POR AMPOLA	FORMA FARMACÊUTICA	VOLUME POR AMPOLA
20 mg	10 mg/ml	2 ml

Indicações: Este medicamento é destinado ao tratamento de: Edemas devido a doenças cardíacas e doenças hepáticas (ascite); Edemas devido a doenças renais (na síndrome nefrótica, a terapia da doença causal tem prioridade); Insuficiência cardíaca aguda, especialmente no edema pulmonar (administração conjunta com outras medidas terapêuticas); Eliminação urinária reduzida devido à gestose (após restauração do volume de líquidos ao normal); Edemas cerebrais como medida de suporte; Edemas devido a queimaduras; Crises hipertensivas (em adição a outras medidas anti-hipertensivas); Indução de diurese forçada em envenenamentos.

Contraindicações: Furosemida não deve ser usado em pacientes com: Insuficiência renal com anúria; Pré-coma e coma associado à encefalopatia hepática; Hipopotassemia severa; Hiponatremia severa; Hipovolemia (com ou sem hipotensão) ou desidratação; Hipersensibilidade à Furosemida, às sulfonamidas ou a qualquer componente da fórmula. Este medicamento é contraindicado para uso por lactantes. Não há contraindicação relativa a faixas etárias.



GLICOSE HIPERTÔNICA

Forma farmacêutica:

CONCENTRAÇÃO POR AMPOLA	VOLUME POR AMPOLA
50%	10ml

Indicações: A glicose funciona como fonte ideal de carboidratos, por ser um nutriente de fácil metabolismo a dióxido de carbono e água, via ácido pirúvico ou láctico. Durante o processo metabólico, a glicose libera energia que é rapidamente absorvida no trato gastrointestinal. A solução hipertônica de glicose, administrada por via intravenosa, provoca desidratação celular, podendo assim beneficiar no tratamento de edema cerebral, choque e colapso circulatório.

Contraindicações: Não deve ser utilizada nos seguintes casos: coma diabético e insuficiência renal. A glicose é contraindicada para pacientes com anúria (ausência de produção de urina), hemorragia intracranial ou intraespinal, em delirium tremens ou desidratação aguda não compensada.

HALOPERIDOL

Forma farmacêutica:

CONCENTRAÇÃO POR AMPOLA	FORMA FARMACÊUTICA	VOLUME POR AMPOLA
5 mg	5 mg/ml	1 ml

Indicações: Como agente antipsicótico. Em delírios e alucinações na esquizofrenia aguda e crônica. Na confusão mental aguda. Como um agente antiagitação psicomotor. Mania, demência. Agitação e agressividade no idoso. Distúrbios graves do comportamento e nas psicoses infantis acompanhadas de excitação psicomotora. Movimentos coreiformes. Tiques. Estados impulsivos e agressivos. Síndrome de Tourette. Como antiemético. Náuseas e vômitos incoercíveis de várias origens, quando outras terapêuticas mais específicas não foram suficientemente eficazes.



Contraindicações: Estados comatosos, depressão do Sistema Nervoso Central (SNC) devido a bebidas alcoólicas ou outras drogas depressoras, Doença de Parkinson, hipersensibilidade ao Haloperidol ou aos outros excipientes da fórmula, Demência com corpos de Lewy, Paralisia supranuclear progressiva.

HIDROCORTISONA

Forma farmacêutica:

CONCENTRAÇÃO POR AMPOLA	FORMA FARMACÊUTICA	VOLUME POR AMPOLA
100 mg	100 mg/ml	1 ml

CONCENTRAÇÃO POR AMPOLA	FORMA FARMACÊUTICA	VOLUME POR AMPOLA
500 mg	500 mg/ml	1 ml

Indicações: Doenças endócrinas como insuficiência adrenal aguda primária (Doença de Addison) ou secundária, insuficiência adrenal primária ou secundária crônica em pacientes submetidos a situações de estresse (cirurgias, infecções, trabalho de parto) e crise tireotóxica; Doenças reumatológicas e autoimunes; Anafilaxia; Asma; Choque séptico; Colite ulcerativa; Enxaqueca; Pós-cirurgia cardíaca; Pré-infusão de infliximabe; Pacientes politraumatizados; Maturação do pulmão fetal.

Contraindicações: Succinato Sódico de Hidrocortisona não deve ser utilizado por pacientes com hipersensibilidade aos componentes da fórmula. Succinato Sódico de Hidrocortisona é contraindicado nos casos de infecções fúngicas sistêmicas. Devem-se evitar tratamentos de longa duração com os corticosteroides.



SAMU
192

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

NEP CISTRI
Núcleo de Educação Permanente

METOCLOPRAMIDA

Forma farmacêutica:

CONCENTRAÇÃO POR AMPOLA	FORMA FARMACÊUTICA	VOLUME POR AMPOLA
10 mg	5 mg/ml	2 ml

DILUIÇÃO	SOLUÇÃO	TEMPO DE INFUSÃO
1 ampola (2ml)	AD 18ml	Infundir lento

Indicações: Náuseas e vômitos de origem central e periférica (cirurgias, doenças metabólicas e infecciosas, secundárias a medicamentos).

Contraindicações: Em pacientes com antecedentes de hipersensibilidade ao Cloridrato de Metoclopramida ou a quaisquer componentes da fórmula; Em que a estimulação da motilidade gastrointestinal seja perigosa, como por exemplo, na presença de hemorragia gastrointestinal, obstrução mecânica ou perfuração gastrointestinal; Em pacientes com histórico de discinesia tardia induzida por neurolépticos ou Cloridrato de Metoclopramida; Em pacientes com feocromocitoma suspeita ou confirmada, pois pode desencadear crise hipertensiva, devido à provável liberação de catecolaminas do tumor. Esta crise hipertensiva pode ser controlada com fentolamina; Em combinação com levodopa ou agonistas dopaminérgicos devido a um antagonismo mútuo; Doença de Parkinson; Histórico conhecido de metemoglobinemia com Cloridrato de Metoclopramida ou deficiência de NADH citocromo-b5 redutase; Em pacientes epilépticos ou que estejam recebendo outras drogas fármacos que possam causar reações extrapiramidais, uma vez que a frequência e intensidade destas reações podem ser aumentadas. Este medicamento é contraindicado para crianças menores de 1 ano de idade, devido ao risco de aumento da ocorrência de desordens extrapiramidais nesta faixa etária.



SAMU
192

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

NEP CISTRI
Núcleo de Educação Permanente

OMEPRAZOL

Forma farmacêutica:

CONCENTRAÇÃO POR AMPOLA	FORMA FARMACÊUTICA
40 mg	Pó liófilo injetável 40mg + Solução diluente 10 mL

Indicações: O omeprazol sódico está indicado quando a administração do omeprazol comprimido está impossibilitada, na presença de alguma das seguintes indicações:

- úlcera péptica (erosão na parede) do estômago ou do duodeno;
- esofagite de refluxo (inflamação do esôfago por líquido ácido proveniente do estômago);
- síndrome de Zollinger-Ellison (doença causada por um tumor produtor de gastrina, um hormônio que aumenta a produção de ácido pelo estômago e favorece o aparecimento de múltiplas úlceras);
- prevenção de aspiração do conteúdo gástrico durante a anestesia geral em pacientes de risco.

Contraindicações: O uso deste medicamento é contraindicado em caso de alergia conhecida ao omeprazol sódico ou demais componentes da formulação.

ONDANSETRONA (NAUSEDRON)

Forma farmacêutica:

CONCENTRAÇÃO POR AMPOLA	FORMA FARMACÊUTICA	VOLUME POR AMPOLA
4 mg	2 mg/ml	2 ml

Indicações: Cloridrato de Ondansetrona é indicado para uso em adultos e crianças a partir de 6 meses de idade para o controle de náuseas e vômitos induzidos por quimioterapia ou radioterapia. Também é indicado para a prevenção e tratamento de náuseas e vômitos pós-operatório, em adultos e crianças a partir de 1 mês de idade.



Contraindicações: Cloridrato de Ondansetrona é contraindicado a pacientes que apresentam hipersensibilidade conhecida a qualquer componente da fórmula. Tendo como base os relatos de hipotensão profunda e perda de consciência quando Cloridrato de Ondansetrona foi administrado com cloridrato de apomorfina, o uso concomitante dessas substâncias é contraindicado.

PROMETAZINA (FENERGAN)

Forma farmacêutica:

CONCENTRAÇÃO POR AMPOLA	FORMA FARMACÊUTICA	VOLUME POR AMPOLA
50 mg	25 mg/ml	2 ml

Indicações: Cloridrato de Prometazina é indicado no tratamento sintomático de todos os distúrbios incluídos no grupo das reações anafiláticas e alérgicas. Graças à sua atividade antiemética, é utilizado também na prevenção de vômitos do pós-operatório e das náuseas de viagens. Pode ser utilizado, ainda, na pré-anestesia e na potencialização de analgésicos, devido à sua ação sedativa.

Contraindicações: É contraindicado para pacientes com hipersensibilidade conhecida ao Cloridrato de Prometazina, a algum dos excipientes, ou a outros derivados fenotiazínicos ou a qualquer componente da fórmula, por portadores de discrasias sanguíneas ou com antecedentes de agranulocitose com outros fenotiazínicos, por pacientes com risco de retenção urinária ligado a distúrbios uretroprostáticos e por pacientes com glaucoma, de ângulo fechado. Não deve ser utilizado em associação ao álcool e sultoprida. Está contraindicado durante a amamentação. Não deve ser utilizado em pacientes em coma ou sofrendo de depressão do sistema nervoso central por qualquer causa. Deve ser evitado em pacientes que tomaram inibidores da monoamina oxidase até 14 dias antes. Este medicamento é contraindicado para menores de 2 anos de idade.



SALBUTAMOL

Forma farmacêutica:

CONCENTRAÇÃO POR AMPOLA	VOLUME POR AMPOLA
100 mcg/dose	200 doses

Indicações: Sulfato de Salbutamol spray é indicado para o controle e prevenção da asma brônquica, bem como para o tratamento de outras condições nas quais possa ocorrer obstrução reversível das vias aéreas, tais como bronquite crônica e enfisema.

Contraindicações: O uso de Sulfato de Salbutamol é contraindicado para pacientes com histórico de hipersensibilidade a qualquer componente da fórmula. Embora a administração de salbutamol por via intravenosa e ocasionalmente por via oral (na forma de comprimidos) seja usada no controle do parto prematuro não complicado, em casos como placenta prévia, hemorragia pré-parto ou toxemia da gravidez, as formas de inalação deste medicamento não são adequadas no trabalho de parto prematuro. Assim, as preparações para inalação com salbutamol não devem ser usadas no aborto iminente.

TENOXICAM (TILATIL)

Forma farmacêutica:

CONCENTRAÇÃO POR AMPOLA	VOLUME POR AMPOLA
40 mg	2 ml

Indicações: Tenoxicam é indicado para o tratamento inicial das seguintes doenças inflamatórias e degenerativas, dolorosas do sistema musculoesquelético: Artrite reumatoide; Osteoartrite; Artrose; Espondilite anquilosante; Afecções extra-articulares, como tendinite, bursite, periartrose dos ombros (síndrome ombro-mão) ou dos quadris, distensões ligamentares e entorses; Gota aguda; Dor pós-operatória; Dismenorreia primária.



Contraindicações: Tenoxicam é contraindicado para pacientes: Com reconhecida hipersensibilidade a tenoxicam, a qualquer componente do produto ou a outros anti-inflamatórios não esteroides; Nos quais os salicilatos ou outros anti-inflamatórios não esteroides tenham induzido sintomas de asma, rinite ou urticária; Com perfuração ou sangramento gastrointestinal, ativo ou pregresso, relacionado à terapia prévia com anti-inflamatórios não esteroides (AINEs); Com úlcera / hemorragia péptica recorrente ativa ou pregressa (dois ou mais episódios distintos comprovados de sangramento ou ulceração); Com insuficiência cardíaca grave, insuficiência hepática e renal severa, como ocorre com os outros AINEs; Gestantes, no terceiro trimestre da gravidez. Este medicamento é contraindicado para menores de 18 anos de idade.

TRAMADOL

Forma farmacêutica:

CONCENTRAÇÃO POR AMPOLA	FORMA FARMACÊUTICA	VOLUME POR AMPOLA
50 mg	50 mg/ml	2 ml

Indicações: Tramal (cloridrato de tramadol) é indicado para o alívio da dor de intensidade moderada a grave. Cloridrato de tramadol, a substância ativa do Tramal é um analgésico que pertence à classe dos opioides que age no sistema nervoso central. Desta forma alivia a dor agindo nas células nervosas específicas da medula espinhal e cérebro.

Contraindicações: Cloridrato de Tramadol é contraindicado a pacientes que apresentam hipersensibilidade a Cloridrato de Tramadol ou a qualquer componente da fórmula; é também contraindicado nas intoxicações agudas por álcool, hipnóticos, analgésicos, opioides e outros psicotrópicos. Cloridrato de Tramadol é contraindicado a pacientes em tratamento com inibidores da MAO, ou pacientes que foram tratados com esses fármacos nos últimos 14 dias. Cloridrato de Tramadol não deve ser utilizado em epilepsia não-controlada adequadamente com tratamento. Cloridrato de Tramadol não deve ser utilizado para tratamento de abstinência de narcóticos. Há muito pouca informação sobre a segurança de tramadol na gravidez. Portanto, você não deve usar Tramadol solução injetável se estiver grávida. O uso crônico durante a gravidez pode levar à síndrome de abstinência nos recém-nascidos.

EQ01 – DESFIBRILADOR AUTOMÁTICO (DEA)

OBJETIVO:

- Manipular o equipamento de forma correta evitando danos ao aparelho e possibilitando melhor manuseio.

PROCEDIMENTO:

Identificar aparelho, locais das conexões e display gráfico



1 Conector das pás de choque (eletrodos) e Dispositivo de Feedback de RCP.

2 Display:
Exibe o tempo de duração do atendimento, o traçado do ECG, os comandos de texto ao usuário de acordo com os comandos de voz.

3 Indicador de bateria fraca.

4 Botão de tratamento:
Utilizado para o disparo do choque. Quando piscando, confirma que o choque está pronto para ser aplicado no paciente.

5 Alça para transporte.

6 Botão liga e desliga.



- | | | | |
|---|---|---|--|
| 1 | Comando de texto para orientação durante o atendimento. | 2 | Ícone de batimentos cardíacos. |
| 3 | Cronômetro de indicação de duração do atendimento. | 4 | Estado do nível de bateria (Bargraph). |
| 5 | Temporizador regressivo de 2 minutos para a aplicação da RCP. | 6 | Traçado de ECG. |
| 7 | Indicador de batimentos cardíacos. | | |

Ícones de Orientação Durante Atendimento



Coloque os Eletrodos no Paciente.



Se não houver circulação, realize a RCP por 2 min.



Afaste-se do Paciente.



- | | | | |
|---|--|---|------------|
| 1 | Entrada do carregador para bateria recarregável. | 2 | Saída USB. |
|---|--|---|------------|



- 1 Conexão à rede elétrica.
- 2 Conexão na parte traseira do equipamento.
- 3 Etiqueta com as especificações técnicas e informações de segurança do carregador.
- 4 Indicador luminoso de carga da bateria.



- 1 Lote e validade das pás (ano/mês).
- 2 Instruções de uso.
- 3 Advertências.
- 4 Conector de entrada do DEA



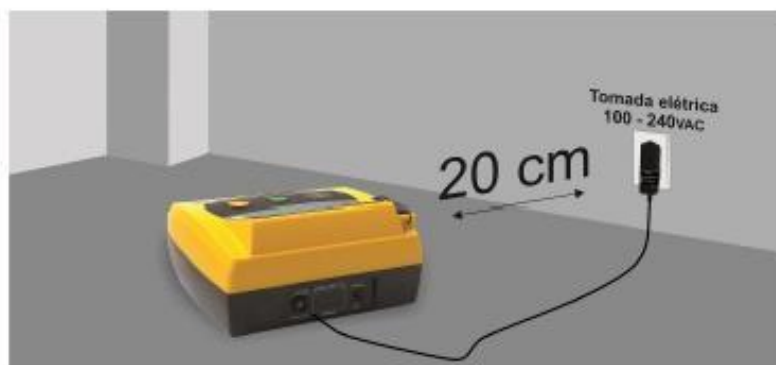
- 5 Eletrodo Apex.
- 6 Eletrodo Sternum.

O carregador de bateria é destinado para o uso exclusivo do Desfibrilador Life 400 Futura.

- 1 Conecte o carregador de bateria no painel traseiro do equipamento conforme figura abaixo. Observe a posição do conector ao encaixá-lo. Você ouvirá um clique indicando conexão segura quando a posição estiver correta. Não force o conector pois pode quebrá-lo.



- 2 Mantenha a parte traseira do equipamento a uma distância mínima de 20 cm de qualquer outro dispositivo ou da parede, para que não corra o risco do plugue do carregador de bateria ser pressionado ou desconectado do equipamento.



- 3 O tempo de carga para uma bateria totalmente esgotada é de, aproximadamente:

- ☞ Primeira carga: 4 horas.
- ☞ Outras cargas: 1 hora a 4 horas dependendo do status da bateria.

- 4 O carregador de bateria possui um LED bicolor que indica o status da carga:

- ☞ LED Azul: Bateria Carregando.
- ☞ LED Verde: Bateria Carregada.



MANUTENÇÃO PREVENTIVA.

- O autoteste deve ser realizado todos os dias, testando bateria, e se o aparelho está funcionando. Se detectado que a carga da bateria está abaixo de 20% de sua capacidade máxima, o equipamento emitirá um sinal sonoro (beep) e luminoso de alarme e indicando necessidade de manutenção pelo comando de texto e voz. Abaixo de 2% de carga na bateria não é possível ligar o equipamento. **FIQUEM ATENTOS AOS TESTES DE BATERIA.**

PRECAUÇÕES E CUIDADOS ESPECIAIS

- Não apoiar qualquer tipo de material sobre o equipamento;
- Não reutilizar os materiais descartáveis, após o uso os mesmos devem ser descartados em locais apropriados conforme procedimentos especiais para lixo hospitalares;
- Recomendamos manter alguns materiais auxiliares como tesouras cirúrgicas, lâmina de barbear descartável para retirada de pelo no tórax e luvas descartáveis, caso seja necessário.

HIGIENIZAÇÃO DO EQUIPAMENTO

1. Desligue o equipamento da rede elétrica.
2. Reúna o equipamento e carregador de bateria para a limpeza.
3. Prepare um tecido levemente umedecido em água e sabão líquido neutro e um tecido umedecido com álcool etílico 70%.
4. Limpe o gabinete do Equipamento e carregador usando o tecido com água e sabão.
5. Desinfete o gabinete do Equipamento e carregador usando o tecido com álcool.
6. Passe cuidado uma flanela seca no display ou, em caso de sujeira, um tecido levemente umedecido em água para remover o pó e partículas de sujeira.



HIGIENIZAÇÃO DOS ACESSÓRIOS

1. Desconecte os sensores do equipamento.
2. Reúna os sensores não descartáveis para limpeza.
3. Prepare um tecido levemente umedecido em água desmineralizada e sabão líquido neutro, um tecido levemente umedecido em água desmineralizada e um tecido umedecido com álcool etílico 70%.
4. Limpe os sensores usando o tecido com água e sabão.
5. Retire o sabão dos sensores usando o tecido macio com água.
6. Desinfete os sensores usando o tecido com álcool.
7. Desinfete ou descarte os tecidos utilizados.

SOLUÇÃO DE PROBLEMAS

O Equipamento emite um "beep" e desliga após indicar tratamento.	■ O DEA estava com bateria muito baixa anteriormente ao tratamento, sinal de que a bateria deve ser recarregada ou substituída. O processo de carregamento do capacitor para aplicar choque demanda muita energia, podendo fazer com que a tensão da bateria fique momentaneamente abaixo do nível crítico de desligamento.
O Equipamento trava por motivo desconhecido.	■ Aguarde a reinicialização automática do equipamento. Caso não ocorra em até 3 segundos, pressione a tecla liga/desliga do equipamento e verifique se o mesmo retorna ao seu funcionamento normal; ou ■ Verifique se algum evento externo adverso ocorreu no ambiente em que o equipamento está sendo utilizado.
O Equipamento emite um "beep" frequentemente.	■ Isso é o auto teste, sinal de que a bateria está fraca e, portanto, deve ser recarregada ou substituída. Caso a bateria tenha sido carregada recentemente e pouco usada, mas não esteja retendo a carga, entre em contato com o Fabricante para encaminhá-la para descarte e substituí-la por uma nova.

Obs.: Todo equipamento deve ser testado no início do plantão, e caso haja algum problema comunicar a coordenação direta.

EQ06 – MANUSEIO DA MACA ARTICULADA MWS 320 – LEVEL UP II

OBJETIVO

- Manipular o equipamento de forma correta evitando danos ao aparelho e possibilitando melhor manuseio e segurança ao transporte de pacientes.

PARTES E CARACTERÍSTICAS DO EQUIPAMENTO:

- A) Estrutura slim leve e compacta.
- B) Rodízios adicionais de sustentação.
- C) Rodízios emborrachados com diâmetro de 127mm e sistema de freios.
- D) Cintos de segurança com engates automotivos.
- E) Colchonete densidade 33, revestido em material 100% impermeável, costurado eletronicamente.
- F) Alças laterais basculantes com sistema duplo de acionamento.
- G) Cabeceira móvel (fowler) com regulagem em 8 posições.
- H) Eixo aéreo com rodízios emborrachados e sistema de ajuste fino de altura.
- I) Sistema telescópico para articulação das pernas.
- J) Descanso de pernas com múltiplas posições.
- K) Suporte de soro e sangue.
- L) Medrac



ATENÇÃO: CAPACIDADE MÁXIMA= 300KG

INSTRUÇÕES DE USO:

1. Freio das rodas: Para travar as rodas pise na parte inferior do dispositivo amarelo (A) e para liberar pise na parte superior (B).
2. Alças laterais com acionamento duplo: Pressione a parte superior do gatilho amarelo (C) simultaneamente em ambos os lados, baixando a alça. Para fechar novamente basta retornar a posição original. A alça irá travar automaticamente.
3. Cabeceira móvel: Acione o puxador (D). Levante ou baixe a cabeceira no ângulo desejado, fazendo com que ela trave automaticamente em uma das 6 posições de altura.
4. Para abrir ou fechar os cintos de segurança pressione o botão vermelho no topo da peça de engate, introduzindo ou retirando o engate metálico.
6. Caso necessário ajuste a cinta, pressionando o engate metálico e puxando a parte superior da cinta.
7. Para maior segurança do paciente sempre utilize o cinto de segurança de 4 pontos. O cinto 4 pontos deve ser passado sobre os ombros do paciente e preso junto ao cinto do tórax.

8. Os cintos também devem ser removidos periodicamente para higienização ou substituição. Para removê-los ou coloca-los na maca passe os engates por dentro da alça da base, que fica presa na estrutura da maca.

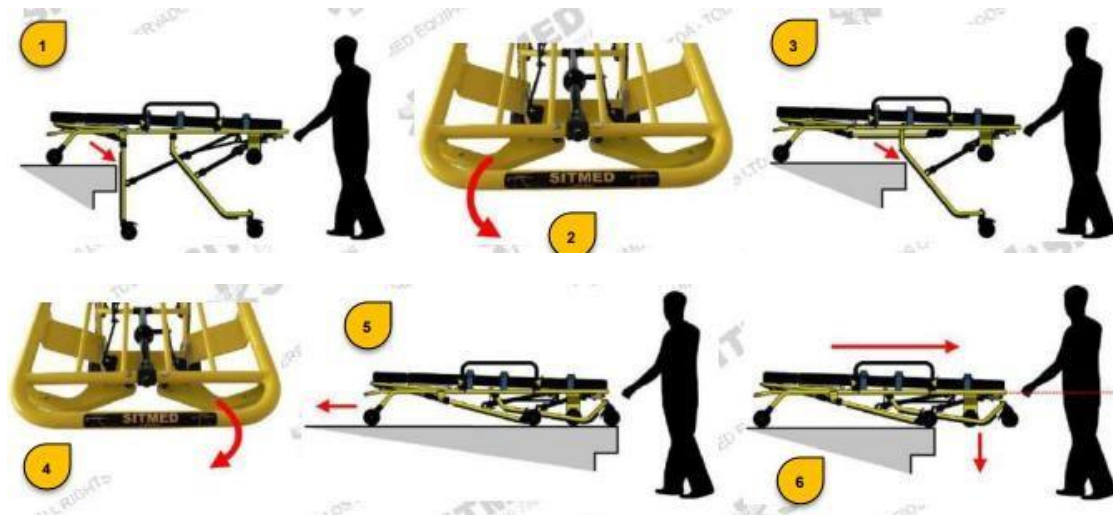


FUNÇÕES ESPECÍFICAS

Como possui sistema de retração duplo a operação da maca LEVEL UP ocorre em duas etapas:

1. Encoste os batentes dianteiros de maneira uniforme no para-choques da ambulância.
2. Acione a alavanca de retração esquerda até deslocar o sistema telescópico.
3. Empurre a maca soltando a alavanca de retração até encostar os batentes traseiros de maneira uniforme no para choques da ambulância.
4. Acione a alavanca de retração direita até deslocar o sistema telescópico e
5. empurre a maca para dentro da ambulância até travar o pino rei na trava tartaruga.
6. Para retirar a maca do interior da ambulância libere o pino rei pressionando a trava tartatuga conforme instruções prévias contidas neste manual. Puxe a maca para fora da ambulância sem acionar nenhuma alavanca, suspendendo o peso do paciente e mantendo a maca 100% nivelada

na posição horizontal. Puxe a maca até que ambas as pernas baixem por gravidade e o sistema telescópico trave automaticamente.



SISTEMA INDEPENDENTE DE RETRAÇÃO

A maca LevelUp conta com um sistema independente de retração (recolhimento) das pernas. Tal sistema permite maior ergonomia e menor esforço por parte do socorrista no momento de colocar ou retirar a maca do interior da ambulância. Esteja atento durante a operação da maca para o correto acionamento dos sistemas de retração. A alavanca (1) aciona o conjunto de retração das pernas dianteiras e a alavanca (2) aciona o conjunto de retração das pernas traseiras.



ATENÇÃO: Utilize as alavancas de retração apenas no momento de inserir a maca na ambulância. Tenha cuidado para não acionar as alavancas durante o transporte de pacientes, pois isso pode ocasionar a queda da maca.

PONTOS DE GRAVIDADE

A maca Level Up II possui importantes pontos de gravidade. Esses pontos indicam locais aonde o paciente não pode ser SENTADO com a maca em posição elevada. A área azul indica aonde é possível o paciente sentar sobre a maca.



VTR01 – CHECK LIST DAS AMBULÂNCIAS

OBJETIVO

- Padronizar a conduta entre os condutores socorristas do CISTRI – SAMU 192 nas relações de trabalho e no check list diário da viatura, definindo responsabilidades adicionais e inerentes ao cargo ocupado.

PROCEDIMENTO PADRÃO:

Na passagem de plantão: Verificar com o condutor que o antecedeu as condições do veículo que está recebendo.

Check list diário:

Manter o veículo sempre pronto para o atendimento. O check list deverá ser realizado no Tablet na primeira hora do plantão, caso não haja ocorrência. Caso haja ocorrência, deverá ser realizado, assim que possível.

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 pára-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;
- ✓ Carga da bateria dos equipamentos de comunicação de seu uso;
- ✓ Impressos que podem ser utilizados pelo condutor;
- ✓ Caneta e papel para anotações gerais.

Durante o deslocamento da viatura:

Manter atenção para:

- ✓ Ruídos anormais;
- ✓ Eventuais peças soltas;
- ✓ Estado dos freios.

OBS.: Qualquer alteração percebida deverá ser reportada imediatamente ao Operador de frotas na Central de Regulação que fará contato com a Coordenação de Frotas, definindo a necessidade de substituição da viatura. Ressaltando-se que, a definição dessa substituição é exclusiva da coordenação acima citada, não cabendo o julgamento a nenhum outro membro da equipe. Qualquer intercorrência inesperada pela não substituição da viatura deverá ser registrada nas intercorrências do Tablet e será avaliada pelos responsáveis. Qualquer intercorrência que afete o atendimento, deverá ser reportada à Direção de Regulação Médica.



**SAMU
192**

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

NEP CISTRI
Núcleo de Educação Permanente

VTR02 – REGRAS GERAIS NA CONDUÇÃO DAS AMBULÂNCIAS

OBJETIVO

- Padronizar a conduta entre os condutores socorristas do CISTRI – SAMU 192 na condução das ambulâncias, no uso dos dispositivos de sinalização e emergência, definindo responsabilidades adicionais e inerentes ao cargo ocupado.

PROCEDIMENTO

- Utilizar o sistema de comunicação disponível no serviço:

É proibido que o condutor socorrista utilize o Tablet e/ou celular pessoal durante o deslocamento do veículo. (As comunicações necessárias deverão ser feitas pelo enfermeiro, técnico de enfermagem ou médico ou, se necessário, a ambulância deve ser parada.)

- Utilizar a sinalização sonora (sirene) da ambulância com critério:

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.

- Utilizar luzes e iluminação de emergência da viatura (giroflex), atentando rigorosamente para o cumprimento da legislação específica:

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, em deslocamentos administrativos, encaminhamento de materiais para esterilização, etc.

- 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.
- Portar durante todo o plantão os seguintes documentos:
 - ✓ Habilitação com a autorização para conduzir veículo de emergência;
 - ✓ Documentos da viatura.
- Conhecer o sistema viário e as principais referências da região em que trabalha.

Regras gerais na condução da ambulância:

- 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 do farol aceso:

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.



**SAMU
192**

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

NEP CISTRI
Núcleo de Educação Permanente

- 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 de 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.

- 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 acesso venoso, monitorização. Porém, massagem cardíaca, intubação e outros que envolvam a necessidade do profissional estar fora do cinto de segurança, só deverão ser realizados com a viatura parada.

A interação verbal equipe/condutor é essencial para o sucesso dessa atitude no trânsito.



SAMU
192

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

NEP CISTRI
Núcleo de Emergência Resposta

- 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 têm 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.

- Impedimentos:

Não é permitido ultrapassar o limite de velocidade máxima estabelecida para uma via.



**SAMU
192**

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

NEP CISTRI
Núcleo de Educação Permanente

VTR03 – REGRAS GERAIS PARA ESTACIONAMENTO E SINALIZAÇÃO DAS VIAS

OBJETIVO

- Padronizar a conduta entre os condutores socorristas do CISTRI – SAMU 192 no estacionamento e sinalização das vias, durante os atendimentos, garantindo a segurança da cena e da equipe.

PROCEDIMENTO

- Estacionamento e sinalização das vias:

Cabe ao condutor socorrista:

- ✓ Zelar pela segurança da viatura e da equipe, evitando causar ou se envolver em um acidente;
- ✓ Não permitir que a equipe desembarque da ambulância com ela ainda em movimento;
- ✓ Informar à equipe o momento correto do desembarque e a porta de saída mais adequada (passageiro na cabina, lateral ou traseira);
- ✓ 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;
- ✓ 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;
- ✓ Auxiliar a equipe de atendimento após estacionar e sinalizar o local.

- Regras gerais:

- ✓ 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.;



SAMU
192

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

NEP CISTRI
Núcleo de Educação Permanente

- ✓ 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.

- Para sinalização e canalização do tráfego:

Estabelecer a distância entre a primeira barreira na cena e a primeira sinalização (Primeiro cone), considerando a velocidade máxima permitida na via:

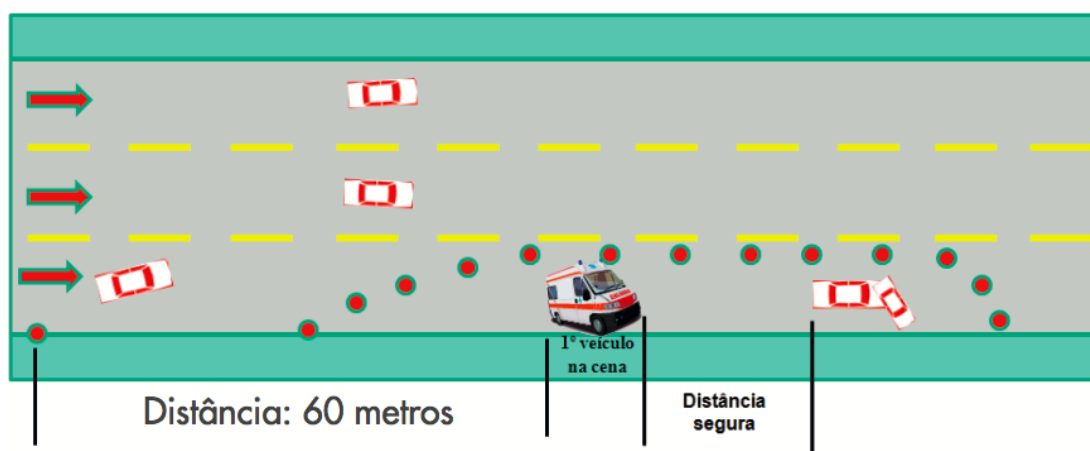
VELOCIDADE MÁXIMA PERMITIDA	NÚMERO DE PASSOS PARA A PRIMEIRA SINALIZAÇÃO
80 km/h	80 passos
70 km/h	70 passos
60 km/h	60 passos
50 km/h	50 passos
40 km/h	40 passos

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.

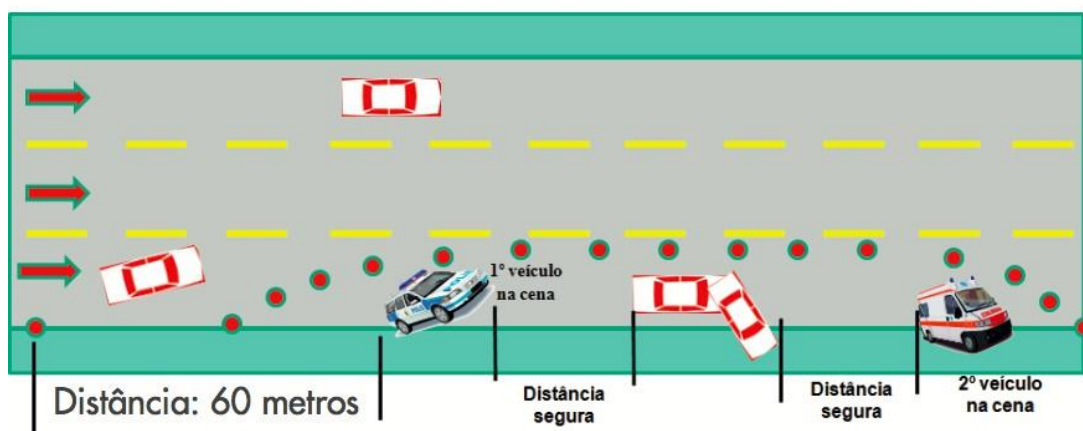
Proceder a canalização com os cones disponíveis idealmente 1 a cada 10 passos, se disponíveis. Os cones devem progressivamente envolver e delimitar a área de trabalho a uma ou mais faixas de rolamento, a depender da posição do veículo em relação ao acostamento.

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.

Vel. máx. da via: 60 km/h



Vel. máx. da via: 60 km/h





**SAMU
192**

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

NEP CISTRI
Núcleo de Educação Permanente

VTR04 – CONDUTAS NO CASO DE ACIDENTES COM VIATURAS

OBJETIVO

- Padronizar a conduta entre os condutores socorristas e demais membros da equipe do CISTRI – SAMU 192 em casos de acidentes envolvendo as viaturas, durante os atendimentos.

PROCEDIMENTO

- Procedimentos iniciais em caso de acidentes com as ambulâncias:

Acidentes durante deslocamentos de emergência ou administrativos;

Acidentes na presença ou ausência de pacientes já embarcados;

Acidentes com ou sem vítimas.

Acidente sem vítima:

- Garantir a segurança do local conforme preconizado nos protocolos;

- Confirmar ausência de vítimas no acidente;

- 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; (Se em deslocamento para atendimento, caso haja disponibilidade, encaminhar outro recurso.)
- ✓ Sobre a necessidade de apoio e providências legais cabíveis (guinchamento, etc.);

- Se houver paciente embarcado na ambulância, reavaliar e proceder cuidados necessários;



**SAMU
192**

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

NEP CISTRI
Núcleo de Educação Permanente

- Na presença de terceiros envolvidos no acidente, anotar: nome, RG e endereço dos envolvidos e placa dos demais veículos;
- Informar à 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/viatura;
 - ✓ Na possibilidade de prosseguimento, após contato com a Regulação Médica, seguir para o destino previamente estabelecido ou informado.

OBS.: Para dar prosseguimento é preciso avaliar as condições gerais de segurança, a capacidade de movimentação do veículo e os riscos para agravamento dos danos.

- Considerar orientação da Regulação Médica sobre o momento oportuno para a realização do boletim de ocorrência. (Deverá ser realizado pelo Operador de Frotas on-line, após receber todas as informações da equipe de atendimento.)

Acidente com vítima:

- Garantir a segurança do local conforme preconizado nos protocolos;
- Garantir que nenhum membro da equipe tenha se ferido e que todos estejam aptos para realizar o atendimento;
- 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.



**SAMU
192**

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

NEP CISTRI
Núcleo de Educação Permanente

- Realizar o atendimento à (s) vítima (s), considerando os protocolos indicados;
- Realizar avaliação e/ou atendimento do paciente embarcado (se houver);
- Assim que possível, informar à 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;
- Considerar orientação da Regulação Médica sobre o momento oportuno para a realização do Boletim de Ocorrência (Deverá ser acionada a Polícia Militar em TODAS as ocorrências com vítimas e realizado no local do acidente).
- 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.



**SAMU
192**

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

NEP CISTRI
Núcleo de Educação Permanente

VTR05 – SOLICITAÇÕES DE MANUTENÇÃO E TROCAS DE VIATURAS

OBJETIVO

- Padronizar a conduta entre os condutores socorristas do CISTRI – SAMU 192 em caso de necessidade de substituição de viaturas para manutenção preventiva e/ou corretiva.

PROCEDIMENTO

CONCEITOS:

- Manutenção preventiva:

Ocorre antes que algum problema aconteça.

Troca de correia dentada a cada 60.000 km

Troca de óleo a cada 10.000 km

- Manutenção corretiva:

É realizada quando algo impede o funcionamento da viatura.

- Em todos os casos, o **CONDUTOR SOCORRISTA** deverá solicitar a autorização do **COORDENADOR DE FROTAS**, que fará contato com o **OPERADOR DE FROTAS** na Central de Regulação.

- Para a **MANUTENÇÃO PREVENTIVA** (programada), caso haja impacto nos atendimentos e afete a operação, o **COORDENADOR DE FROTAS** deverá fazer contato com a **DIRETORIA DE REGULAÇÃO MÉDICA** para definirem a melhor solução.

- Para as **MANUTENÇÕES CORRETIVAS**, o **COORDENADOR DE FROTAS** em contato com a **DIRETORIA DE REGULAÇÃO MÉDICA** deverá definir a melhor conduta para evitar impacto nos atendimentos.



**SAMU
192**

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

NEP CISTRI
Núcleo de Educação Permanente

- O **OPERADOR DE FROTAS** após receber as orientações da **COORDENAÇÃO DE FROTAS** deverá organizar a troca de viaturas e fazer a mudança da placa no sistema da VELP.

- Caso haja qualquer intercorrência com as viaturas com paciente/vítima embarcado, pode ser necessário contatar a **DIRETORIA DE REGULAÇÃO MÉDICA** para definir a melhor conduta.

OBS.: Ressaltando-se que, a definição de como resolver os problemas apresentados pela ambulância é responsabilidade do **CONDUTOR SOCORRISTA** e, este, deve se reportar ao **COORDENADOR DE FROTAS** e, com apoio dos **OPERADORES DE FROTA**, definir a melhor forma de substituição da viatura ou se será possível manter o deslocamento da mesma.

- Para a agilidade do serviço de urgência e emergência, é necessário que, durante as trocas de viaturas, haja participação de **TODOS (condutores socorristas, enfermeiros, técnicos de enfermagem e médicos)**.

- A equipe deve solicitar a **TROCA** de viatura à Regulação Médica e terá até **30 MINUTOS** para realizar a mesma, que deve acontecer **DE PREFERÊNCIA** na base descentralizada, tendo em vista a necessidade de manter um adequado tempo resposta aos atendimentos. Exceções serão consideradas caso o problema da viatura não a permita se deslocar até a base, sendo necessária a troca onde a mesma estiver.

CM01 – MANEJO DA DOR NA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

OBJETIVO

- Definir e padronizar o manejo da dor durante os atendimentos de urgência e emergência, garantindo conforto ao paciente/vítima e bloqueando a resposta sistêmica causada por esta.

CONCEITO DE DOR AGUDA:

- Surge após uma lesão, é autolimitada e desaparece com a lesão. É considerada benéfica pois constitui um alerta. É a resposta fisiológica normal e previsível a um estímulo prejudicial (nocivo).

RESPOSTA SISTÊMICA À DOR:

- O sistema nervoso é o principal alvo da informação nociceptiva e fornece o veículo pelo qual o organismo pode reagir contra estímulos.
- A dor induz aumento do tônus simpático: vasoconstrição, aumento da resistência vascular sistêmica com elevação da pressão arterial, aumento do débito cardíaco pelo aumento da frequência cardíaca e do débito cardíaco, aumento do consumo de oxigênio pelo miocárdio, diminuição do tônus gastrointestinal e urinário e aumento do tônus musculoesquelético;
- Quando a dor não é tratada conduz a uma resposta hormonal com alterações metabólicas e circulatórias, manifestando-se com taquipneia, taquicardia, alargamento da pressão de pulso e aumento da atividade do sistema nervoso simpático (SNS), conduzindo à liberação de corticosteroides e à alteração da resposta imunológica;



SAMU
192

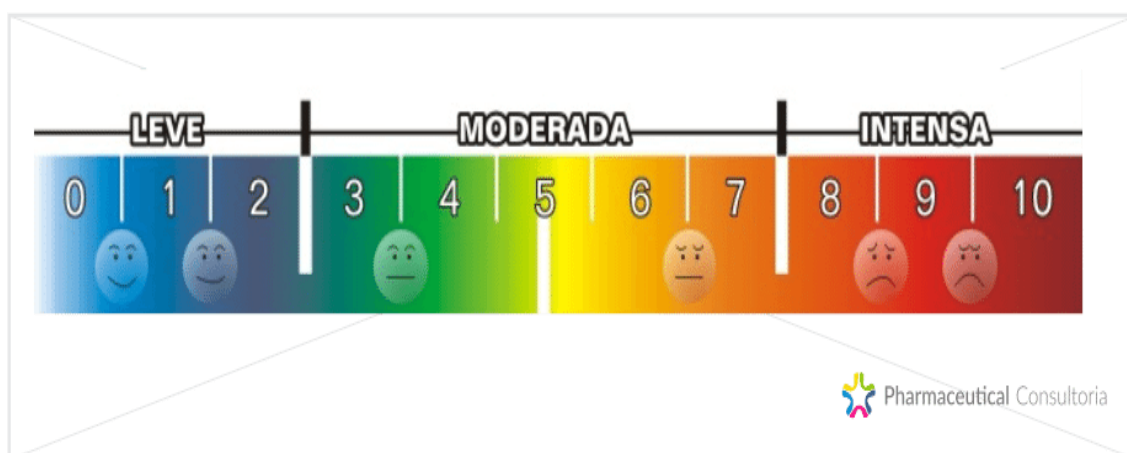
Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

NEP CISTRI
Núcleo de Educação Permanente

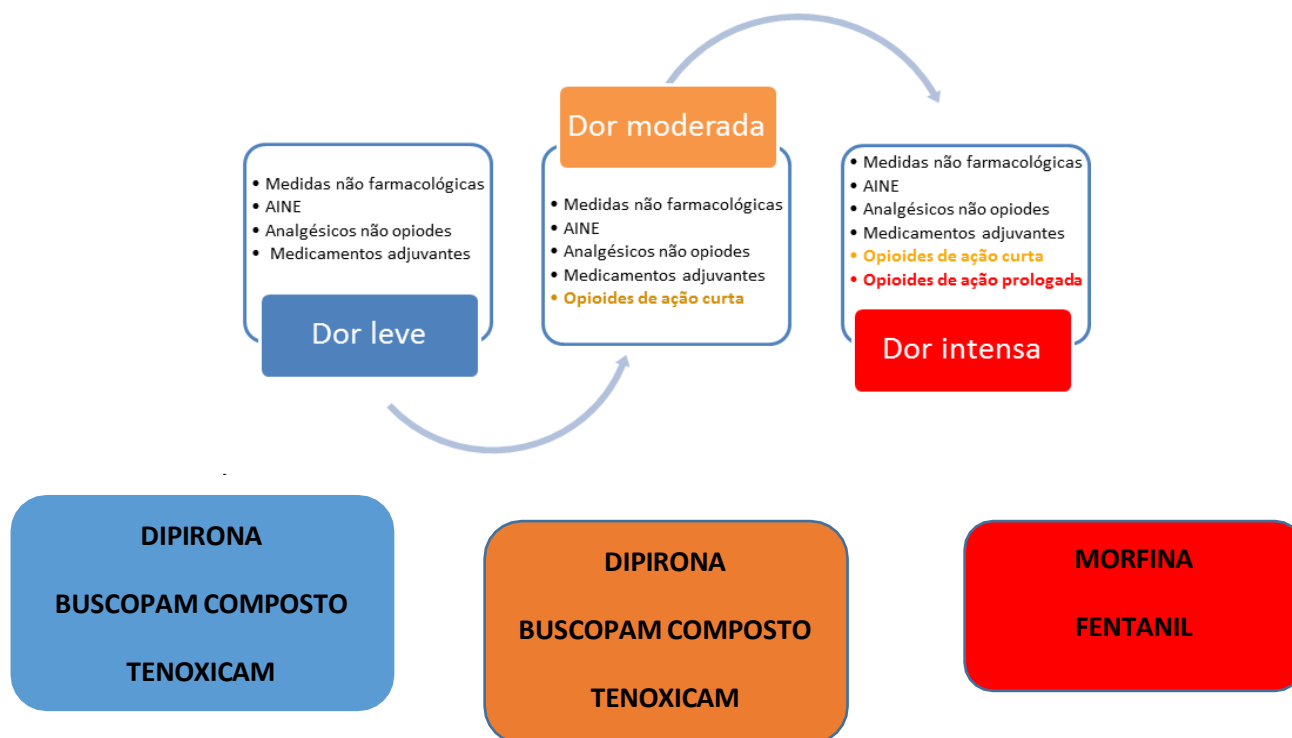
- A dor é frequentemente agravada pela ansiedade que gera e por espasmos musculares reflexos secundários;
- A resposta endócrina compreende aumento da secreção de corticotropina, cortisol, hormônio antidiurético, hormônio do crescimento, AMP cíclico, catecolaminas, renina, angiotensina II, aldosterona, glucagon e interleucina-1, com concomitante diminuição da secreção de insulina e testosterona. Estas alterações são traduzidas por um estado catabólico caracterizado por hiperglicemia, aumento do catabolismo proteico, lipólise, retenção renal de água e sódio, com aumento da excreção de potássio e diminuição da taxa de filtração glomerular.
- A estimulação nociceptiva do tronco cerebral causa taquipneia, secundária às doenças torácicas e abdominais, resultando em espasmos musculares e fadiga involuntária da musculatura, com consequente hipoventilação e piora na relação ventilação/perfusão; e a resposta simpática descrita contribui para o aumento da viscosidade sanguínea, aumento do tempo de coagulação, fibrinólise e agregação plaquetária.
- A supressão do eixo adrenal-pituitário da resposta hormonal ao estresse tem sido descrita como o principal objetivo do controle da dor. Logo, a persistência deste quadro clínico pode ser deletério, visto que a resposta neuroendócrina à dor pós traumática é suficiente para desencadear estado de choque.

ESCALA VISUAL ANALÓGICA:



ESCALA ANALGÉSICA:

Protocolo do tratamento da dor



*A USB deve seguir as orientações do MÉDICO REGULADOR nas prescrições.

RESPONSABILIDADES DA EQUIPE DE USB:

- Reconhecer os sinais de gravidade descritos nos protocolos e informar **IMEDIATAMENTE** à Regulação que indicará o local do deslocamento.
- Caso desloque antes de terminar a avaliação, deverá finalizá-la dentro da Unidade de Saúde para completar a ficha de atendimento.

OBS.: Por se tratar de uma equipe de USB, sem o médico na cena, o objetivo principal do atendimento é reconhecer possíveis **SINAIS DE ALARME** e deslocar o paciente o mais rápido possível, conforme já descrito acima.



**SAMU
192**

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI



Em casos de médicos dos municípios tripulando a ambulância, orientá-los a preencher o **“CHECK LIST DO TRANSPORTE SEGURO”**.

ANTES DE ENCERRAR A OCORRÊNCIA:

EQUIPE DE ATENDIMENTO:

- Deve enviar ao médico regulador todos os medicamentos e materiais utilizados através do J16 e preencher completamente e corretamente os relatórios de atendimento escritos, além de enviar um resumo do caso pelo Tablet.

MÉDICO REGULADOR:

- Deve cobrar o J16 e o relato da ocorrência pelo Tablet, caso a equipe não informe.

CM02 – PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA EM ADULTOS

OBJETIVO:

- Padronizar a conduta de atendimento à parada cardiorrespiratória pelas equipes de USB, conjuntamente com as orientações dadas pela Central de Regulação Médica.

EQUIPE DE ATENDIMENTO

SEGUIR OS SEGUINTE PASSOS NA CHEGADA AO LOCAL DE ATENDIMENTO:

- Segurança da cena/equipe
- Testar responsividade do paciente: Chamar em voz alta e bater nos ombros
- Na chegada ao local, o condutor ou o técnico (a) de enfermagem deve checar pulso carotídeo ou femoral e respiração por 5-10 segundos.
 - Confirmada a PCR, o condutor socorrista deve iniciar as compressões torácicas em superfície rígida (prancha): 30 compressões para 2 ventilações com bolsa-válvula-máscara.
- O técnico (a) liga o DEA e aplica as pás no tórax do paciente conforme orientações descritas no aparelho, enquanto o condutor socorrista está fazendo as compressões torácicas.
 - Verificar a presença de pulso a cada 2 minutos.
- O técnico (a) liga 192, e deixa o celular ao lado da vítima no “viva voz”, para que o médico regulador acompanhe e oriente os primeiros 10 minutos de RCP.

PROCEDIMENTO PADRÃO:

- Nas compressões, suas mãos devem ficar sobre o terço inferior do esterno, posicionadas 2 dedos acima do processo xifóide; o que fica aproximadamente, na linha intermamilar. Trace uma linha imaginária entre os mamilos, o ponto médio localiza-se no exato local que sua mão deverá posicionar-se para as compressões torácicas.

- Coloque o “calcanhar da mão” dominante no esterno com a outra mão por cima, com os dedos de ambas as mãos apontando na direção oposta à sua. Entrelace os dedos ou estenda-os, mantendo-os afastados do tórax da vítima. Os braços do socorrista devem estar estendidos à frente do tronco, ficando perpendiculares a ele, sendo que a força deve ser gerada na coluna lombar e somente transferidas aos braços. Comprima no mínimo um terço do diâmetro anteroposterior do tórax (em torno de 5 cm) a cada compressão, permitindo o retorno total do mesmo, após cada compressão.



- Ao mesmo tempo em que o condutor socorrista está realizando as compressões torácicas, o técnico (a) punciona o acesso venoso periférico e instala uma torneirinha.
- Seguir as instruções do DEA e, somente, interromper as compressões torácicas quando o mesmo estiver fazendo a leitura do ritmo cardíaco.

- Para ventilar o socorrista deve se posicionar de joelhos atrás da cabeça da vítima e segurar o reanimador manual (“AMBU”) com a técnica EC, ou seja, os dedos polegar e indicador formando um C segurando a máscara na face e os demais dedos formando um E no ângulo da mandíbula, assim garantindo um posicionamento efetivo da

máscara. A máscara na face deve estar com a parte estreita na ponte do nariz.



- Lembre-se sempre que para as ventilações serem eficazes, é necessário abrir as vias aéreas. Para isso podem ser realizadas duas técnicas: a de inclinação da cabeça – elevação do queixo, ou anteriorização da mandíbula.

OBS.: A manobra de anteriorização da mandíbula é usada quando a inclinação de cabeça não funciona ou quando há suspeita de lesão na coluna.

- Conferir pulso a cada 2 minutos, quando o DEA for fazer a leitura do ritmo.
- Se o pulso retornar comunicar a regulação, lateralizar o paciente em prancha e manter as pás do DEA conectadas na vítima. Manter a ventilação com pressão positiva com bolsa-válvula-máscara (1 ventilação a cada 6 segundos), caso não haja “drive pulmonar” e, caso haja, colocar máscara não reinalante a 15L/min.

OBS.: Caso o DEA reconheça ritmo chocável, a equipe deve se certificar de que todos estejam afastados antes de disparar o choque.

- Se no momento da RCP, tiverem apenas 2 funcionários na equipe, e não houver ajuda de terceiros, deixar o condutor fazendo compressões torácicas e o técnico puncionar acesso venoso periférico para administração de medicações, que poderão ser prescritas pelo médico regulador. Administrar medicação **SOMENTE** quando prescrito pelo médico e confirmar quando realizada pelo Tablet ou por telefone quando estão em conversa de áudio.
- Caso haja terceiros na cena, orientá-los a fazer as compressões torácicas conforme protocolo e o condutor socorrista assume as ventilações, para que o técnico de enfermagem faça a punção venosa periférica.

OBS.: Um time eficaz comunica-se continuamente. Se o socorrista contar as compressões em voz alta, o outro que está administrando as ventilações poderá prever quando elas devem ser realizadas. Isso ajuda o socorrista a se preparar para administrar as ventilações eficazmente e minimizar as interrupções nas compressões.

QUALIDADE DA RCP

- Comprima com força (pelo menos 5cm) e rapidez (100-120/min) e aguarde o retorno total do tórax.
- Minimize interrupções nas compressões.
- Evite ventilação excessiva.
- Alterne as pessoas que aplicam as compressões a cada 2 minutos ou antes se houver fadiga.
- Sem via aérea avançada, relação compressão-ventilação 30:2.

TRATAMENTO MEDICAMENTOSO (Conforme prescrição da Regulação Médica)

- Dose IV de **epinefrina/adrenalina**: 1mg
Aspirar em 01 seringa de 1ml = 1 ampola de 1ml, a cada 3 a 5 minutos
- Dose IV de **amiodarona**:
Primeira dose: Bolus de 300mg (Aspirar em 01 seringa de 10ml = 2 ampolas de 3ml)

Segunda dose: 150mg (Aspirar em 01 seringa de 5ml = 1 ampola de 3ml)

OBS.: Flush de 20ml de SF0,9% após cada medicação, com elevação do membro.

CONDUTA PÓS-RCP:

- Caso o paciente retorne à circulação espontânea, o MÉDICO REGULADOR deve orientar encaminhamento à Unidade de Referência pactuada e entrar em contato com a mesma para informar a chegada do paciente.
- Caso o paciente não retorne à circulação espontânea, o MÉDICO REGULADOR deverá orientar a conduta, seguindo o *PROTOCOLO DE ÓBITOS*.

RESPONSABILIDADES DA EQUIPE DE USB:

- Reconhecer os sinais de gravidade descritos nos protocolos e informar **IMEDIATAMENTE** à Regulação que indicará o local do deslocamento.
- Caso desloque antes de terminar a avaliação, deverá finalizá-la dentro da Unidade de Saúde para completar a ficha de atendimento.

OBS.: Por se tratar de uma equipe de USB, sem o médico na cena, o objetivo principal do atendimento é reconhecer possíveis **SINAIS DE ALARME** e deslocar o paciente o mais rápido possível, conforme já descrito acima.

ANTES DE ENCERRAR A OCORRÊNCIA:

EQUIPE DE ATENDIMENTO:

- Deve enviar ao médico regulador todos os medicamentos e materiais utilizados através do J16 e preencher completamente e corretamente os relatórios de atendimento escritos, além de enviar um resumo do caso pelo Tablet.

MÉDICO REGULADOR:

- Deve cobrar o J16 e o relato da ocorrência pelo Tablet, caso a equipe não informe.



**SAMU
192**

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

NEP CISTRI
Núcleo de Educação Permanente

CM03 – DOR TORÁCICA

OBJETIVO

- Alinhar diagnóstico, medidas iniciais de suporte, realização precoce de ECG na Unidade de Saúde e encaminhamento à Unidade de Referência correta dos casos de suspeita de infarto agudo do miocárdio (IAM).

PROCEDIMENTO

- Manter a vítima em posição semissentada e tranquilizá-la. Realizar avaliação primária e secundária.

- Monitorização contínua multiparamétrica (PA, FC, FR, SatO₂, T_{ax})

- Acesso venoso periférico

- Oxigênio sob máscara, apenas se evidência de desconforto respiratório ou se SatO₂ < 90%

- **Medicamentos - CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA:**

AAS = 300MG VO (03 COMPRIMIDOS MASTIGADOS)

Contraindicações: Hipersensibilidade conhecida (urticária, broncoespasmo, anafilaxia), úlcera péptica ativa, discrasia sanguínea ou hepatopatia grave.

Questionar sobre história de alergia e/ou sangramento recente (“Fezes escurecidas”)



**SAMU
192**

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

NEP CISTRI
Núcleo de Emergência Resolutiva

Clopidogrel = 300MG (04 comprimidos) VO, para pacientes < 75 anos; para aqueles com mais de 75 anos, administrar 75mg VO (01 comprimido)

Contraindicações: Hipersensibilidade à substância ativa ou a qualquer dos componentes do produto, sangramento patológico ativo (úlceras pépticas ou hemorragia intracraniana), intolerância à lactose (devido à presença de lactose nos excipientes)

Isordil (Dinitrato de isossorbida) = 5MG VO, sublingual. Pode ser repetido até 2 vezes (Dose máxima = 15mg (03 comprimidos), com intervalos de 3 a 5 minutos entre as doses e limitar a redução da PA em 10%, se paciente normotenso, ou até 30%, se hipertenso. Controlar PA e FC.

Contraindicações: PA sistólica $\leq$ 90 mmHg; frequência cardíaca < 50 ou > 100bpm; em vítimas com suspeita de infarto de ventrículo direito (VD) ou infarto de parede inferior com possibilidade de envolvimento do VD; se a vítima fez uso de inibidores da fosfodiesterase-5: Sildenafil (Viagra®) ou Vardenafil (Levitra®, Vivanza®) ou Lodenafil (Heleva®) nas últimas 24 horas; Tadalafila nas últimas 48h; ou disfunção erétil, como Alprostadil (Aplicav®, Caverget®), Fentolamina (Herivyl®), Ioimbina (Yomax®) nas últimas 24 horas.

Morfina = 2 a 4mg IV (Em um seringa de 10ml = 01 ampola diluída em 09ml de AD = 2 a 4ml de solução), repetir a cada 5 a 10 minutos até seu alívio, observando a possibilidade de depressão respiratória.

Administrar, se a dor isquêmica não for aliviada pelo nitrato.

Contraindicações: Infarto de VD, PA sistólica $\leq$ 90mmHg, FC < 50 ou > 100, depressão respiratória ou hipovolemia; se ocorrer hipotensão após administração, infundir volume.

OBS.: Em caso de USB acompanhada por médico do município, deverá ser seguido o protocolo “USA-CM01-DOR TORÁCICA”.



**SAMU
192**

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

NEP CISTRI
Núcleo de Educação Permanente

RESPONSABILIDADES DA EQUIPE DE USB:

- Reconhecer os sinais de gravidade descritos nos protocolos e informar **IMEDIATAMENTE** à Regulação que indicará o local do deslocamento.
- Caso desloque antes de terminar a avaliação, deverá finalizá-la dentro da Unidade de Saúde para completar a ficha de atendimento.

OBS.: Por se tratar de uma equipe de USB, sem o médico na cena, o objetivo principal do atendimento é reconhecer possíveis **SINAIS DE ALARME** e deslocar o paciente o mais rápido possível, conforme já descrito acima.

Em casos de médicos dos municípios tripulando a ambulância, orientá-los a preencher o **“CHECK LIST DO TRANSPORTE SEGURO”**.

ANTES DE ENCERRAR A OCORRÊNCIA:

EQUIPE DE ATENDIMENTO:

- Deve enviar ao médico regulador todos os medicamentos e materiais utilizados através do J16 e preencher completamente e corretamente os relatórios de atendimento escritos, além de enviar um resumo do caso pelo Tablet.

MÉDICO REGULADOR:

- Deve cobrar o J16 e o relato da ocorrência pelo Tablet, caso a equipe não informe.



**SAMU
192**

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

NEP CISTRI
Núcleo de Emergência Neurológica

CM04 – SUSPEITA DE ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO (AVE)

OBJETIVO

- Padronizar o atendimento da suspeita de acidente vascular encefálico, com diagnóstico clínico precoce, medidas iniciais necessárias à estabilização e encaminhamento dos pacientes dentro da janela para trombólise ao Hospital de Clínicas de Uberlândia, observando as indicações e contraindicações ao procedimento.

GRADE SAMU- HCUFU

- AVE Agudo: Tempo de chegada ao Hospital das Clínicas de Uberlândia até 4h do ictus
- **ECG ≥ 9**

***Os casos com quadro típico de AVE hemorrágico, com rebaixamento de nível de consciência e ECG ≤ 8 NÃO devem ser encaminhados dentro do protocolo AVE para trombólise.**

Deverão ser direcionados à Clínica Médica/Neurocirurgia. Seguir o protocolo específico para “ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO HEMORRÁGICO”.

OBS.: O MÉDICO REGULADOR irá solicitar que a equipe de USB confirme a história informada pelo **MÉDICO DA ORIGEM** e este tomará as condutas necessárias à estabilização do paciente antes de encaminhar.

OBS.: O MÉDICO REGULADOR pode solicitar que o **MÉDICO DA ORIGEM** faça contato no Neurofone ou qualquer outro número da Neurologia para discussão do caso, porém este deve seguir o protocolo específico para confirmação do encaminhamento do paciente ao HC-UFU, se for assim definido.



**SAMU
192**

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

NEP CISTRI
Núcleo de Educação Permanente

OBS.: É de extrema importância ter um familiar e/ou responsável no transporte que saiba relatar a história do paciente e antecedentes. Caso o MÉDICO INTERVENCIÓNISTA julgue arriscado transportar o acompanhante, deve pegar o contato telefônico do mesmo e orientar que se desloque à Uberlândia por meios próprios ou solicite apoio do município.

EQUIPE DE ATENDIMENTO:

Identificação de um caso suspeito = Sinais de possível AVE isquêmico agudo:

- Início súbito de déficits neurológicos focais: fraqueza, dormência ou paralisia em face, membros superiores ou inferiores, especialmente de um lado do corpo;
- Fraqueza, paralisia ou perda da expressão de um lado da face;

Quando este sintoma estiver presente de forma isolada, verificar a possibilidade de se tratar de paralisia facial periférica (paciente não enruga a testa, não fecha o olho e não move a rima labial em uma hemiface), e não AVE (paciente tem paralisia apenas do terço inferior da face)

- Distúrbios da fala: alterada, incompreensível ou completa perda da fala;
- Dificuldade de entendimento;
- Súbita alteração da visão em um ou ambos os olhos;
- Súbita dificuldade para caminhar;
- Vertigem ou perda do equilíbrio ou da coordenação;
- Cefaleia súbita, intensa e incapacitante sem causa conhecida;

Atenção: quadros atípicos podem sugerir distúrbios psiquiátricos.

ESCALA PRÉ-HOSPITALAR DE AVE DE CINCINNATI



Identifica o AVE com base em 3 achados do exame físico, descritos abaixo:

Desvio de rima: Pedir para a vítima sorrir ou mostrar os dentes



Anormal: desvio de rima

(Fonte: Advanced Cardiovascular Life Support. Provider Manual, 2006, pg. 108-9)

Normal: Ambos os lados da face movem-se igualmente;

Anormal: Um dos lados move-se menos ou não se move, desviando a rima para o lado oposto.

Queda do membro superior: Vítima sentada, com os olhos fechados, pedir para levantar os braços à mesma altura e mantê-los estendidos na horizontal, com as palmas das mãos para cima, por 10 segundos.



(Fonte: Advanced Cardiovascular Life Support. Provider Manual, 2006, pg. 108-9)

Normal: os 2 membros movem-se igualmente e assim se mantêm;

Anormal: um dos membros não se move ou cai, em comparação ao outro.

Alteração na fala: Pedir para que a vítima repita a frase: “O rato roeu a roupa do rei de Roma”

Normal: Repete usando as palavras corretamente e pronunciando-as sem fala pastosa;

Anormal: Mistura as palavras, usa palavras inarticuladas ou erradas ou é incapaz de falar.

INTERPRETAÇÃO: Na presença de **UMA** das ocorrências anormais, deve-se suspeitar de AVE (**72% de probabilidade** de ser um AVE); na presença dos **TRÊS** achados, a **probabilidade é superior a 85%.**

DETERMINAÇÃO DO TEMPO DE INÍCIO DE SINTOMAS

- Confirmar o início dos sintomas (hora exata do ictus) – Não é a hora que o acompanhante viu o paciente com o déficit pela primeira vez, é a **ÚLTIMA HORA EM QUE O PACIENTE FOI VISTO BEM**. (Exemplo: O paciente foi dormir bem às 22h e acordou às 6h sem movimentar o hemicorpo direito. Hora do ictus – 22h do dia anterior, portanto, fora da janela. Atentar-se para quando o familiar diz que o paciente acordou bem e foi piorando. Normalmente, significa que ele já acordou com o déficit.)

- O que o paciente estava fazendo no momento em que foi percebido o início do déficit? (Caso o mesmo tenha acabado de acordar, insistir na pergunta: “Quanto tempo ele ficou bem antes de iniciar o déficit?”.)

DEFINIR CRITÉRIOS DE INCLUSÃO PARA TERAPIA TROMBOLÍTICA

	SIM	NÃO
Suspeita de AVE isquêmico de circulação anterior ou posterior	X	
Tempo entre a última vez em que o paciente foi visto bem e chegada ao HC-UFU em até 4 horas	X	
Maior de 18 anos	X	
Bom estado funcional cognitivo e motor prévios ao déficit	X	

- O paciente realizava suas atividades diárias sozinho, precisava do apoio de alguém, algum cuidador?

- O paciente já teve algum episódio prévio, ficou com alguma sequela?



**SAMU
192**

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

NEP CISTRI
Núcleo de Educação Permanente

DEFINIR CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO PARA TERAPIA TROMBOLÍTICA

CRITÉRIOS ABSOLUTOS:

	SIM	NÃO
Uso de anticoagulantes cumarínicos com RNI > 1,7		X
Ingestão de novos anticoagulantes orais há < 48h		X
Uso de heparina de baixo peso molecular plena nas últimas 24h ou TTPa > 40s ¹		X
Diátese hemorrágica conhecida, sangramento ativo, RNI > 1,7 ou plaquetas < 100000/mm ³		X
História de hemorragia intracraniana, neoplasia intracraniana intra-axial e aneurisma gigante (> 10mm) ou roto		X
Cirurgia intracraniana ou da coluna nos últimos 3 meses		X
Endocardite infecciosa		X
Doença hepática grave, incluindo insuficiência hepática, cirrose e hipertensão portal (varizes esofágicas)		X
Hipersensibilidade conhecida ao princípio ativo, ou qualquer componente da fórmula		X
AVE ou TCE grave nos últimos 3 meses		X
Sinais e sintomas compatíveis com hemorragia subaracnoidea ou dissecção aórtica		X
Neoplasia de trato gastrointestinal ou sangramento gastrointestinal nas últimas 3 semanas		X
Neoplasia com expectativa de vida < 6 meses		X

¹ Pacientes que receberam Heparina durante procedimentos podem receber trombolítico, desde que o TTPa esteja normal.

CRITÉRIOS RELATIVOS:

	SIM	NÃO
Déficit neurológico mínimo ou sintomas melhorando completa e rapidamente ²		
Cirurgia de grande porte ou trauma grave sem TCE nos últimos 14 dias		
Gravidez até 14 dias do puerpério		
Sangramento genitourinário nas últimas 3 semanas		
Punção lombar nos últimos 7 dias		
Pericardite infecciosa		
Punção de vaso não compressível nos últimos 7 dias		
Historia de MAV não rota e não tratada ³		
IAM sem supra-ST ou com supra-ST nos últimos 3 meses de paredes inferior, direita ou esquerda anterior ⁴		

²É razoável estabelecer o tratamento trombolítico para pacientes que apresentem AVC moderado a grave e que tenham rápida melhora, porém que mantenham incapacidade significativa, p.ex., hemianopsia completa (≥ 2 no NIHSS, questão 3), afasia grave (≥ 2 no NIHSS, questão 9), extinção visual ou sensitiva (≥ 1 no NIHSS, questão 11), qualquer fraqueza que limite a sustentação contra a gravidade (≥ 2 no NIHSS, questão 6 ou 7), qualquer déficit com NIH > 5, ou qualquer outro déficit que o examinador julgue incapacitante. Não é recomendado atrasar o tratamento trombolítico a fim de monitorar e aguardar por melhora até um nível de déficit não incapacitante.

³Devem ser pesados os riscos e benefícios quando o AVC for muito extenso *versus* a probabilidade de sangramento da MAV

Obs₁: anemia falciforme, suspeita de dissecação arterial, uso de dupla antiagregação plaquetária, historia recente ou ativa de menorragia sem anemia ou hipotensão e insuficiência renal em hemodiálise (com TTPa normal) não contra-indicam a trombólise

Obs₂: no caso de AVC e IAM concomitantes, considerar trombólise e depois angioplastia coronária

⁴Para estas paredes, é razoável proceder à trombólise, idealmente sempre em discussão conjunta com a cardiologia (níveis, respectivamente, IIa, IIa, IIa e IIb)

***Diante de critérios relativos de contraindicação, caso haja dúvida, mesmo após discussão do caso com a equipe de Neurologia do Hospital de Clínicas de Uberlândia, os pacientes deverão ser encaminhados e, posteriormente, contrarreferenciados, se for o caso.**

OBS.: Em caso de USB acompanhada por médico do município, deverá ser seguido o protocolo “USA-CM04-SUSPEITA DE ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO (AVE)”.



**SAMU
192**

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

NEP CISTRI
Núcleo de Educação Permanente

ANTES DE INICIAR O TRANSPORTE:

- Exigir a presença de um familiar para acompanhar o transporte. (Caso não seja possível, em exceções, a equipe de atendimento deve relatar em ficha de APH e o médico regulador, no prontuário eletrônico e, este deverá fornecer uma forma de contato da Unidade de AVC com os familiares para que possam confirmar a história corretamente)
- Caso a origem faça a estabilização do paciente e solicite o transporte aeromédico, deverá fornecer o telefone de contato do familiar para a equipe.

RELATÓRIO DE ATENDIMENTO

Atendimento pré-hospitalar:

- O técnico de enfermagem deverá preencher a ficha de APH.
- Definido o deslocamento ao Hospital de Clínicas de Uberlândia, deverá ser preenchido o “CHECK LIST DO TRANSPORTE SEGURO” pelo médico do município que irá acompanhar o transporte.

Atendimento a Unidades de Saúde:

- Caso o primeiro atendimento tenha ocorrido na Unidade de Saúde, é **OBRIGATÓRIO** o fornecimento de relatório médico.
- O MÉDICO que irá acompanhar o transporte deverá preencher o “CHECK LIST DO TRANSPORTE SEGURO”.

NA CHEGADA AO HC-UFU:

- Aguardar o atendimento inicial até a realização da tomografia para definir se o paciente ficará no serviço ou retornará à origem (Caso o tempo de espera seja superior a 1 hora, a equipe deve informar a regulação e o **MÉDICO REGULADOR** deve entrar em contato com a regulação interna do Hospital, solicitando a liberação da equipe).



**SAMU
192**

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

NEP CISTRI
Núcleo de Educação Permanente

OBS.: Casos fora da janela, com algum critério que contraindique a trombólise e que não tenham sido observados antes do encaminhamento do paciente **DEVEM OBRIGATORIAMENTE** ser **CONTRAREFERENCIADOS** e o transporte de retorno à Unidade de origem deve ser realizado pelo SAMU.

Caso a condição clínica do paciente não possibilite o retorno, deverá ser recebido pelo Hospital de Clínicas de Uberlândia, que deverá regular o paciente via SUS fácil para outro local. Nestes casos, a equipe do SAMU deverá ser liberada.

RESPONSABILIDADES DA EQUIPE DE USB:

- Reconhecer os sinais de gravidade descritos nos protocolos e informar **IMEDIATAMENTE** à Regulação que indicará o local do deslocamento.
- Caso desloque antes de terminar a avaliação, deverá finalizá-la dentro da Unidade de Saúde para completar a ficha de atendimento.

OBS.: Por se tratar de uma equipe de USB, sem o médico na cena, o objetivo principal do atendimento é reconhecer possíveis **SINAIS DE ALARME** e deslocar o paciente o mais rápido possível, conforme já descrito acima.

Em casos de médicos dos municípios tripulando a ambulância, orientá-los a preencher o **“CHECK LIST DO TRANSPORTE SEGURO”**.

ANTES DE ENCERRAR A OCORRÊNCIA:

EQUIPE DE ATENDIMENTO:

- Deve enviar ao médico regulador todos os medicamentos e materiais utilizados através do J16 e preencher completamente e corretamente os relatórios de atendimento escritos, além de enviar um resumo do caso pelo Tablet.

MÉDICO REGULADOR:

- Deve cobrar o J16 e o relato da ocorrência pelo Tablet, caso a equipe não informe.

CM05 – CONDUTAS EM CASO DE ÓBITOS

OBJETIVO:

- Padronizar a conduta nos casos suspeitos de óbito em domicílio e/ou via pública, casos de morte violenta e/ou natural e pacientes que evoluem à óbito durante atendimento.

EVIDÊNCIAS DE MORTE ÓBVIA NA CENA:

- Atendimento domiciliar:
 - O técnico de enfermagem deverá preencher o anexo **“EVIDÊNCIAS DE MORTE ÓBVIA NA CENA”** e deixar a **segunda via** com os familiares/responsáveis:
 - ✓ Sinais de morte violenta – A equipe entra em contato com a Central de Regulação e o CONTROLADOR DE FROTAS solicitará a presença da polícia civil ou militar, e o MÉDICO REGULADOR orientará a equipe para preservar o cenário, isolando a área, mantendo o corpo intocável até a chegada da autoridade policial que fará o Boletim de Ocorrência (BO) e acionará o IML. A equipe deve aguardar a chegada dos responsáveis, antes de ser liberada pela Central de Regulação.
 - ✓ Morte natural – O único critério para constatação pela USB no anexo é a putrefação. A equipe de atendimento deverá informar o caso ao **MÉDICO REGULADOR** que deverá seguir o fluxo de cada município e o CONTROLADOR DE FROTAS ligará nos telefones disponíveis, informando o endereço. Liberar a equipe de atendimento e orientar ao solicitante que caso o município não tome providências, entre em contato novamente.
- Atendimento em via pública:
 - O técnico de enfermagem deverá preencher o anexo **“EVIDÊNCIAS DE MORTE ÓBVIA NA CENA”** e deixar a **segunda via** com os familiares/responsáveis:
 - ✓ Sinais de morte violenta – A equipe entra em contato com a Central de Regulação e o CONTROLADOR DE FROTAS solicitará a presença da polícia civil ou militar e o MÉDICO REGULADOR orientará a equipe



**SAMU
192**

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

NEP CISTRI
Núcleo de Emergência Resposta

para preservar o cenário, isolando a área, mantendo o corpo intocável até a chegada da autoridade policial que fará o Boletim de Ocorrência (BO) e acionará o IML. A equipe deve aguardar a chegada dos responsáveis, antes de ser liberada pela Central de Regulação.

- ✓ Morte natural – O único critério para constatação pela USB no anexo é a putrefação. A equipe de atendimento deverá informar o caso ao **MÉDICO REGULADOR** que deverá seguir o fluxo de cada município e o **CONTROLADOR DE FROTAS** ligará nos telefones disponíveis, informando o endereço.

A equipe deverá aguardar até que o município tome providências antes de deixar o local. Caso haja comoção devido à demora, a USB está autorizada a deslocar o “corpo” até a Unidade de referência.

OBS.: Em cenas inseguras (locais perigosos), o **CONTROLADOR DE FROTAS** deverá acionar o COBOM e/ou Polícia Militar para auxílio ou transporte de paciente em óbito e o **MÉDICO REGULADOR** definirá o local de deslocamento. Devido à grande valência social associada ao óbito, podem haver casos que necessite de deslocamento do “cadáver” a porta de entrada referenciada, considerado procedimento de **EXCEÇÃO**, devendo sempre que possível, ser evitado.

CONSTATAÇÃO DE ÓBITO DURANTE ATENDIMENTO REALIZADO PELA UNIDADE DO SAMU (DOMICÍLIO):

- Realizar manobras de RCP, seguindo a conduta orientada pelo **MÉDICO REGULADOR**.

Caso não haja RCE, a USB deverá deslocar o “paciente” até a porta de entrada pactuada, conforme orientação da Central de Regulação para constatação de óbito e orientações aos familiares.

O **TÉCNICO DE ENFERMAGEM** deverá descrever o atendimento na ficha de APH, registrar todos os procedimentos e condutas realizadas e deixar a segunda via na Unidade de Saúde.



**SAMU
192**

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

NEP CISTRI
Núcleo de Educação Permanente

CONSTATAÇÃO DE ÓBITO DURANTE ATENDIMENTO REALIZADO PELA UNIDADE DO SAMU (VIA PÚBLICA):

- Realizar manobras de RCP, seguindo a conduta orientada pelo MÉDICO REGULADOR.

Caso não haja RCE, a USB deverá deslocar o “paciente” até a porta de entrada pactuada, conforme orientação da Central de Regulação para constatação de óbito e orientações aos familiares.

O TÉCNICO DE ENFERMAGEM deverá descrever o atendimento na ficha de APH, registrar todos os procedimentos e condutas realizadas e deixar a segunda via na Unidade de Saúde.

OBS.: - A equipe de atendimento deverá continuar o deslocamento do paciente para o ponto de atenção já definido, conforme orientação do médico regulador.

- Compete à instituição de saúde de referência todos os encaminhamentos relacionados ao óbito do paciente.

- Compete à equipe do SAMU entregar o relatório (segunda via da ficha de APHou do anexo **“EVIDÊNCIAS DE MORTE ÓBVIA NA CENA”**), com a descrição do atendimento realizado ao hospital de destino.

- Em casos de suspeita de morte violenta, a equipe deve preservar o cenário, isolar o local e acionar a autoridade policial responsável.

OBS.: Em casos de PCR dentro da viatura durante transferências interhospitalares ou pré-hospitalares a longas distâncias, o médico deverá definir a necessidade/indicação de RCP dependendo de cada caso.

- Pacientes jovens, mesmo que com prognóstico reservado, desde que tenha causas reversíveis, devem ser submetidos a RCP, levando em consideração a possibilidade de doação de órgãos. A RCP deve ser realizada SEMPRE e deve-se tratar as causas reversíveis e manter o encaminhamento até a Unidade de destino.
- Pacientes idosos, com várias comorbidades e/ou com gravidade suficiente, em que não seja possível RCE e ocorra evolução para o óbito, devemos seguir



**SAMU
192**

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

NEP CISTRI
Núcleo de Educação Permanente

o orientado pelo **Parecer CRM-MG Nº 54/2019 – Processo-Consulta Nº 20/2019**: “Sendo assim, quando ocorrer uma situação de óbito de paciente em meio do caminho percorrido entre as unidades (origem-destino), é razoável que o corpo seja levado, preferencialmente, à unidade de origem, salvo se a proximidade do destino final for muito grande.”

A Resolução nº 4.798/2015 da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais: “7.3- O transporte de cadáveres só pode ser realizado em carro funerário específico para esse fim, de acordo com normas específicas vigentes.” “7.4-Em casos suspeitos ou confirmados de morte por causas externas ou violentas, o transporte do cadáver deve ser realizado mediante Guia de encaminhamento de cadáver/restos mortais/amostra biológica (ANEXO III), devidamente preenchida, e a liberação do corpo seguirá as tramitações em acordo com legislação vigente após a conclusão pericial.”

Não há legislação específica para óbitos em ambulâncias de urgência e emergência, portanto, será adotado pelo CISTRI-SAMU, que o óbito não pode ser constatado na viatura, isto deverá ser feito na Unidade de origem ou destino do paciente e a equipe de atendimento deverá fornecer o relatório do atendimento prestado.

ANTES DE ENCERRAR A OCORRÊNCIA:

EQUIPE DE ATENDIMENTO:

- Deve enviar ao médico regulador todos os medicamentos e materiais utilizados através do J16 e preencher completamente e corretamente os relatórios de atendimento escritos, além de enviar um resumo do caso pelo Tablet.

MÉDICO REGULADOR:

- Deve cobrar o J16 e o relato da ocorrência pelo Tablet, caso a equipe não informe.



**SAMU
192**

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

NEP CISTRI
Núcleo de Educação Permanente

CM06 – AFERIÇÃO DA GLICEMIA CAPILAR

OBJETIVO:

- Verificar a concentração de glicose circulante nos vasos capilares.

Materiais necessários:

- 01 Dosador de glicemia (glicosímetro).
- 01 Tira reagente para glicemia capilar (fita de glicoteste).
- 01 Lanceta
- 01 bola de algodão.
- 01 par de luva de procedimento.

Descrição das atividades:

- Em todo atendimento de pacientes maiores de 2 anos realizar o exame, sem precisar da solicitação do médico regulador.
- Descer para o atendimento com a bolsa contendo os materiais necessários para o exame.
- Calçar luvas de procedimento.
- Conectar a tira reagente para ligar o aparelho.
- Selecionar o local de punção. No cliente adulto e no cliente pediátrico que deambula, a parte lateral da polpa do dedo da mão é a região mais comum (local com poucas terminações nervosas).
- Segurar o dedo escolhido, posicionando-o para baixo, e pressionar suavemente o dígito até a ponta do dedo.
- Passar a bola de algodão seca sobre o local da punção.
- Utilizar a lanceta para perfurar o local escolhido, através de um movimento rápido e único, que permita atingir profundidade suficiente para sair uma gota de sangue.
- Tocar a gota de sangue com a extremidade da tira reagente, que por capilaridade irá preencher todo o leito verificador da fita.



**SAMU
192**

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

NEP CISTRI
Núcleo de Educação Permanente

- Comprimir levemente o local da punção utilizando uma bola de algodão seco.
- Aguardar o tempo da leitura do aparelho e fazer a leitura do resultado na tela do glicosímetro.
- Descartar a lanceta ou agulha no recipiente adequado para materiais perfuro cortantes e a fita utilizada em coletor de resíduo apropriado.
- Relatar o valor aferido pelo glicosímetro através do J14 enviado pelo tablet.
- Após término do atendimento realizar a desinfecção do glicosímetro com álcool 70% e guardar aparelho no local correto.
- Caso haja qualquer problema com o aparelho avisar a coordenação e relatar na passagem de plantão para a próxima equipe.

Ações na anormalidade:

- Resultado inexato decorrente de manipulação inadequada por uso de álcool a 70% utilizado na assepsia local: realizar o teste novamente utilizando algodão seco e verificando se a polpa digital está seca antes da punção.
- Resultado inexato decorrente de gota insuficiente de sangue: trocar a lanceta e atira reagente, realizar o teste novamente, com profundidade de punção suficiente para sair quantidade de sangue necessária para realizar o exame.
- Alteração nos valores normais de glicemia: comunicar via tablet ou por ligação para o médico regulador e aguardar indicação da conduta.
- Erro de código: Verificar se o número do “chip” é idêntico ao número do lote da fita utilizada.
- Outros problemas com o aparelho ou bateria descarregada: ao detectar outras falhas na bateria ou no aparelho, fazer a troca colocando a bateria reserva armazenada na base e solicitada através da requisição de materiais. Caso não haja pilha reserva, colocar no pedido de material a solicitação e/ou avisar imediatamente a coordenação para que sejam tomadas medidas de resolução do problema.



**SAMU
192**

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

NEP CISTRI
Núcleo de Educação Permanente

Resultados esperados:

- Obtenção de amostra suficiente para a realização do teste na primeira tentativa de punção.
- Não contaminar o local de punção decorrente de antissepsia inadequada.
- Resultados precisos da glicemia capilar.

Considerações Gerais:

- Em neonatos, lactentes menores de 18 meses e clientes pediátricos maiores que não deambulam, realizar a punção nas margens externas do calcâneo.
- De acordo com as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2015-2016), os níveis ideais de glicemia são:

Valores de glicose plasmática (em mg/dL) para diagnóstico de Diabetes mellitus e seus estágios pré-clínicos - Glicemia capilar de referência.			
CATEGORIA	JEJUM* DE 8 HORAS	DUAS HORAS APÓS INGESTÃO DE 75G DE GLICOSE	CASUAL**
Glicemia normal	Menor que 100	Menor que 140	-----
Tolerância à glicose diminuída	De 100 a 125	De 140 a 199	-----
Diabete <i>mellitus</i>	A partir de 126	A partir de 200	Igual ou superior a 200 (sintomas clássicos ***)

*Define-se como jejum para o teste de glicose a falta de ingestão calórica, exceto água, por um período de 8 horas.

**Glicemia plasmática casual é aquela realizada a qualquer hora do dia, sem se observar o intervalo desde a última refeição.

***Os sintomas clássicos da DM incluem poliúria, polidipsia e perda não explicada de peso.



**SAMU
192**

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

NEP CISTRI
Núcleo de Educação Permanente

- Resultados abaixo de 60 mg/dL são considerados hipoglicemia. Tais resultados em geral são acompanhados por sintomatologia características e caso não esteja ocorrendo, deve-se suspeitar de erro na leitura do teste. Repetir o procedimento chegando todos os passos, a fim de garantir a veracidade do resultado obtido.
- Os sinais de HI (high, alto, valor acima daquele que pode ser aferido pelo aparelho) e LO (lower, baixo, valor abaixo daquele que pode ser aferido pelo aparelho), também necessitam de conferência da calibração do aparelho ou solicitação de aferição da glicemia no sangue para prova laboratorial. Os valores para estes sinais são dependentes do tipo de glicosímetro.
- Nunca utilizar amostra sanguínea proveniente de artérias ou veias, o exame é destinado especificamente para obtenção dos padrões de glicemia nos vasos capilares.
- Clientes com baixa perfusão capilar podem necessitar de cuidados prévios com o objetivo de melhorar a perfusão e conseguir a amostra de sangue necessária. Aquecer a mão do cliente e posicioná-la abaixo da linha do coração são procedimentos que facilitam o enchimento capilar. Pedir ao cliente que esfregue uma mão na outra também auxilia no aumento do fluxo no local, uma vez que aumenta a circulação sanguínea na área.
- Se a extremidade do dedo estiver molhada com álcool ou água, ou mesmo com sujidade no momento da punção para a coleta da gota de sangue, poderão ocorrer resultados adulterados. Dessa forma, se a mão do cliente estiver demasiadamente suja, será necessário lavá-la e secá-la antes do procedimento ser realizado, caso não seja possível utilizar água, limpar a área com soro fisiológico.
- Quando não for possível a punção nos dedos do cliente, pode-se realizar o teste de glicemia capilar no lóbulo da orelha.
- Edema em extremidades dos membros superiores pode falsear o resultado do exame.

****Sempre confira se o código das tiras reagentes é compatível, para que não dê erros.**



**SAMU
192**

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

NEP CISTRI
Núcleo de Educação Permanente

RESPONSABILIDADES DA EQUIPE DE USB:

- Reconhecer os sinais de gravidade descritos nos protocolos e informar **IMEDIATAMENTE** à Regulação que indicará o local do deslocamento.
- Caso desloque antes de terminar a avaliação, deverá finalizá-la dentro da Unidade de Saúde para completar a ficha de atendimento.

OBS.: Por se tratar de uma equipe de USB, sem o médico na cena, o objetivo principal do atendimento é reconhecer possíveis **SINAIS DE ALARME** e deslocar o paciente o mais rápido possível, conforme já descrito acima.

Em casos de médicos dos municípios tripulando a ambulância, orientá-los a preencher o **“CHECK LIST DO TRANSPORTE SEGURO”**.

ANTES DE ENCERRAR A OCORRÊNCIA:

EQUIPE DE ATENDIMENTO:

- Deve enviar ao médico regulador todos os medicamentos e materiais utilizados através do J16 e preencher completamente e corretamente os relatórios de atendimento escritos, além de enviar um resumo do caso pelo Tablet.

MÉDICO REGULADOR:

- Deve cobrar o J16 e o relato da ocorrência pelo Tablet, caso a equipe não informe.



**SAMU
192**

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

NEP CISTRI
Núcleo de Educação Permanente

CM07 – AFERIÇÃO DE PULSO

OBJETIVO:

- Verificar o pulso e reconhecer qualquer anormalidade.
- Auxiliar no diagnóstico e tratamento do cliente.
- Acompanhar a evolução do pulso.

MATERIAIS NECESSÁRIOS

- 01 Relógio com ponteiro de segundos.
- 01 par de luvas de procedimento, se necessário.

DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES

- Calçar luvas de procedimento.
- Caso o cliente esteja deitado, em decúbito dorsal, posicione o braço direito dele ao lado do corpo ou sobre a parte inferior do tórax. Se o paciente estiver sentado, dobre o cotovelo dele em ângulo de 90 graus e sustente o antebraço com seu braço.
- Posicione a ponta dos dedos médio e indicador sobre uma das artérias, fazendo leve pressão.

Medindo o pulso radial

- Expor a região da artéria radial no pulso.
- Posicionar as pontas dos dedos indicador e médio no sulco radial ou do lado do polegar no pulso do paciente sobre a artéria radial.



- Após sentir o pulso regular, olhe para o ponteiro dos segundos de um relógio e comece a contar a frequência.
- Tome a frequência de pulsação durante 1 minuto. Avalie a frequência e o padrão de irregularidade. Compare os pulsos radiais bilateralmente.

Medindo o pulso braquial

- Palpe a artéria braquial (localizada na região da dobra interior do cotovelo) utilizando as pontas dos dedos indicador e médio, pressionando firmemente a face medial da fossa cubital até palpar a artéria braquial.



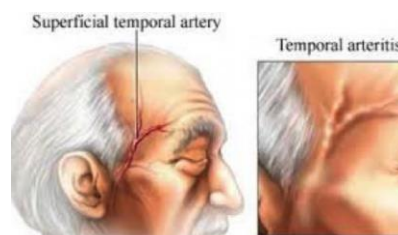
Medindo o Pulso Carotídeo:

- Palpe a artéria carotídea, colocando as pontas dos dedos indicador e médio sobre a traqueia, na região mediana do pescoço do cliente. Deslize-os para o lado, até o sulco entre a traqueia e o músculo esternocleidomastóideo.
- Palpe a artéria carótida cuidadosamente para evitar complicações (diminuição da frequência cardíaca e da circulação para a cabeça.)



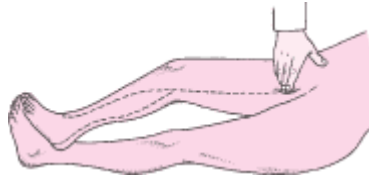
Medindo o Pulso Temporal:

- Palpe o pulso temporal pressionando levemente a região lateral e superior do olho.

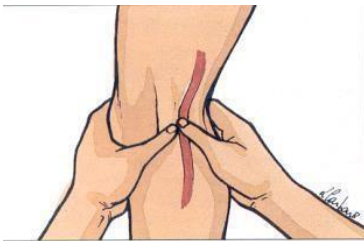


Medindo o Pulso Femoral:

- Palpe o pulso femoral pressionando profundamente a virilha, na linha média entre a espinha íliaca anterossuperior e a sínfise púbica.

**Medindo o Pulso Poplíteo:**

- Palpe o pulso poplíteo pressionando a parte posterior do joelho, no meio da fossa poplíteia.

**Medindo o Pulso Tibial Posterior:**

- Palpe o pulso tibial posterior pressionando a face medial do tornozelo, abaixo do maléolo medial.

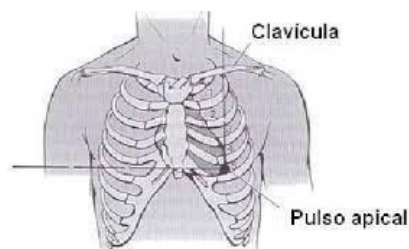


Medindo o Pulso Dorsal do Pé:

- Palpe o pulso dorsal do pé. Corra os dedos pelo sulco entre o hálux e o primeiro dedo do pé, em direção ao topo do pé.

**Medindo o Pulso Apical:**

- Auxilie o paciente a ficar deitado de costas ou sentado caso seja possível. Afaste a roupa para expor o esterno e o lado esquerdo do tórax.
- Palpe o 5º espaço intercostal na linha média da clavícula esquerda.
- Para localizar o 5º espaço intercostal, posicione o dedo na linha média da clavícula.
- Deslize o dedo seguindo a margem esquerda do esterno, até o 2º espaço intercostal.
- Coloque o dedo indicador ou anelar sobre o 2º espaço intercostal e conte para baixo até o 5º espaço intercostal, colocando um dedo em cada um dos espaços.
- A área do pulso deve ter cerca de 2cm de diâmetro, sem movimentos de subida ou descida.



- Coloque o estetoscópio sobre o 5º espaço intercostal e faça a auscultação para os sons cardíacos S¹ e S² normais.
- Quando o S¹ e S² são ouvidos com regularidade, use o relógio e comece a contar a frequência.
- Verifique se a frequência cardíaca está irregular e descreva o padrão ou irregularidade.
- Verificar o ritmo e amplitude de pulso e alterações.

- Repetir a contagem se detectada alguma irregularidade; se a dúvida persistir, verificar pulso apical.
- Relatar o valor aferido através do J14 enviado pelo tablet, caso haja qualquer alteração de valores da frequência cardíaca e/ou também da ausculta cardíaca comunicar imediatamente ao médico regulador via tablet ou por ligação telefônica.
- Limpe as olivas e o diafragma do estetoscópio com algodão embebido em álcool após sua utilização.
- Registrar o valor aferido na ficha de APH do paciente.

CONSIDERAÇÕES GERAIS

- As artérias nas quais podem ser verificados os pulsos são: radiais (mais utilizadas), carotídeas, femorais (mais calibrosas e sempre as de escolha numa emergência), braquiais (indicadas em pediatria), poplítea e pediosa.
- O pulso deve ser avaliado quanto à frequência, ritmo e amplitude.
- Valores de referência quanto à frequência, ritmo e amplitude.
- Valores de referência quanto à frequência do pulso.

Idade	Frequência cardíaca normal (bpm)
Lactentes	120-160
Crianças até 3 anos	90-140
Pré-escolares	80-110
Escolares	75-100
Adolescentes	60-90
Adultos	60-100

- A frequência do pulso também pode variar de acordo com sexo, esforço, biótipo, emoções, sono, alguns fármacos, entre outros.
- Quanto ao ritmo, o pulso pode ser classificado como regular (rítmico) ou irregular (arritmico).

- A força ou amplitude do pulso reflete o volume de sangue ejetado contra a parede arterial a cada contração cardíaca, podendo ser graduada ou descrita como:

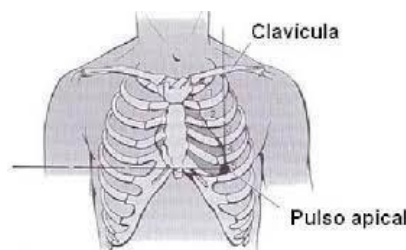
- ✓ Pulso ausente – ausência de batimentos cardíacos (Parada cardiorrespiratória), se pulso central, ou, obstrução arterial, se pulso periférico.
- ✓ Pulso não palpável – pulso com impossibilidade de ser aferido perifericamente.
- ✓ Pulso fraco ou filiforme - difícil de sentir, facilmente obliterado por leve pressão digital.
- ✓ Pulso normal – facilmente palpável, obliterado por pressão digital forte;
- ✓ Pulso célere- prontamente palpável, forte, não obliterado facilmente por pressão digital.

- Terminologia utilizada na avaliação do pulso:

- ✓ Normocardia: frequência normal;
- ✓ Bradicardia: frequência abaixo do normal;
- ✓ Taquicardia: frequência acima do normal;
- ✓ Bradisfigmia: pulso fino e bradicárdico;
- ✓ Taquisfigmia: pulso fino e taquicárdico;
- ✓ Dicrotíco- impressão de dois batimentos;

- Nunca utilizar o dedo polegar para verificar o pulso, para evitar confundir sua pulsação com a do cliente.

- A aferição da frequência apical deve ser realizada sobre o ápice do coração, na altura do 5º espaço intercostal (ponto de impulso máximo) no hemitórax esquerdo, com o auxílio do estetoscópio.



- Frequência ápico-radial é a quantidade de sons ouvidos no ápice cardíaco e os batimentos do pulso radial, durante o mesmo tempo.



**SAMU
192**

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

NEP CISTRI
Núcleo de Educação Permanente

- Na verificação do pulso, orienta-se não considerar os valores de frequência cardíaca demonstrado nos monitores cardíacos, visto que, apesar de sua grande correlação clínica, pode haver equívocos decorrentes de arritmias ventriculares e/ou baixa amplitude dos traçados eletrocardiográficos (deflexão positiva e negativa das ondas) que provocam divergências dos valores de pulso e da frequência cardíaca.

- Orienta-se examinar o pulso da artéria contralateral, pois a desigualdade dos pulsos pode identificar lesões anatômicas ou pequenas diferenças na circulação periférica.

RESPONSABILIDADES DA EQUIPE DE USB:

- Reconhecer os sinais de gravidade descritos nos protocolos e informar **IMEDIATAMENTE** à Regulação que indicará o local do deslocamento.
- Caso desloque antes de terminar a avaliação, deverá finalizá-la dentro da Unidade de Saúde para completar a ficha de atendimento.

OBS.: Por se tratar de uma equipe de USB, sem o médico na cena, o objetivo principal do atendimento é reconhecer possíveis **SINAIS DE ALARME** e deslocar o paciente o mais rápido possível, conforme já descrito acima.

Em casos de médicos dos municípios tripulando a ambulância, orientá-los a preencher o “**CHECK LIST DO TRANSPORTE SEGURO**”.

ANTES DE ENCERRAR A OCORRÊNCIA:

EQUIPE DE ATENDIMENTO:

- Deve enviar ao médico regulador todos os medicamentos e materiais utilizados através do J16 e preencher completamente e corretamente os relatórios de atendimento escritos, além de enviar um resumo do caso pelo Tablet.

MÉDICO REGULADOR:

- Deve cobrar o J16 e o relato da ocorrência pelo Tablet, caso a equipe não informe.



SAMU
192

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

NEP CISTRI
Núcleo de Educação Permanente

CM08 – AFERIÇÃO DE FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA

OBJETIVO:

- Verificar a frequência respiratória, identificando qualquer anormalidade.
- Auxiliar no diagnóstico de doenças respiratórias.
- Constatar alterações clínicas.
- Acompanhar a evolução da doença.

MATERIAIS NECESSÁRIOS:

- 01 relógio com ponteiros de segundos.
- 01 par de luvas de procedimento, se necessário

DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES

- Calçar luvas de procedimento, se necessário.
- Posicionar se possível o antebraço apoiado no tórax ou ao longo do corpo.
- Colocar a mão no pulso no paciente, a fim de disfarçar a observação. Para bebês e crianças pode ser útil colocar a mão sobre o abdome para verificar a frequência respiratória.
- Solicitar ao cliente que permaneça em silêncio, se o paciente estiver agitado solicitar ajuda para que a aferição fique o mais perto possível do correto.
- Manter o cliente distraído, não deixando que o mesmo perceba que sua respiração está sendo contada, pois pode causar-lhe ansiedade e alterações voluntárias durante a medição.
- Observar os movimentos de abaixamento e elevação do tórax. Os dois movimentos (inspiração e expiração) somam um movimento respiratório.
- Contar a frequência respiratória, observando o movimento do tórax, por um minuto, acompanhando com o relógio.
- Observar as demais características da respiração e estado geral do cliente.

- Fazer as anotações no J14 e posteriormente na ficha de APH.

ANOTAÇÕES

- Observar o padrão respiratório quanto a frequência, ritmo e som, comunicar qualquer alteração da normalidade via Tablet ou por ligação para o médico regulador.
- Caso haja atendimento para paciente em oxigenoterapia, comunicar a regulação se há a utilização de cateter nasal, máscara e o volume de oxigênio utilizado por minuto. Seguir a orientação médica da regulação para o transporte.

CONSIDERAÇÕES GERAIS

- A respiração é a troca de gases (oxigênio e gás carbônico) efetuada entre o organismo e o meio externo.
- Orienta-se avaliar a respiração logo após a aferição do pulso.
- Se o paciente estiver comunicando verbalmente, orientar que não converse durante o procedimento. Faça um levantamento dos fatores que podem afetar a frequência respiratória (dor, atividade física, febre e doenças respiratórias).
- No homem a respiração é predominantemente do tipo abdominal e na mulher do tipo torácica.
- Parâmetros normais da frequência respiratória segundo a faixa etária:

Faixa etária	Frequência respiratória (irpm)
Recém nascidos	30-60
Lactentes	30-60
Pré-escolares (2 anos)	25-32
Crianças	20-35
Adultos	16-40



**SAMU
192**

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

NEP CISTRI
Núcleo de Educação Permanente

- Terminologia utilizada na avaliação do padrão respiratório:

- ✓ Eupneia: frequência e ritmo respiratórios normais.
- ✓ Dispneia: dificuldade respiratória que pode vir acompanhada de frequência respiratória, batimento de asas de nariz, respiração ruidosa e retração intercostal.
- ✓ Bradipneia: respirações lentas e regulares de igual profundidade.
- ✓ Taquipneia: respirações rápidas e regulares de igual profundidade.
- ✓ Apneia: ausência, periódica ou contínua, dos movimentos respiratórios.
- ✓ Hiperventilação: aumento da frequência e da profundidade da respiração.
- ✓ Hipoventilação: diminuição da frequência e da profundidade da respiração.

RESPONSABILIDADE DA EQUIPE DE USB:

- Reconhecer os sinais de gravidade descritos neste POP e informar **IMEDIATAMENTE** à Regulação que indicará o local do deslocamento.
- Caso desloque antes de terminar a avaliação, deverá finalizá-la dentro da Unidade de Saúde para completar a ficha de atendimento.

OBS.: Por se tratar de uma equipe de USB, sem o médico na cena, o objetivo principal do atendimento é reconhecer possíveis **SINAIS DE ALARME** e deslocar o paciente o mais rápido possível, conforme já descrito acima.

ANTES DE ENCERRAR A OCORRÊNCIA:

EQUIPE DE ATENDIMENTO:

- Deve enviar ao médico regulador todos os medicamentos e materiais utilizados através do J16 e preencher completamente e corretamente os relatórios de atendimento escritos, além de enviar um resumo do caso pelo Tablet.

MÉDICO REGULADOR:

- Deve cobrar o J16 e o relato da ocorrência pelo Tablet, caso a equipe não informe.

CM 09 – AFERIÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL

OBJETIVO:

- Auxiliar no diagnóstico e tratamento do paciente.
- Reconhecer qualquer variação anormal.
- Avaliar a resposta da pressão arterial às terapias medicamentosas.

CONDIÇÕES/ MATERIAIS NECESSÁRIOS:

- 01 estetoscópio;
- 01 esfigmomanômetro manual ou digital adequado ao tamanho do paciente;
- Ficha de APH
- Álcool 70%
- Bolas de algodão
- 01 par de luvas de procedimento

DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES:

- Fazer desinfecção do esfigmomanômetro e do estetoscópio com algodão embebido com álcool 70% antes do atendimento.
- Explicar o procedimento ao paciente.
- Calçar luvas de procedimento (se necessário).
- Posicionar o paciente deitado com o braço ao longo do corpo, se for possível, ou sentado com o braço mantido ao nível do coração.
- Expor o braço em que será realizada a aferição.
- Ajustar o manguito ao braço do paciente, mantendo-o aproximadamente 2 a 3 cm acima do cotovelo (fossa anticubital). O centro do manguito deve estar apoiado sobre o terço médio do braço (a maioria dos manguitos apresenta uma seta que deve ser posicionada sobre a artéria braquial).



**SAMU
192**

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

NEP CISTRI
Núcleo de Educação Permanente

Aferição da Pressão arterial não invasiva (com esfigmomanômetro manual):

- Manter o manômetro à sua frente em posição de leitura.
- Colocar o estetoscópio nos ouvidos.
- Localizar a artéria braquial e posicionar o diafragma do estetoscópio diretamente sobre ela.
- Palpar a artéria radial, fechar a válvula da pêra de borracha do esfigmomanômetro e insuflar o manguito até o desaparecimento do pulso radial, registrando o valor e aumentando a insuflação mais 30mmHg.
- Abrir lentamente a válvula da pêra de borracha e fazer a leitura do primeiro batimento (pressão sistólica) e do último batimento (pressão diastólica), auscultando os sons de Korotkoff.
- Desinsuflar totalmente o manguito, abrindo a válvula.
- Retirar o manguito do braço do paciente.
- Anotar na ficha de APH e passar valores pelo J14

AÇÕES DE ANORMALIDADE:

- Alterações nos valores da pressão arterial e sintomatologia apresentada pelo paciente: Comunicar ao médico da regulação para tomada de condutas pertinentes;
- Ausculta dos batimentos até o ponto zero do manômetro: considerar o valor da pressão diastólica a mudança da terceira para a quarta fase de Korotkoff (abafamento do som).
- Pacientes com membros superiores impossibilitados de aferição: nestes casos, pode-se aferir a pressão nos antebraços (tomando-se as artérias radiais como referência), nas coxas (utilizando-se as artérias poplíteas) ou nas pernas (utilizando-se as artérias pediosas), lembrando que a interpretação dos valores deverá ser adequada ao membro no qual foi aferida a pressão.
- Problemas com os aparelhos de aferição da PA: Comunicar a coordenação de enfermagem e à regulação médica para tomada de condutas pertinentes.
- Obter de forma correta os valores da pressão arterial.
- Reconhecer qualquer variação anormal da pressão arterial.

- Os valores que permitem classificar os indivíduos adultos acima de 18 anos, de acordo com os níveis de pressão arterial estão na tabela abaixo:

Classificação	Pressão sistólica (mmHg)	Pressão diastólica (mmHg)
Ótima	< 120	< 80
Normal	≤ 120	≤ 80
Pré-hipertensão	121-139	81-89
Hipertensão estágio 1	140-159	90-99
Hipertensão estágio 2	160-179	100-109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110
Hipertensão sistólica isolada	≥ 140	< 90

- Terminologia utilizada:

- ✓ Normotenso: pressão arterial normal;
- ✓ Hipertensão: pressão arterial elevada;
- ✓ Hipotensão: pressão arterial baixa;
- ✓ Pressão convergente: quando a pressão arterial sistólica e a diastólica se aproximam;
- ✓ Pressão divergente: quando a pressão arterial sistólica e a diastólica se distanciam;
- ✓ Pressão sistólica isolada: pressão sistólica maior que 140mmHg e diastólica menos que 80mmHg.

- Para aferição da PA em monitores eletrônicos ou digitais (monitores multiparâmetros), as orientações de uso são as mesmas dos aparelhos manuais. Porém recomenda-se confirmar a precisão do aparelho eletrônico comparando os resultados de aferição com os de um aparelho manual calibrado. A aferição e comparação dos valores devem ocorrer no mesmo membro e nas mesmas condições para ambos os aparelhos. Caso haja divergência de valores entre os aparelhos de aferição da PA, recomenda-se optar pela avaliação manual.

- Na aferição da PA com aparelho eletrônico (ou multiparâmetro), orienta-se ajustar os alarmes do aparelho de acordo com a condição clínica do paciente, atentando-se para adequados valores de PA sistólica, PA diastólica, de Pressão Arterial Média (PAM) e dos tempos para a reavaliação periódica de aferição dos níveis pressóricos.



**SAMU
192**

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

NEP CISTRI
Núcleo de Emergência Resolutiva

RESPONSABILIDADE DA EQUIPE DE USB:

- Reconhecer os sinais de gravidade descritos neste POP e informar **IMEDIATAMENTE** à Regulação que indicará o local do deslocamento.
- Caso desloque antes de terminar a avaliação, deverá finalizá-la dentro da Unidade de Saúde para completar a ficha de atendimento.

OBS.: Por se tratar de uma equipe de USB, sem o médico na cena, o objetivo principal do atendimento é reconhecer possíveis **SINAIS DE ALARME** e deslocar o paciente o mais rápido possível, conforme já descrito acima.

ANTES DE ENCERRAR A OCORRÊNCIA:

EQUIPE DE ATENDIMENTO:

- Deve enviar ao médico regulador todos os medicamentos e materiais utilizados através do J16 e preencher completamente e corretamente os relatórios de atendimento escritos, além de enviar um resumo do caso pelo Tablet.

MÉDICO REGULADOR:

- Deve cobrar o J16 e o relato da ocorrência pelo Tablet, caso a equipe não informe.



**SAMU
192**

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

NEP CISTRI
Núcleo de Educação Permanente

CM 10 – TRICOTOMIA

OBJETIVO:

- Facilitar a aderência de curativos e eletrodos;
- Permitir a realização de procedimentos diagnósticos e cirúrgicos.

MATERIAIS NECESSÁRIOS:

- 01 Aparelho de barbear;
- Sabonete líquido;
- 03 compressas não estéreis;
- 03 bolas de algodão;
- 01 saco plástico para lixo;
- 01 par de luvas de procedimento;
- 01 tesoura, se necessário

DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES

- Se possível dispor de um saco de lixo próximo da vítima para descartar os pelos.
- Calçar luvas de procedimento.
- Expor somente a área a ser tricotomizada.
- Examinar a pele, verificando sua integridade.
- Cortar os pelos longos com a tesoura, se necessário, e desprezá-los no saco de lixo.
- Umedecer as bolas de algodão com sabonete líquido.
- Ensaboar a região com movimentos circulares.
- Desprezar as bolas de algodão com sabonete líquido.
- Ensaboar a região com movimentos circulares.



**SAMU
192**

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

NEP CISTRI
Núcleo de Educação Permanente

- Desprezar as bolas de algodão no saco plástico para lixo.
- Esticar a pele com uma tração suave em direção oposto à raspagem, e, com a outra mão, raspar os pelos ensaboados, no sentido de sua inserção, com movimentos firmes e regulares;
- Limpar o excesso de pelos com compressa embebida em água ou soro.
- Repetir todo o procedimento até remover totalmente os pelos da área;

AÇÕES NA ANORMALIDADE

- **Lesões causadas durante o procedimento:** conter sangramento, realizar curativo fazendo a limpeza com soro fisiológico.

RESULTADOS ESPERADOS

- Visualização do campo operatório.
- Facilidade para fixação de eletrodos e se necessário em casos de curativos;
- Ausência de lesões provocadas durante procedimento.
- Facilidade na realização de procedimentos diagnósticos e cirúrgicos.

CONSIDERAÇÕES GERAIS

- Deve-se cuidar para não lesar a pele do cliente durante o procedimento, observando as saliências ósseas, evitando expô-lo ao risco de infecção.

TR01 – AVALIAÇÃO DA CINEMÁTICA DO TRAUMA (PADRÃO BÁSICO DE LESÕES)

OBJETIVO

- Relacionar os princípios e padrões da biomecânica do trauma à suspeição de lesões específicas, antecipando o diagnóstico e facilitando a tomada de decisões.

TRAUMA CONTUSO

ACIDENTES AUTOMOBILÍSTICOS

- Considerar: direção do impacto, dano externo ao veículo (tipo e gravidade) e danos internos (intrusão do compartimento interno do carro, deformação do volante, quebra do para-brisa em “alvo” ou “olho de boi”, impactos do joelho contra o painel).
- Mecanismos envolvidos: **cisalhamento** (aceleração e desaceleração) levando a separação de estruturas ou órgãos; **compressão** por pressão direta sobre estrutura ou órgão.
- Considerar a colisão do veículo contra outro objeto ou veículo, o impacto da vítima no interior do compartimento interno do carro e por fim o impacto das estruturas ou órgãos dentro do corpo. Vamos considerar a seguir situações em que não se usou dispositivos de segurança (cinto de segurança, *airbags*, sistemas de restrição).

Tipos de colisões:

Impacto Frontal: a intensidade da deformidade na frente do carro indica a velocidade estimada.

Quanto maior a velocidade, maior a transferência de energia e com isso maior risco de lesões graves nos ocupantes.

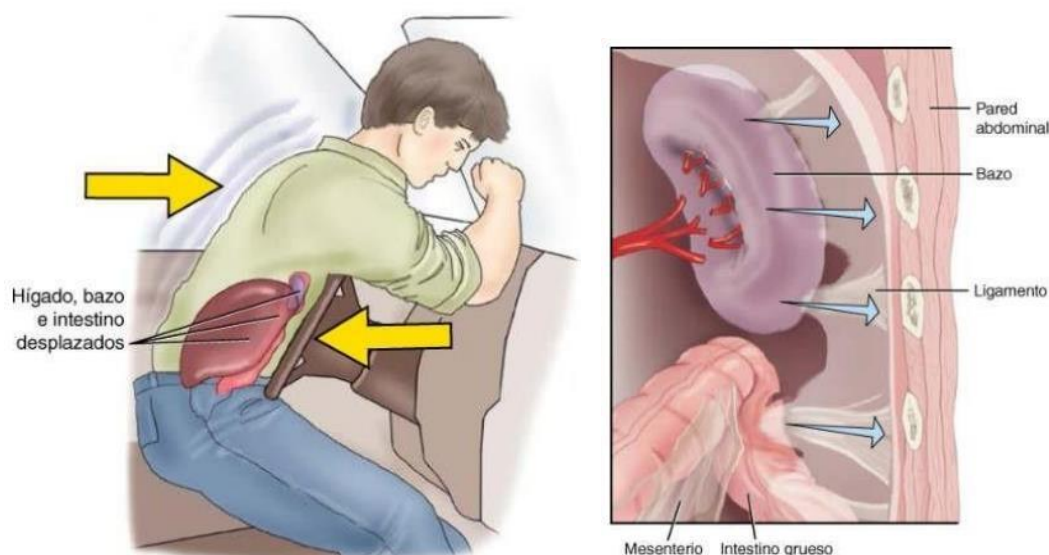
A inércia do movimento leva a vítima para frente, com impacto direto contra o volante, podendo o corpo se movimentar superior ou inferiormente.

Na trajetória para cima, a cabeça colide contra o pára-brisa. A coluna cervical absorve a energia. O tórax ou abdome colidem contra o volante.

Possíveis lesões:

IMPACTO FRONTAL DE CARRO COM MOVIMENTO PARA CIMA

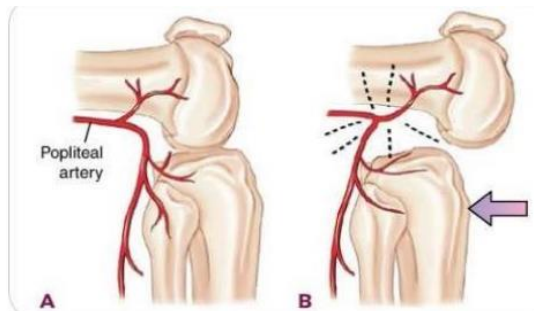
Cabeça	- Fratura de calota com afundamento - Hematomas intracranianos - Lesão axonal difusa
Coluna cervical	- Compressão e esmagamento dos corpos vertebrais, hiperextensão e hiperflexão associadas a fraturas instáveis
Tórax	- Contusão pulmonar, fraturas de costela e hemopneumotórax - Fratura de esterno e contusão de miocárdio - Ruptura de aorta na transição arco-descendente
Abdome	- Cisalhamento de rins, fígado e baço - Compressão de órgãos maciços - Ruptura de órgãos ocos - Lesão de diafragma por hiperpressão



Quando a vítima se desloca para baixo na colisão frontal, a face vai de encontro ao volante e os joelhos colidem contra o painel. O pé pode se torcer se estiver apoiado no assoalho ou pedal e se o joelho estiver estirado pode haver fratura de tornozelo.

IMPACTO FRONTAL DE CARRO COM MOVIMENTO PARA BAIXO

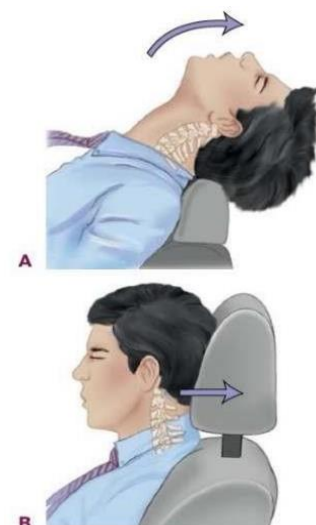
Face	- Fratura de face
Membros inferiores	- Luxação do joelho com ruptura de ligamentos e lesão de artéria poplítea - Fratura de diáfise de fêmur ou luxação coxofemoral posterior



Impacto Posterior: Quando o impacto de um veículo “projétil” contra um veículo “alvo” transfere a energia do primeiro ao segundo e há dano em ambos.

Quanto maior a diferença de velocidade maior a energia causando dano.

Os ocupantes são movidos para frente, sendo o tronco acelerado pela parte de trás do assento e, se o descanso de cabeça estiver incorretamente posicionado, o pescoço sofre hiperextensão.



Impacto Lateral (por ex., colisão em cruzamentos em “T”): O veículo “alvo” é impulsionado pelo impacto na direção oposta. A lateral do veículo é empurrada contra o ocupante.

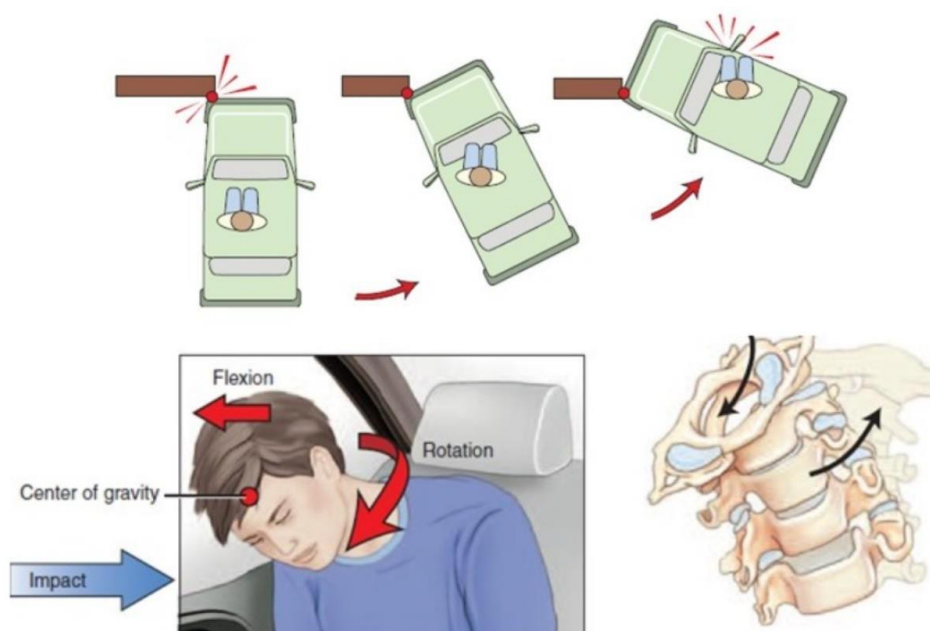
Lesões esperadas:

IMPACTO LATERAL DE CARRO	
Cabeça	- Impacto contra a porta
Coluna cervical	- Flexão lateral e rotação com compressão ipsilateral e distração (abertura) do lado contralateral, com fraturas e luxações
Clavícula	- Fratura pela compressão contra o ombro
Tórax	- Contusão pulmonar, fraturas de costelas – Pneumotórax por hiperpressão - Ruptura de aorta por cisalhamento
Abdome	- Lesão de fígado ou baço
Pelve/Fêmur	- Fratura de pelve (ramos e asa do íliaco) – Luxação coxofemoral



Impacto Rotacional: ocorrem quando um lado do carro colide contra um objeto fixo, o canto de outro veículo ou um veículo mais lento.

Com isso, o canto do carro que colide para e o restante do veículo continua o movimento, fazendo a rotação. As lesões esperadas são uma combinação do impacto frontal e lateral. As lesões mais graves ocorrem na ocupante mais próximo do ponto de impacto.



Capotamento: o veículo pode receber impactos múltiplos e em diferentes ângulos. As lesões por cisalhamento são frequentes. Se a vítima estiver sem contenção, a ejeção do veículo é comum e seu corpo pode ser esmagado pelo carro, a mortalidade é próxima a 80% nestes casos.



Sistemas de Proteção e Restrição dos Ocupantes:

Nos padrões de trauma descritos acima, assumiu-se que as vítimas não estavam contidas. O uso adequado do cinto de segurança reduz consideravelmente a probabilidade de lesões graves, porém seu uso inadequado pode não proteger e até mesmo causar algumas lesões:

LESÕES POR USO INADEQUADO DE CINTO DE SEGURANÇA

Cinto frouxo ou posicionado acima da pelve	- Lesão por compressão de órgãos intra-abdominais sólidos.
Cinto de duas pontas	- Ruptura diafragmática. - Compressão anterior da coluna lombar.

Airbags - são dispositivos eficientes no amortecimento da energia, extremamente eficazes na primeira colisão de impactos frontais e quase frontais, mas desinflam imediatamente após o impacto e assim não são eficazes em colisões de impacto múltiplos ou traseiros. *Airbags* laterais adicionam proteção aos ocupantes.

Os *airbags* no banco do passageiro dianteiro têm se mostrado perigosos para crianças e jovens, especialmente quando são colocadas em posições erradas no banco da frente ou em cadeirinhas infantis mal instaladas. Menores de 12 anos devem usar sempre equipamentos de segurança adequados para o seu tamanho e devem estar no banco de trás.

Lesões por *airbags* incluem:

LESÕES POR AIRBAGS

- Abrasões de braços, tórax e face
- Lesões por uso de óculos
- Corpo estranho em olhos
- Morte de bebês em cadeirinha no banco da frente

ACIDENTES MOTOCICLISTICO

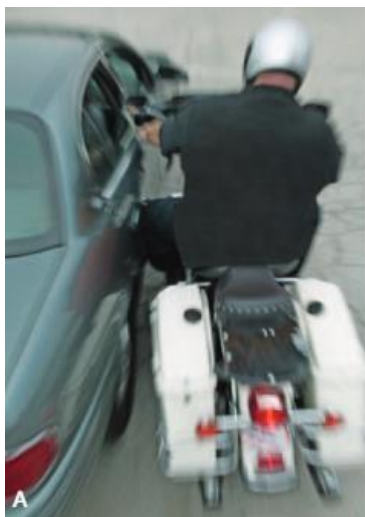
Impacto Frontal: a motocicleta tende a se inclinar para frente e a vítima colide contra o guidão. Podem haver lesões em cabeça, tórax, abdome ou pelve, dependendo de qual parte choca o guidão ou outro objeto.

A diáfise do fêmur médio absorve a energia do movimento dianteiro quando os pés do motociclista permanecem nos pedais da motocicleta e as coxas atingirem o guidão, resultando em fraturas bilaterais do fêmur.

O impacto da pelve sobre o guidão pode causar lesões ósseas ou ligamentares que podem afetar a sínfise púbica, enquanto o anel pélvico posterior abre como um livro (lesão em “livro aberto”), causando hemorragia intrapélvica que ameaça a vida - a aplicação imediata de uma cinta pélvica é uma medida que salva vidas nestes casos.



Impacto Angular: Ao atingir um objeto em um determinado ângulo, a motocicleta vai cair contra o motociclista ou fazer com que o piloto seja esmagado entre a motocicleta e o objeto que ele bateu. Possíveis lesões incluem fraturas e lesões extensas de tecidos moles nos membros superiores ou inferiores e lesões nos órgãos abdominais.

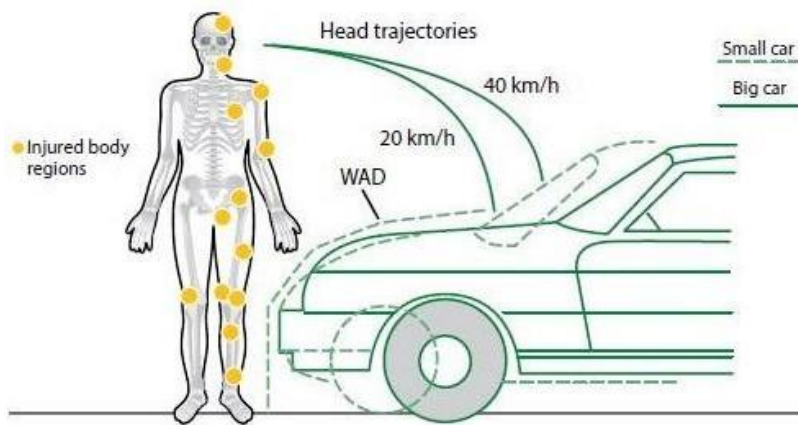


Ejeção da Motocicleta: A falta de restrição permite que o motociclista seja arremessado podendo atingir o solo ou outro objeto, causando lesões potencialmente graves no ponto de impacto, irradiando para o restante do corpo conforme a energia é absorvida.

ATROPELAMENTO:

- As lesões causadas por atropelamento dependem da altura e peso da vítima e altura do veículo. Em geral, o choque ocorre contra a lateral no adulto tentando escapar do veículo, enquanto a criança recebe o impacto frontal. O impacto inicial ocorre geralmente entre o para-choques e o membro inferior (acima dos joelhos) ou na pelve (na criança). O segundo impacto é entre o capô do carro e o tórax da vítima. O crânio colide contra a parte superior do capô ou pára-brisa e a vítima é atirada longe do veículo. O pedestre pode cair no chão, com possível trauma na coluna cervical. Já a criança, pode ser arrastada, ficando com uma parte do corpo sob a frente do veículo.

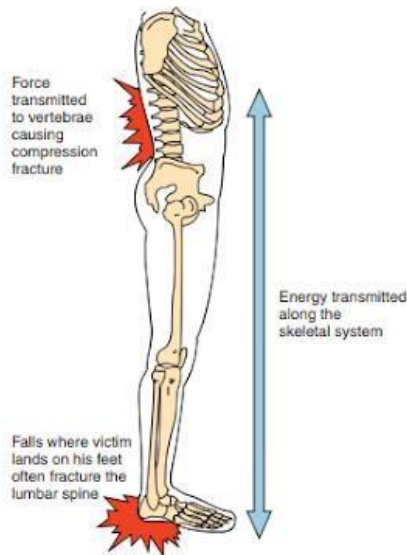




QUEDAS:

- É importante estimar a altura da queda, superfície onde a vítima caiu e a parte do corpo que sofreu impacto primeiro.
- Em adultos, quedas de mais de 6 metros e em crianças duas a três vezes a altura da criança estão associadas a lesões graves.
- Em idosos a principal causa de trauma são as quedas de própria altura, geralmente associadas a TCE e fratura de pelve e fêmur, com elevada morbidade.
- Quedas sobre os pés (Síndrome de *Don Juan*) são associadas a fraturas bilaterais de calcâneo, fraturas por cisalhamento dos tornozelos e fraturas distais de fíbula e tíbia.
- Depois que os pés aterrissam e param o movimento, as pernas são a próxima parte do corpo a absorver energia. Podem resultar em fraturas de platô tibial, fêmur e pelve.

- O corpo é comprimido pelo peso da cabeça e do tronco, que ainda estão em movimento, causando fraturas de compressão da coluna toracolombar. Se a queda for para frente, com as mãos esticadas, o resultado pode ser fraturas de um ou ambos os punhos.



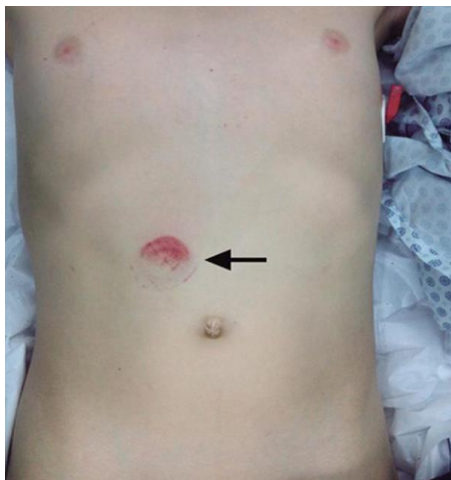
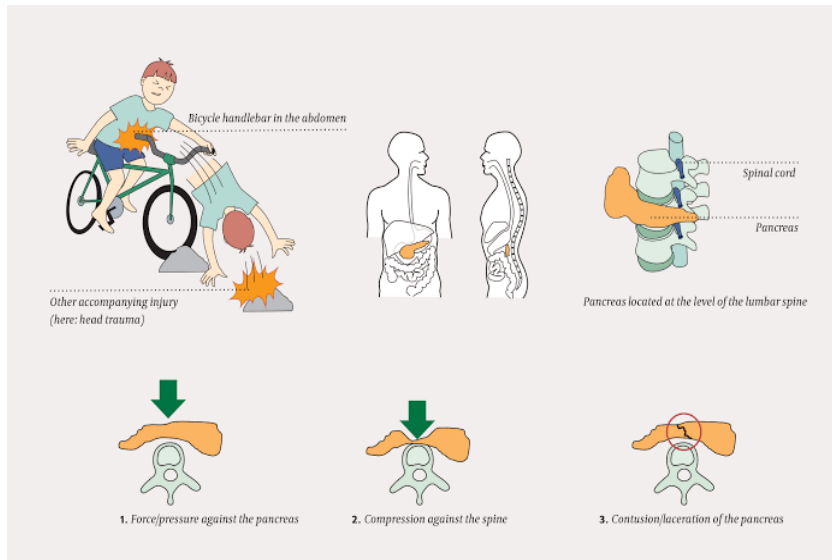
Nas quedas sobre a cabeça, por exemplo no mergulho em águas rasas, o peso e força do tronco, pelve e membros inferiores comprimem a cabeça e a coluna cervical, podendo causar fraturas.



ACIDENTES DE BICICLETA:

- São uma das causas mais comuns de trauma em crianças. O mecanismo pode envolver a ejeção com trauma craniano ou o impacto contra uma parte da bicicleta, principalmente o guidão.
- Um trauma direto sobre o abdome pode levar a lesões de baço, fígado, intestinos (em especial duodeno) e pâncreas.
- No corpo da criança, as forças são transmitidas com maior facilidade através da parede abdominal e existe maior superfície relativa de órgãos sólidos (baço e fígado).

- Os sinais clínicos de uma lesão de duodeno e/ou pâncreas podem incluir: tatuagem traumática pelo guidão, sinal de Cullen (equimose periumbilical) e de Grey Turner (equimose em flanco)



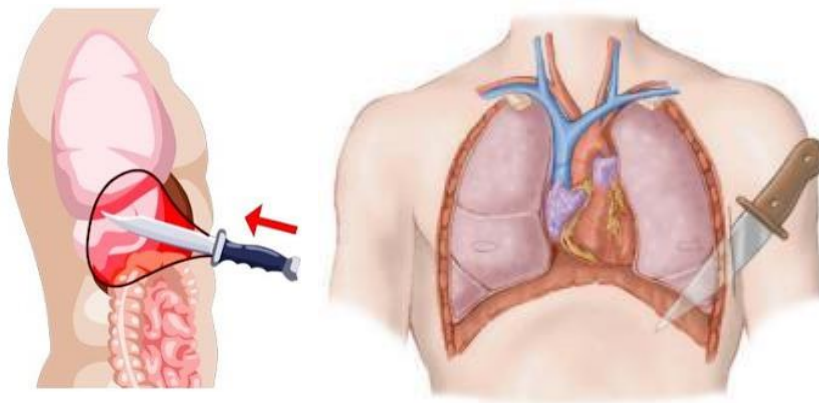
FERIMENTOS PENETRANTES:

Arma Branca: como são lesões de baixa velocidade, geralmente estão associadas a menor trauma secundários, sendo previsível a trajetória da arma no corpo. Se foi removida, o socorrista deve tentar identificar o tipo de arma usada. O sexo do agressor é um fator importante na determinação da trajetória de uma faca. Homens tendem a segurar a lâmina no lado do polegar e fazer movimento para cima ou para dentro, enquanto as mulheres tendem a segurar a lâmina no lado do dedo mínimo e fazer movimentos para baixo.



Quando o agressor gira a faca dentro da vítima (cone de lesão), o orifício externo pode dar uma falsa sensação de menor gravidade da lesão.

Deve-se considerar sempre a possibilidade de lesões associadas, especialmente na transição toracoabdominal transfixando o diafragma.



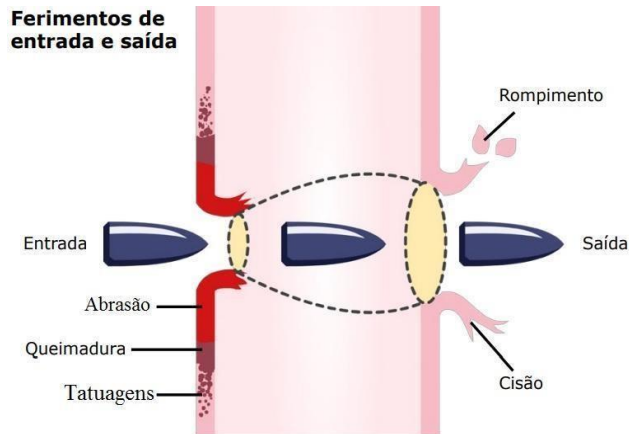
Arma de Fogo: podem ser divididas em média e alta energia. Armas de média energia incluem pistolas e alguns rifles com velocidade de boca de 300m/s. A cavidade temporal criada por esta arma é de 3 a 5 vezes o calibre da bala. Armas de alta energia têm velocidade de boca superior a 600m/s. Elas criam uma cavidade temporária que é 25 ou mais vezes o calibre da bala. À medida que a quantidade de pólvora no cartucho e o tamanho da bala aumentam, aumenta a velocidade e a massa da bala e, consequentemente, sua energia cinética. Deve ser considerado ainda o perfil, rolamento e fragmentação. O perfil é o tamanho inicial do projétil e se esse tamanho se altera (expande) ao colidir contra a pele. O rolamento se trata da rotação do projétil dentro do corpo, aumentando a lesão. A fragmentação é a quebra do projétil ao deixar a arma e ao entrar em contato com a vítima. Outra consideração ao prever o dano de um ferimento por arma de fogo é o alcance ou distância de onde foi disparada. A resistência ao ar retarda a bala; como resultado, o aumento da distância diminui a energia no momento do impacto e resulta em menos lesões. Os danos se tornam significativamente maiores

quando se combina uma arma de alta energia com fragmentação. Se o projétil se fragmentar no impacto (muitos não o fazem), o local de entrada inicial pode ser muito grande e causar lesões graves em partes moles. Mas se a bala se fragmentar somente ao atingir um osso, uma grande cavitação ocorre neste ponto de impacto e os fragmentos ósseos se tornam parte do componente do dano. Isso resulta em destruição significativa de ossos, órgãos e vasos próximos.

A identificação dos orifícios de entrada e saída permite estimar a trajetória e quais possíveis estruturas anatômicas lesadas. O conhecimento da posição da vítima e do agressor no momento do disparo também auxiliam. Determinar se o projétil cruzou a linha média ajuda a prever lesões mais graves.

PADRÕES DOS ORIFÍCIOS POR PROJÉTEL DE ARMA DE FOGO

Orifício de entrada	- Redondo ou oval; - Área de abrasão (rósea) de 1 a 2mm; - Crepitações à palpação (disparo a “queima-roupa”); - Queimadura de pele (disparo a 5 a 7cm); - Fumaça aderida à pele (disparo a 5 a 15cm); - “Tatuagens” de 1-2mm (disparo a 25cm)
Orifício de saída	- Estrelado (rompimento e cisão da pele); - Sem abrasões.



EXPLOSÕES:

- Associadas a mecanismos múltiplos de lesões, classificadas como primárias, secundárias, terciárias, quaternárias e quinárias.

A energia resultante de uma explosão pode ser cinética e térmica pela onda de choque, cinética pelos fragmentos do próprio dispositivo ou detritos do meio e eletromagnética.

A forma mais comum de lesão primária de explosão é a ruptura da membrana timpânica. A próxima lesão principal ocorre (pressão > 40 psi ou 276 kPa) lesões pulmonares, ou seja, contusão, pneumotórax, embolia aérea, enfisema intersticial e subcutânea e pneumomediastino.

A frente de choque da onda de choque se dissipa rapidamente e é seguida pelo vento, que conduz fragmentos para criar múltiplas feridas penetrantes.

O vento também impulsiona a vítima contra grandes objetos ou em direção a superfícies duras, causando contusões (explosão terciária). Esta categoria de lesão inclui lesões por esmagamento causadas por colapso estrutural.

Lesões quaternárias são aquelas produzidas pelo calor, chamas, gás e fumaça gerados durante as explosões, incluindo queimaduras, lesões por inalação e sufocamento.

Lesões quinárias ocorrem quando bactérias, materiais químicos ou radioativos são liberados pelo explosivo.

LESÕES PROVOCADAS POR EXPLOSÕES

Primária	- Contato da onda de choque com o corpo - Onda de estresse e cisalhamento - Reforço/reflexão das ondas em interfaces de densidade tecidual - Órgãos que contém gás são mais susceptíveis (pulmões, ouvido médio, tubo digestivo)	- Ruptura de membrana timpânica - Barotrauma/Contusão pulmonar - Concussão - Lesões oculares
Secundária	- Lesões por fragmentos do explosivo, fragmentos ambientais (vidro, etc) acelerados pela explosão - Risco de lesão se estende além da onda de choque	- Lesões penetrantes - Amputações - Lacerações
Terciária	- Vítima é jogada pelo vento da onda de impacto contra a superfície ou objetos fixos - Lesões por esmagamento (colapso de edifícios)	- Lesões contundentes - Síndrome de esmagamento - Síndrome compartimental
Quaternária	- Outros ferimentos, queimaduras, intoxicações ou doenças causadas pela explosão	- Queimaduras - Lesão por inalação
Quinária	- Lesões resultantes de aditivos específicos, como bactérias, químicos ou radiação (bomba suja)	- Radiação - Sepses



SAMU
192

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

NEP CISTRI
Núcleo de Educação Permanente

TR02 – ATENDIMENTO ÀS VÍTIMAS DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OBJETIVO

- Padronizar a conduta e manejo do atendimento às vítimas de acidente de trânsito (politraumatizado) pelas equipes de atendimento, conjuntamente com as orientações dadas pela Central de Regulação.

MÚLTIPLAS VÍTIMAS

No caso de múltiplas vítimas aplicar o protocolo START:



RPM 30 - 2 - OBEDECE ORDENS

Dica rápida canadiEM: Protocolo de triagem para incidente com múltiplas vítimas

Algoritmo de Triagem START



RPM - 30 - 2 - OBEDECE ORDENS

R	Respiração	FR < 30 ipm
P	Perfusão	Enchimento capilar < 2seg
M	Status mental	Obedece ordens

Pacientes com qualquer característica RPM além dos limites estabelecidos pertencem à categoria "Vermelha"

References

Schultz, C., and Koenig, K. (2018). Disaster Preparedness. Rosen's Emergency Medicine: Concepts and Clinical Practice. Ninth Edition.

Credits

Dr. S. Luckett-Gatopoulos wrote the original piece on CanadiEM.

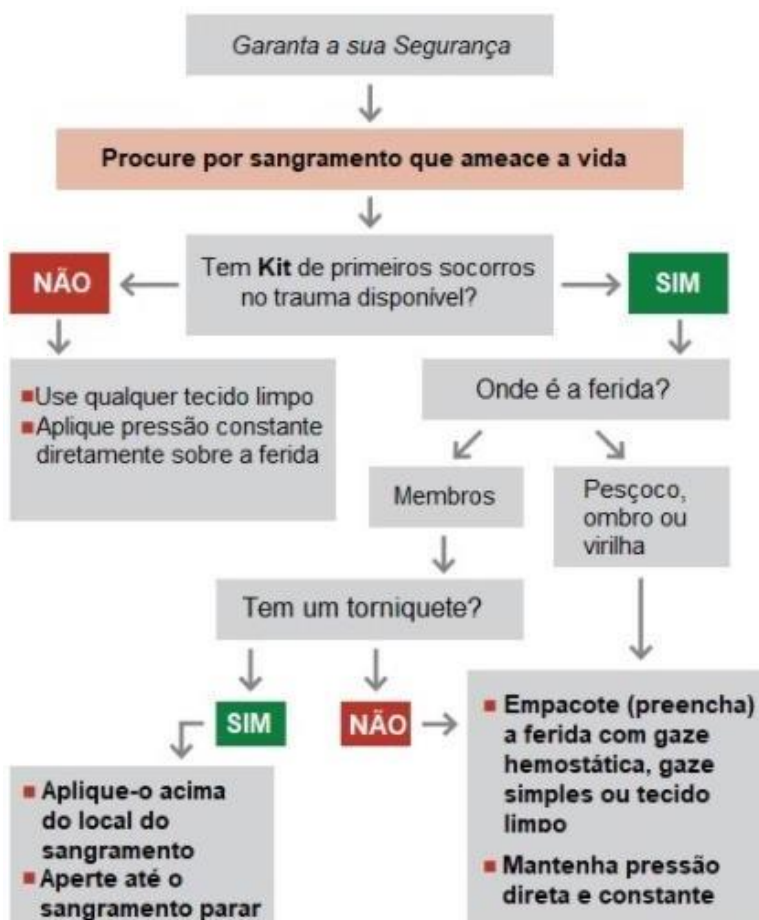
Dr. Mark Woodcroft and Kevin Lam created the infographic for CanadiEM with editing by Dr. Alvin Chin.

Disclaimer: This infographic is not to be used as a source of medical reference or in replacement of clinical judgment. Please refer to the full post on CanadiEM.org

ATENDIMENTO E REANIMAÇÃO INICIAL

X – CONTROLE DE SANGRAMENTO EXSANGUINANTE

- Identifique sangramento externo que ameace a vida (sangue vivo e com fluxo).
- Remova a roupa no local do ferimento e aplique pressão firme e contínua sobre a ferida, se o sangramento parar faça o curativo compressivo no local.
- Nos ferimentos profundos introduza gaze estéril até preencher completamente a ferida e faça o curativo compressivo.
- Nos casos de hemorragia importante em membros, especialmente em lesões arteriais e amputações/quase amputações, aplique torniquete comercial (C.A.T., SOFT, etc) 5 a 7 cm proximal à lesão. Aperte até que o sangramento cesse e anote o horário. Não afrouxe o torniquete até a chegada no Hospital. Não aplicar sobre articulações.
- Ferimentos profundos nas áreas juncionais (raiz da coxa e axila) são melhor tratados com o empacotamento da lesão ou com torniquete juncional.



*Fluxograma *Stop the Bleed*® do Colégio Americano de Cirurgiões



A – VIAS AÉREAS E CONTROLE DA COLUNA CERVICAL

- O paciente deve ser abordado pela frente pelo TÉCNICO DE ENFERMAGEM, realizando imobilização manual da coluna cervical.
- O CONDUTOR SOCORRISTA deve então assumir a coluna cervical se posicionando atrás da cabeça da vítima.
- Solicitar neste momento que o paciente abra a boca e responda a perguntas simples. Atenção à sinais de obstrução de vias aéreas: rouquidão, estridor.
- Realizar a inspeção da face do paciente em busca de sinais de fratura, avaliar a boca em busca de sangramento em orofaringe, presença de corpo estranho ou restos alimentares.
- Colocar o oxímetro de pulso e ofertar oxigênio, sob máscara com reservatório a 10-15l/min (**COM ORIENTAÇÃO DO MÉDICO REGULADOR**), caso $\text{SatO}_2 < 94\%$ ou em todos os traumas graves ou com alteração do nível de consciência.

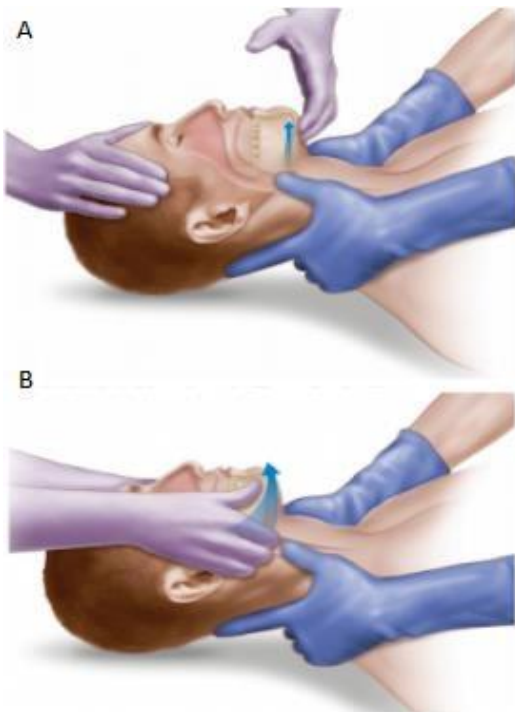


Figura 1 - A, manobra de elevação do mento. B, anteriorização da mandíbula, ambas com proteção da coluna cervical.

Se irresponsivo, realizar as manobras básicas de via aérea: elevação do mento ou anteriorização da mandíbula (sem mobilizar a coluna cervical).

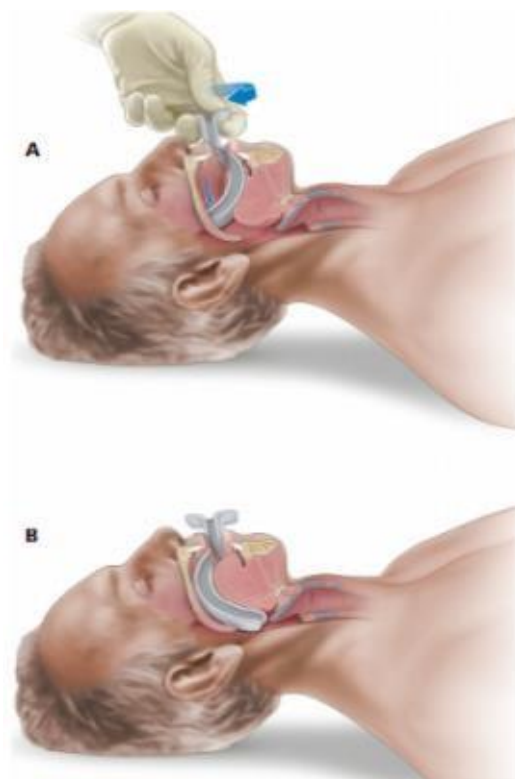


Figura 2 - Inserção da cânula orofaríngea.

Usar dispositivo básico (cânula naso ou orofaríngea) para manter a via aérea pérvia.



**SAMU
192**

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

NEP CISTRI
Núcleo de Educação Permanente

B – RESPIRAÇÃO

O TÉCNICO DE ENFERMAGEM deve avaliar:

- **Frequência respiratória e sinais de hipoxemia**, como agitação e cianose, se não foi avaliada ainda, checar oximetria de pulso;
- Posicionamento da traqueia e presença de turgência jugular, presença de hematomas ou ferimentos cervicais que possam comprometer a ventilação, palpar região cervical anterior em busca de enfisema subcutâneo e crepitação (fratura de laringe);
- Expor o tórax e avaliar a ventilação, simetria de expansibilidade, presença de: sinais de esforço respiratório ou uso de musculatura acessória, ferimentos e tatuagens traumáticas;
- Realizar a palpação de todo o tórax em busca de áreas com dor, crepitação (fraturas de costela e/ou esterno) ou enfisema subcutâneo;
- Realizar percussão no caso de dúvida diagnóstica entre pneumotórax (timpanismo) e hemotórax (macicez);
- Realizar ausculta torácica comparativa;

Se cinemática do trauma sugerir, sempre manter alta suspeição para as lesões torácicas que levam a risco iminente à vida:

PNEUMOTÓRAX HIPERTENSIVO:

Caso haja suspeita de PNEUMOTÓRAX HIPERTENSIVO (turgência jugular, ausência de murmúrio vesicular do lado acometido, percussão hipertimpânica e choque)

PNEUMOTÓRAX ABERTO:

Caso haja suspeita de PNEUMOTÓRAX ABERTO (ferimento com diâmetro maior que $\frac{2}{3}$ do diâmetro da traquéia do doente; ferida aspirativa/soprante; murmúrio reduzido e em geral com sinais de insuficiência respiratória) - realizar curativo de 3 pontas (**SOB ORIENTAÇÃO DO MÉDICO REGULADOR**), ou seja, improvisar com papel alumínio ou filme plástico (da própria embalagem de gazes, por exemplo), fixando com fita três lados do mesmo sobre a ferida.



**SAMU
192**

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

NEP CISTRI
Núcleo de Educação Permanente

HEMOTÓRAX MACIÇO:

Redução importante ou ausência de murmúrio do lado acometido, percussão MACIÇA e choque).

LESÃO DE ÁRVORE TRAQUEOBRÔNQUICA:

Suspeitar quando houver hemoptise, enfisema subcutâneo cervical, cianose e pneumotórax hipertensivo.

TAMPONAMENTO CARDÍACO:

Apesar de fazer parte da avaliação do “C”, pode ser considerado durante o exame do tórax pela tríade de *Beck* que, embora incomum (30% dos casos), traz forte suspeição - turgência jugular bilateral, abafamento de bulhas cardíacas e hipotensão. Deve-se garantir o melhor suporte clínico, com oxigênio em alta concentração, acesso calibroso com infusão de cristalóides **(COM ORIENTAÇÃO DO MÉDICO REGULADOR)** e transferência rápida para centro de trauma.

OBS.: Todos os procedimentos estão descritos detalhadamente no protocolo de trauma torácico.

C – CIRCULAÇÃO COM CONTROLE DA HEMORRAGIA

- Palpar pulsos periféricos (se pulso presente, PAS > 90mmHg), avaliar perfusão periférica - temperatura e coloração da pele, tempo de enchimento capilar. Ansiedade e confusão mental podem indicar choque.



**SAMU
192**

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

NEP CISTRI
Núcleo de Educação Permanente

- Considerar como principal etiologia do choque HEMORRAGIA e classificar:

PARÂMETRO	CLASSE 1	CLASSE 2	CLASSE 3	CLASSE 4
Perda Volêmica	< 750ml (15%)	750ml-1,5L (15-30%)	1,5-2L (31-40%)	>2L (>40%)
FC	NORMAL	>100	>120	>140
PA	NORMAL	NORMAL	BAIXA	BAIXA
FR	NORMAL	NORMAL	ELEVADA	ELEVADA
Glasgow	NORMAL	NORMAL	ALTERADO	ALTERADO

- Buscar fontes de hemorragia: sangramentos externos, hemotórax, hemorragia intra-abdominal, hemorragia retroperitoneal (fratura de pelve) e fratura de ossos longos.

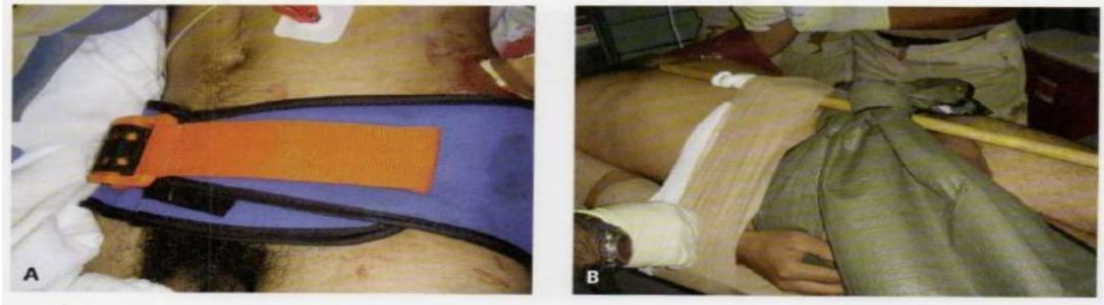
- Realizar avaliação abdominal abreviada: inspeção (feridas corticocontusas, evisceração, hematomas, escoriações e tatuagens traumáticas) e palpação (sinais de defesa e/ou peritonite).

- Palpação de pelve - avaliar sinais de instabilidade.

- Avaliar fraturas de ossos longos, em especial de fêmur.

- Conforme orientado no passo “X”, qualquer sangramento externo deve ser controlado com prioridade, através de compressão direta, empacotamento da ferida ou torniquete. Fraturas expostas devem ser imobilizadas adequadamente para o transporte.

- Se evidências de instabilidade pélvica, aplicar **IMEDIATAMENTE** cinta pélvica (tala fixada com ataduras), ao nível dos trocânteres maiores, aplicando pressão intensa para aproximar as hemipelves. Colocar os membros inferiores em rotação interna.



- Todas fraturas fechadas de ossos longos devem ser realinhadas o mais próximo da posição anatômica e imobilizadas. **SEMPRE** checar perfusão, pulso e presença de alterações sensitivas/motoras antes e após. Caso tenha alguma alteração ou resistência, imobilizar conforme encontrado.

- Gestantes no 3º trimestre devem ser rotacionadas para a esquerda em 30 graus. Durante o transporte deve ser mantido um coxim sob a prancha rígida na lateral direita da paciente.

- O transporte não deve ser atrasado por medidas como acesso intravenoso e infusão de volume. Atenção: a infusão agressiva de fluidos deve ser evitada para minimizar o sangramento e edema no paciente com choque hemorrágico.

- O acesso venoso periférico deve ser obtido em fossa antecubital com cateter 14, 16 ou 18. **(NÃO É NECESSÁRIO AGUARDAR ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA PARA PUNÇÃO DO ACESSO VENOSO NO PACIENTE POLITRAUMATIZADO GRAVE)**. Em pacientes com sinais de choque obter dois acessos.

- Iniciar infusão de Ringer Lactato se houver necessidade, ou seja, se sinais de choque. Não infundir mais de 1L. Não infundir se PAS > 120mmHg. **(COM ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA)**



SAMU
192

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

NEP CISTRI
Núcleo de Educação Permanente

Observação: deve-se considerar a possibilidade de causas menos comuns de choque, como o choque neurogênico (resultado de lesão medular cervical ou torácica alta), cardiogênico (por contusão miocárdica ou por evento pré-traumático) e séptico, porém o manejo inicial deverá ser o mesmo.

D – EXAME NEUROLÓGICO ABREVIADO

- Lembrar: o objetivo primário no tratamento dos doentes com lesão cerebral traumática é prevenir a *lesão cerebral secundária*.

- O TÉCNICO DE ENFERMAGEM deve avaliar rapidamente (1) nível de consciência, (2) pupilas e (3) lateralidade:

1) NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: utilize a Escala de Coma de Glasgow (2017):

Abertura Ocular Abertura Espontânea _____ 4 Ao Chamado _____ 3 À Pressão _____ 2 Sem Resposta _____ 1 Não Testável _____ NT	Observar se há abertura ocular espontânea, caso não haja, chamar o paciente. Se não tem resposta ao chamado, realizar estímulo no leito ungueal (não se utiliza mais a pressão esternal).
Resposta Verbal Orientado _____ 5 Confuso _____ 4 Palavras _____ 3 Sons _____ 2 Sem Resposta _____ 1 Não Testável _____ NT	Pergunte nome, local e data para definir orientação. Diferencie quando o paciente tem discurso coerente mas está desorientado, quando apenas fala palavras sem formar um discurso e quando apresenta apenas gemidos.



SAMU
192

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

NEP CISTRI
Núcleo de Educação Permanente

Resposta Motora	
Obedece Comandos _____	6
Localiza _____	5
Flexão Normal _____	4
Flexão Anormal _____	3
Extensão _____	2
Sem Resposta _____	1
Não Testável _____	NT

Solicite que faça um comando (apertar sua mão p. ex.). Se não obedecer, faça estímulo com o pinçamento do trapézio* - se ele levanta o braço e leva a mão acima da clavícula, considerar 5 pontos. Caso eleve o membro sem ultrapassar a clavícula, 4 pontos. Se tiver resposta com flexão estereotipada e lenta, com cerramento do polegar e rotação do cotovelo, considere 3 pontos. Se extensão, 2 pontos.

Classificação do TCE:

LEVE **13 - 15**

MODERADO **9 - 12**

GRAVE **≤ 8 (indicada IOT)**

Escala aplicável somente para maiores de 5 anos.

*Outras opções de estímulo: pressão em região supraorbitária ou leito ungueal. Considerar sempre a melhor resposta motora. Quando não for possível avaliar uma área, nenhum score é dado e é considerado não testável (NT).

2) PUPILAS: avaliar tamanho (normal, miótica ou midriática), simetria (isocóricas ou anisocóricas) e resposta à luz:

Escala de Reatividade Pupilar (ERP)	
Ambas pupilas reagem à luz	0 ponto
1 pupila não reage à luz	1 ponto
2 pupilas não reagem à luz	2 pontos

De acordo com a modificação de 2018, utilizar a escala ECG-P:



**SAMU
192**

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

NEP CISTRI
Núcleo de Educação Permanente

ECG - P = ECG - ERP

Exemplo: paciente com abertura ocular (AO) à pressão, resposta verbal (RV) sons, resposta motora (RM) flexão normal, com as duas pupilas sem reatividade à luz. Temos: AO = 2, RV = 2, RM = 4 → ECG = 8 / ERP = 2 → **ECG-P = 6**.

3) LATERALIDADE: descrever se há alguma alteração motora ou sensitiva grosseira.

O TÉCNICO DE ENFERMAGEM deve considerar no diagnóstico diferencial das alterações neurológicas pós-traumáticas:

- Oxigenação cerebral reduzida (por hipoxemia ou choque)
- Lesões do SNC (hematomas e hemorragias)
- Estado pós ictal após crise convulsiva
- Distúrbios metabólicos (hipoglicemia)
- Intoxicação por álcool e/ou drogas

E – EXPOSIÇÃO COM CONTROLE DE TEMPERATURA

- Deve-se despir o paciente para realização do exame completo, buscar por lesões cortocontusas, hematomas, deformidades, queimaduras, escoriações maiores.
- Remover o tanto de roupa necessário para determinar a presença ou ausência de uma lesão. Lesões potencialmente letais podem passar despercebidas se o doente não for bem examinado.
- Retirar objetos como anéis, aliança, brincos, pulseiras, relógio, carteira, cinto.
- Realizar o controle de temperatura, evitando HIPOTERMIA - utilizar manta aluminizada. Também pode ser prevenida com infusão de fluidos aquecidos (39°C) à chegada na Unidade de Saúde.



**SAMU
192**

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macroregião do Triângulo do Norte

CISTRI

NEP CISTRI
Núcleo de Educação Permanente

AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA:

- Após a conclusão da avaliação primária, **RECONHECENDO LESÕES GRAVES COM NECESSIDADE DE AVALIAÇÃO MÉDICA DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA, O PACIENTE DEVERÁ SER DESLOCADO PARA PORTA PACTUADA MAIS PRÓXIMA.**

- **CASO NÃO HAJA LESÕES DE RISCO IMINENTE DE MORTE, O TÉCNICO DE ENFERMAGEM PODERÁ TERMINAR A AVALIAÇÃO PRIMÁRIA E REALIZAR A AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA.**

- É uma avaliação mais detalhada, da cabeça-aos-pés com objetivo de identificar lesões ou problemas que não o foram na avaliação primária.

- Utilize a abordagem “ver, ouvir e sentir” para cada região topográfica.

- Obter um rápido histórico SAMPLA:

S - sintomas (dor, dispneia, parestesias, etc.)

A - alergias

M - medicamentos de uso regular

P - passado médico/comorbidades

L - líquidos e alimentos ingeridos / horário

A - ambiente relacionado ao trauma

- A avaliação neurológica deve ser completa e incluir a avaliação de coluna, quando se pode definir através de protocolos a necessidade de manter a imobilização de coluna cervical (veja em acondicionamento).



**SAMU
192**

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

NEP CISTRI
Núcleo de Educação Permanente

MEDICAMENTOS NO POLITRAUMATIZADO NA CENA:

Serão prescritos pelo **MÉDICO REGULADOR** conforme protocolo de Suporte Avançado de Vida.

ACONDICIONAMENTO:

- Considerar sempre a possibilidade de lesão de coluna no paciente politraumatizado.

- Se o tempo permitir, devem ser tomadas as seguintes medidas:

Estabilização cuidadosa de todas fraturas de extremidades com talas.

Curativos apropriados, principalmente se sangramento ou evisceração.

Ao tomar a decisão de imobilizar siga os seguintes princípios:

- Mobilize a cabeça em uma posição neutra apropriada e alinhada.

- Contra-indicações de alinhamento em posição neutra:

- ✓ Resistência ao movimento
- ✓ Espasmo muscular do pescoço
- ✓ Aumento da dor
- ✓ Se causar ou piorar déficit neurológico
- ✓ Comprometimento das vias aéreas ou ventilação

- Examine o pescoço do paciente, meça e coloque um colar cervical adequado e eficaz.

- Dependendo da situação e quão críticas são as lesões do paciente, coloque uma prancha curta ou um dispositivo tipo colete ou use uma manobra de remoção rápida se estiver dentro de um veículo.

- Coloque o paciente em uma prancha longa ou outro dispositivo de imobilização apropriado se estiver deitado no chão.



**SAMU
192**

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

NEP CISTRI
Núcleo de Educação Permanente

- Imobilize o tronco do paciente no dispositivo para que não possa ser movido para cima, para baixo, para a esquerda ou para a direita.
- Com o doente em prancha longa, imobilizar as pernas para impedir movimentos anteriores ou laterais.
- Fixar os braços na prancha longa.
- Aplicar os suportes laterais à cabeça.

TRANSPORTE

- Se alguma condição de risco à vida for identificada durante a avaliação primária, o paciente deve ser removido rapidamente após o início da intervenção na cena.
- O tempo na cena deve ser o mais curto possível, exceto em algumas circunstâncias, sendo limitado a 10 minutos, em particular para pacientes com hipotensão, trauma torácico ou lesão penetrante.
- O doente deverá ser removido para a **PORTA DE ENTRADA MAIS PRÓXIMA OU AGUARDAR A CHEGADA DA USA MAIS PRÓXIMA, CASO TENHA QUALQUER DIAGNÓSTICO QUE AMEACE A VIDA E NECESSITE DE TRATAMENTO ANTES DE INICIAR O DESLOCAMENTO PARA** o Hospital de referência (HC-UFU), de acordo com a pactuação (VAGA ZERO TRAUMA) e fluxogramas. O Pronto Socorro do Hospital de Clínicas da U.F.U. é a referência em trauma na macrorregião do Triângulo Norte.

OBS.: A decisão de aguardar a USA mais próxima na cena ou deslocar para a porta de entrada mais próxima levará em consideração o diagnóstico principal e os protocolos do serviço. Caso a porta de entrada seja de pequeno porte ou uma Unidade Básica de Saúde, o MÉDICO REGULADOR poderá manter o deslocamento da USA até a Unidade para estabilização do paciente em conjunto com o MÉDICO ASSISTENTE.



**SAMU
192**

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

NEP CISTRI
Núcleo de Educação Permanente

- Na chegada à sala de trauma do Hospital de referência, a equipe que recebe o paciente deve aguardar a passagem do caso (*hands-off hands-over*), a menos que alguma condição com risco imediato à vida seja óbvia, antes de iniciar o atendimento. Um acrônimo útil para passar o caso é o **MIST**:

M - Mecanismo e tempo do trauma

I - *Injuries* / Lesões encontradas e suspeitas

S - Sinais e sintomas

T - Tratamento iniciado (procedimentos, medicamentos, fluidos).

RESPONSABILIDADE DA REGULAÇÃO MÉDICA:

- Reconhecidos sinais de gravidade da vítima, definir **IMEDIATAMENTE** o deslocamento da equipe à Porta de Entrada pactuada conforme grade de referência para tratamento definitivo.

- Os casos mais graves (**VAGA ZERO TRAUMA**) devem ser regulados para o Pronto Socorro do Hospital de Clínicas de Uberlândia e o transporte deverá ser realizado por **USA**, haja vista a gravidade do doente, após serem tomadas todas as condutas para estabilização da vítima.

Caso o médico regulador opte por transporte em Unidade de Suporte Básico com ou sem acompanhamento médico, como exceção na falta total de recursos, deverá deixar sua conduta respaldada no prontuário eletrônico.



**SAMU
192**

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

NEP CISTRI
Núcleo de Educação Permanente

RESPONSABILIDADES DA EQUIPE DE USB:

- Reconhecer os sinais de gravidade descritos nos protocolos e informar **IMEDIATAMENTE** à Regulação que indicará o local do deslocamento.
- Caso desloque antes de terminar a avaliação, deverá finalizá-la dentro da Unidade de Saúde para completar a ficha de atendimento.

OBS.: Por se tratar de uma equipe de USB, sem o médico na cena, o objetivo principal do atendimento é reconhecer possíveis **SINAIS DE ALARME** e deslocar o paciente o mais rápido possível, conforme já descrito acima.

Em casos de médicos dos municípios tripulando a ambulância, orientá-los a preencher o **“CHECK LIST DO TRANSPORTE SEGURO”**.

ANTES DE ENCERRAR A OCORRÊNCIA:

EQUIPE DE ATENDIMENTO:

- Deve enviar ao médico regulador todos os medicamentos e materiais utilizados através do J16 e preencher completamente e corretamente os relatórios de atendimento escritos, além de enviar um resumo do caso pelo Tablet.

MÉDICO REGULADOR:

- Deve cobrar o J16 e o relato da ocorrência pelo Tablet, caso a equipe não informe.



SAMU
192

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

NEP CISTRI
Núcleo de Emergência Resposta



SAMU
192

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

NEP CISTRI
Núcleo de Educação Permanente

TR03 – TRAUMA TORÁCICO

OBJETIVO

- Padronizar a conduta e manejo do atendimento ao trauma torácico pelas equipes de USB, conjuntamente com as orientações dadas pela Central de Regulação.

ATENDIMENTO E REANIMAÇÃO INICIAL

Deve seguir a sequência de prioridades **XABCDE**:

X - CONTROLE DE SANGRAMENTO EXSANGUINANTE

A – VIAS AÉREAS E CONTROLE DA COLUNA CERVICAL

B – RESPIRAÇÃO

C - CIRCULAÇÃO COM CONTROLE DA HEMORRAGIA

D - AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA ABREVIADA

E - EXPOSIÇÃO COM CONTROLE DE TEMPERATURA

AVALIAÇÃO PRIMÁRIA DO TÓRAX

- **Frequência respiratória:**

IDADE	FR (irpm)
Adultos	12 a 20
Crianças e adolescentes	< 30
3 – 5 anos	< 35
1- 2 anos	< 40
< 1 ano	< 60

- **Sinais de hipoxemia**, como agitação e cianose.

Avaliar oximetria de pulso.

- Avaliar pescoço:

Posicionamento da traquéia.

Presença de turgência jugular.

Presença de hematomas ou ferimentos cervicais que possam comprometer a ventilação.

Palpar a região cervical anterior em busca de enfisema subcutâneo e crepitação (fratura de laringe);

- Expor o tórax e avaliar a ventilação, simetria de expansibilidade, presença de: sinais de esforço respiratório ou uso de musculatura acessória, ferimentos e tatuagens traumáticas;

- Realizar a palpação de todo o tórax em busca de áreas com dor, crepitação (fraturas de costela e/ou esterno) ou enfisema subcutâneo;

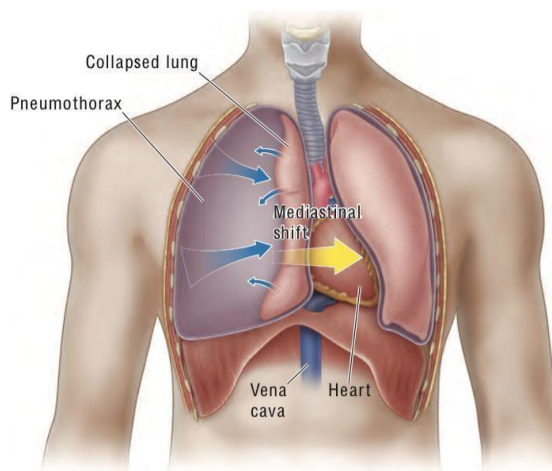
- Realizar percussão no caso de dúvida diagnóstica entre pneumotórax (timpanismo) e hemotórax (macicez);

- Realizar ausculta torácica comparativa.

CONSIDERAR LESÕES COM RISCO POTENCIAL À VIDA:

PNEUMOTÓRAX HIPERTENSIVO:

Caracteriza-se por pneumotórax associado a repercussão hemodinâmica



Dispneia intensa

Sudorese, taquicardia e hipotensão

Turgência jugular unilateral

Desvio da traqueia para o lado oposto

Lado acometido expandido e imóvel

MV abolido do lado acometido

Hipertimpanismo do lado acometido

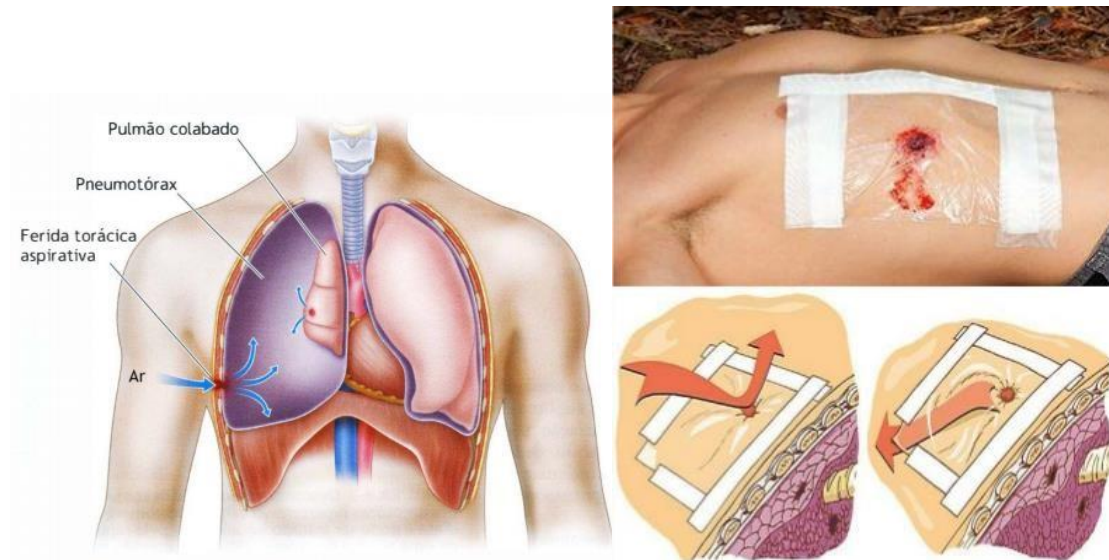
Na **suspeita CLÍNICA**, o tratamento deve ser **IMEDIATO – COM ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA**, o paciente deverá ser encaminhado para **PORTA DE ENTRADA PACTUADA, SE NÃO FOR POSSÍVEL AGUARDAR A CHEGADA DA USA. O MÉDICO INTERVENCIÓNISTA/ASSISTENTE DA PORTA DE ENTRADA SEGUIRÁ O PROTOCOLO DA USA “TR03 – TRAUMA TORÁCICO”**.

PNEUMOTÓRAX ABERTO:

- Ocorre quando há ferimento penetrante em tórax com diâmetro maior que $\frac{2}{3}$ do diâmetro da traqueia do doente (traqueia de adulto tem diâmetro médio de 2cm), o ar passa a entrar preferencialmente pela ferida causando um efeito hipertensivo no hemitórax acometido.

- Os achados clínicos incluem: presença de ferida aspirativa/soprante; murmúrio vesicular reduzido ou ausente do lado acometido, geralmente com sinais de insuficiência respiratória.

- O tratamento deve incluir curativo de 3 pontas (**COM ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA**), ou seja, com papel alumínio ou filme plástico (da própria embalagem de gazes, por exemplo), fixando com fita três lados do mesmo sobre a ferida:

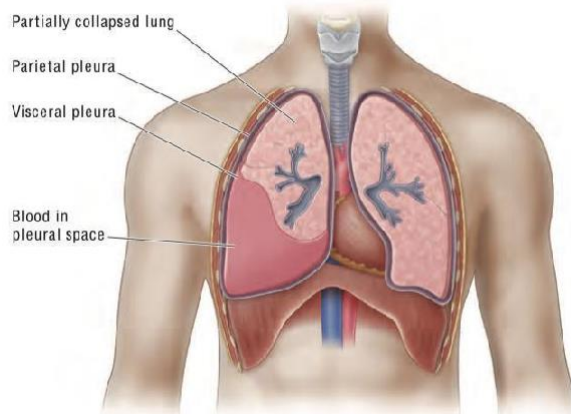


- Após realização do curativo, **COM ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA**, o paciente deverá ser encaminhado para **PORTA DE ENTRADA PACTUADA, SE NÃO FOR POSSÍVEL AGUARDAR A CHEGADA DA USA. O MÉDICO INTERVENCIÓNISTA/ASSISTENTE DA PORTA DE ENTRADA SEGUIRÁ O PROTOCOLO DA USA “TR03 – TRAUMA TORÁCICO”**.

- O ferimento deverá ser avaliado pelo cirurgião e fechado por planos, em geral em ambiente de centro cirúrgico.

HEMOTÓRAX MACIÇO:

- Acúmulo de sangue em cavidade pleural com volume maior ou igual a 1.500ml na passagem do dreno ou fluxo contínuo de sangue, a uma vazão maior ou igual a 200ml por hora, nas primeiras 2 a 4 horas após o trauma.
- Em pediátricos, considerar o volume maior ou igual a $\frac{1}{3}$ da volemia estimada.

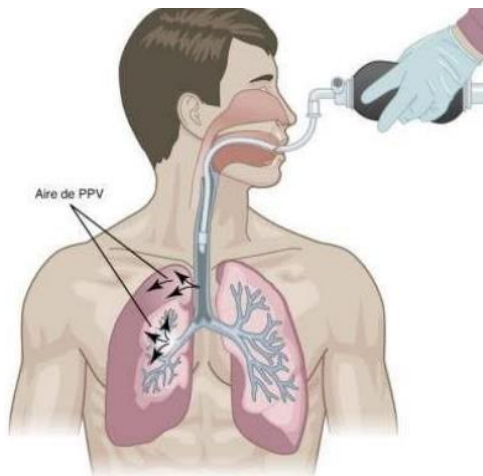


- Sinais clínicos sugestivos: veias do pescoço colapsadas, redução importante ou ausência de murmúrio do lado acometido, percussão MACIÇA e choque.
- Será necessária reanimação volêmica com cristalóide (1L) (**COM PRESCRIÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA**) e hemotransfusão precoce, associada à avaliação cirúrgica para provável toracotomia de urgência.

Na **suspeita CLÍNICA**, o **ENCAMINHAMENTO PARA PORTA DE ENTRADA** deve ser **IMEDIATO – COM ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA, SE NÃO FOR POSSÍVEL AGUARDAR A CHEGADA DA USA. O MÉDICO INTERVENCIÓNISTA/ASSISTENTE DA PORTA DE ENTRADA SEGUIRÁ O PROTOCOLO DA USA “TR03 – TRAUMA TORÁCICO”**.

LESÃO DE ÁRVORE TRAQUEOBRÔNQUICA:

- Podem ocorrer por trauma contuso (desacelerações bruscas), explosões ou trauma penetrante.
- Suspeitar quando houver: hemoptise, enfisema subcutâneo cervical, cianose e pneumotórax hipertensivo. Após a drenagem torácica, paciente persiste com hipoxemia e escape aéreo intenso (borbulhamento).

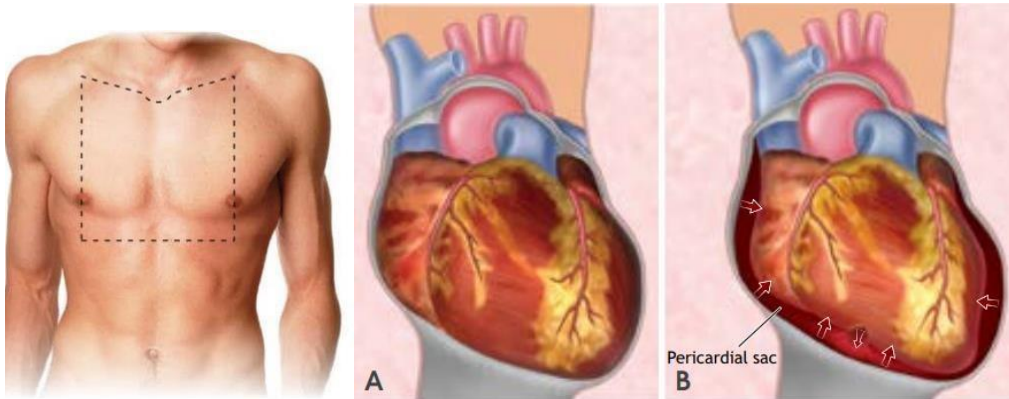


- O diagnóstico só é confirmado após fibrobroncoscopia.
- O tratamento cirúrgico deve ser imediato nos casos graves, mas nos casos estáveis pode ser postergado até regressão do edema.

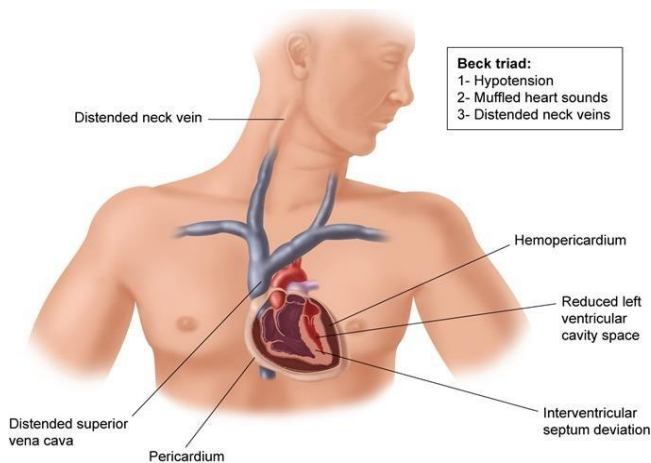
Na **suspeita CLÍNICA**, o **ENCAMINHAMENTO PARA PORTA DE ENTRADA** deve ser **IMEDIATO – COM ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA, SE NÃO FOR POSSÍVEL AGUARDAR A CHEGADA DA USA. O MÉDICO INTERVENCIÓNISTA/ASSISTENTE DA PORTA DE ENTRADA SEGUIRÁ O PROTOCOLO DA USA “TR03 – TRAUMA TORÁCICO”**.

TAMPONAMENTO CARDÍACO:

- Ocorre por lesões penetrantes (mais comum) ou contusas.
- Alta suspeição nas lesões penetrantes anteriores (“caixa cardíaca”).
- O acúmulo de sangue no saco pericárdico reduz o débito cardíaco.



- A tríade de *Beck* completa está presente em 30% dos casos, inclui:



Turgência jugular bilateral - pode não ocorrer se hipovolemia;

Abafamento de bulhas cardíacas - difícil de avaliar no pré hospitalar ou mesmo na sala de emergência;

Hipotensão.

- Pode estar presente o sinal de Kussmaul - aumento da pressão venosa com inspiração ao respirar espontaneamente.

- Deve-se ter cautela para não confundir pneumotórax hipertensivo à esquerda com tamponamento cardíaco, através de exame físico cuidadoso.

- O eletrocardiograma no tamponamento cardíaco revela padrão de alternância elétrica de QRS. Deve-se lembrar que o tamponamento, assim como o pneumotórax hipertensivo, entra no diagnóstico diferencial de PCR em AESP.

- Tratamento: garantir o melhor suporte clínico, com oxigênio em alta concentração, acesso calibroso com infusão de cristalóides (**COM ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA**) e transferência rápida para centro de trauma.

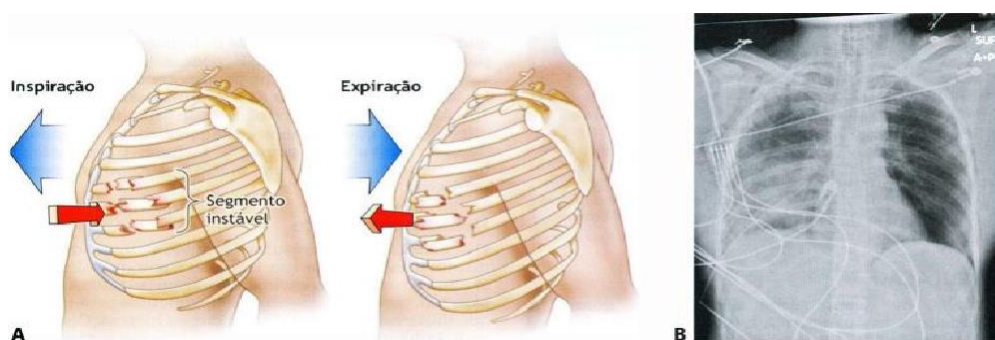
CONSIDERAR AS LESÕES COM RISCO POTENCIAL À VIDA:

Pneumotórax e Hemotórax Simples:

- Pacientes identificados com suspeita de pneumotórax ou hemotórax pelo exame físico, devem receber O₂ em alto fluxo sob máscara não reinalante, obter acesso venoso (14 a 18G) (**COM ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA**) e serem monitorizados com atenção, com rápida transferência para o Hospital mais próximo que tenha condições de realizar a drenagem torácica e demais procedimentos necessários para suporte clínico.
- Se houver deterioração com dispneia, dessaturação ou hipotensão deve-se tratar como pneumotórax hipertensivo / hemotórax maciço.

Contusão Pulmonar (Tórax Instável)

- A contusão pulmonar (hemorragia alveolar) pode ser causada por trauma contuso ou penetrante.
- Pode ocorrer sem fraturas de costela (em especial nas crianças) ou associado a múltiplas fraturas, podendo representar um tórax instável (retalho costal móvel).
- Tórax instável é definido como um segmento da parede torácica que perdeu a continuidade óssea com o restante da caixa torácica, por exemplo quando há 2 pontos de fratura em duas costelas



- O achado clínico associado ao tórax instável é a respiração paradoxal, ou seja, quando o retalho costal móvel se movimenta no sentido oposto ao restante da caixa torácica.
- Fraturas múltiplas de costela estão associadas a dor intensa e crepitação à palpação do tórax.



**SAMU
192**

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

NEP CISTRI
Núcleo de Educação Permanente

- O *shunt* causado pela área de contusão associado à atelectasia causada pela hipoventilação por dor leva a um quadro insidioso de insuficiência respiratória, que tende a ser mais grave nos idosos.

- Tratamento (**COM ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA**):

- Oferecer O2 em alta concentração, de preferência sob máscara com reservatório.
- Evitar hiperhidratação - se o doente não está hipotenso evite a infusão de fluidos.

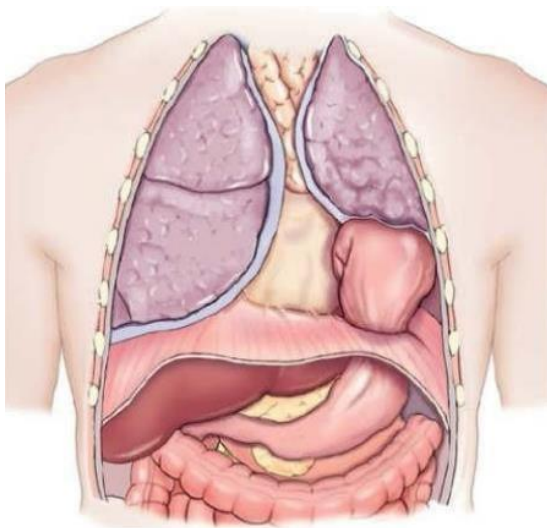
Contusão Miocárdica:

- Acidentes automobilísticos, atropelamentos, acidentes motociclísticos e quedas de altura maior que 6 metros são, em ordem, as causas mais comuns de trauma cardíaco contuso.
- Contusão por trauma direto (por exemplo contra o volante do carro) pode causar fratura de esterno, que é de alta suspeição para contusão miocárdica.
- Pode envolver lesão de músculo cardíaco, ruptura de câmara, dissecação e/ou trombose de coronárias ou lesão valvular.
- Pode se manifestar em forma de tamponamento cardíaco, hipotensão e/ou arritmias.
- Achados comuns do ECG: bloqueio de ramo direito, fibrilação atrial, extra-sístoles ventriculares, alteração de ST, taquicardia sinusal.
- O tratamento inclui oferta de oxigênio (**COM ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA**) e monitorização rigorosa, com manejo das alterações eletrocardiográficas específicas, seja farmacológico ou elétrico.

Ruptura Diafragmática:

- Traumas penetrantes na transição toracoabdominal podem causar lesões pequenas no diafragma, que podem passar despercebidas na avaliação inicial.
- Já o trauma contuso pode provocar grandes lacerações estreladas com herniação aguda do conteúdo abdominal para o tórax, especialmente à esquerda.
- Se houver herniação aguda, o pulmão e mediastino podem ser comprimidos, causando dispneia e choque.

- O murmúrio vesicular do lado acometido estará reduzido e pode haver tanto macicez (órgão sólido) quanto hipertimpanismo à percussão (gás no interior de vísceras ocas), que pode confundir o diagnóstico com pneumo ou hemotórax.
- Tratamento: O doente deve receber oxigênio em alto fluxo sob máscara. **(COM ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA).**



Herniação aguda do estômago em uma ruptura diafragmática

Ruptura de Aorta:

- Está relacionada a colisões de automóveis (desaceleração brusca) e queda de grande altura, especialmente quando o paciente cai na horizontal. O óbito na cena é o mais comum (80%) mas quando sobrevive geralmente a lesão é tratável desde que identificada precocemente.
- O local mais comum da lesão é na junção do arco aórtico com a aorta descendente, imediatamente distal à saída da artéria subclávia esquerda, podendo ser em graus variáveis.
- Clinicamente, a ruptura tamponada da aorta pode ser suspeitada quando há diferença nos pulsos dos membros superiores (mais forte do lado direito) ou entre o membro superior (braquial) e inferior (femoral), podendo também haver diferença entre a PA em membro superior (mais elevada) e inferior.



**SAMU
192**

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

NEP CISTRI
Núcleo de Educação Permanente

- Deve-se oferecer oxigênio em alto fluxo sob máscara, obter acessos venosos **(COM ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA)**, porém evitar a infusão de fluidos se não houver hipotensão.

Lesões de Esôfago:

- Traumas cervicais e torácicos penetrantes estão associados a lesões de esôfago.
- Ruptura esofágica pode ocorrer por um trauma contuso abdominal (expulsão forçada do conteúdo gástrico).
- O diagnóstico em geral é tardio, quando já há sinais infecciosos (mediastinite).
- Suspeitar quando:
 - Hemo/Pneumotórax à esquerda sem fratura de costelas;
 - Trauma direto em epigastro ou região esternal inferior;
 - Saída de restos alimentares ou saliva em dreno torácico.
- A confirmação em geral se faz por endoscopia ou esofagograma.
- O tratamento deve ser o mais precoce possível e em centro de referência.

OUTRAS LESÕES TORÁCICAS:

Fraturas de Costela:

- Presentes em cerca de 10% dos traumas.
- Associadas a maior morbimortalidade quando múltiplas, bilaterais e em idosos. Fraturas múltiplas em jovens sugere transferência de alta energia.
- Fraturas de costelas superiores (1 a 3): sugere alta energia cinética, associadas a múltiplos traumas e alta mortalidade.
- Fraturas de costelas intermediárias (4 a 9): são as mais comuns. Na compressão ântero-posterior são forçadas para fora, no trauma direto o fragmento tende a ir para dentro. Associadas a contusão pulmonar.
- Fraturas de costelas inferiores (10 a 12): suspeitar de lesão de fígado e baço.

- Tratamento: consiste no alívio da dor (**COM ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA**) e reavaliação constante pela possibilidade de deterioração da ventilação. Estimular o doente a realizar respirações profundas e tosse.

Asfixia Traumática:

- Ocorre quando há esmagamento do tronco, por exemplo queda de carro que estava suspenso pelo “macaco” hidráulico sobre o tórax do doente.

- O paciente assume um aspecto que lembra o de vítima de estrangulamento, isto é, pletora na face e pescoço, porém não ocorre asfixia verdadeira.

.



Mecanismo:

Aumento abrupto da pressão torácica pelo seu esmagamento

Retorno forçado do sangue para fora do coração nas veias em uma direção retrógrada.

As veias do pescoço e cabeça, diferentemente das veias dos membros superiores, não possuem válvulas e o sangue é forçado a entrar nessa região.

Há rompimento de vênulas e pequenos capilares subcutâneos resultando na coloração arroxeada da pele.

- Ruptura de pequenos vasos no cérebro e na retina podem causar lesões cerebrais (edema cerebral) e oculares.

- A presença da asfixia traumática deve alertar para o risco de trauma cardíaco.



**SAMU
192**

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

NEP CISTRI
Núcleo de Emergência Regional

- Tratamento: Oxigênio em alta concentração, acesso venoso (**COM ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA**).

RESPONSABILIDADE DA EQUIPE DE USB:

- Reconhecer os sinais de gravidade descritos neste POP e informar **IMEDIATAMENTE** à Regulação que indicará o local do deslocamento.
- Caso desloque antes de terminar a avaliação, deverá finalizá-la dentro da Unidade de Saúde para completar a ficha de atendimento.

OBS.: Por se tratar de uma equipe de USB, sem o médico na cena, o objetivo principal do atendimento é reconhecer possíveis **SINAIS DE ALARME** e deslocar o paciente o mais rápido possível, conforme já descrito acima.

Em casos de médicos dos municípios tripulando a ambulância, orientá-los a preencher o **CHECK LIST DO TRANSPORTE SEGURO**.

ANTES DE ENCERRAR A OCORRÊNCIA:

EQUIPE DE ATENDIMENTO:

- Deve enviar ao médico regulador todos os medicamentos e materiais utilizados através do J16 e preencher completamente e corretamente os relatórios de atendimento escritos, além de enviar um resumo do caso pelo Tablet.

MÉDICO REGULADOR:

Deve cobrar o J16 e o relato da ocorrência pelo Tablet, caso a equipe não informe.



**SAMU
192**

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

NEP CISTRI
Núcleo de Educação Permanente

TR04 – TRAUMA ABDOMINAL

OBJETIVO

- Padronizar a conduta e manejo do atendimento às vítimas de TRAUMA ABDOMINAL pelas equipes de USB, conjuntamente com as orientações dadas pela Central de Regulação.

ATENDIMENTO E REANIMAÇÃO INICIAL

Deve seguir a sequência de prioridades **XABCDE**:

X - CONTROLE DE SANGRAMENTO EXSANGUINANTE

A - VIAS AÉREAS E CONTROLE DA COLUNA CERVICAL

B - RESPIRAÇÃO

C - CIRCULAÇÃO COM CONTROLE DA HEMORRAGIA

D - AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA ABREVIADA

E - EXPOSIÇÃO COM CONTROLE DE TEMPERATURA

- Na avaliação primária, o abdome deverá ser acessado no momento “C”, como possível fonte de hemorragia.

- Deve-se estabelecer rapidamente a condição hemodinâmica do doente, através da avaliação de:

Perfusão periférica: temperatura da pele, tempo de enchimento capilar (< 2 segundos), coloração da pele.

Palpação de pulsos: se paciente estiver consciente, palpar pulso radial, se pulso presente, PAS>90mmHg; se inconsciente, palpar pulso central (carotídeo ou femoral);

Avaliação da pressão arterial;

Ansiedade e confusão mental podem indicar choque.

- Considerando-se o choque de etiologia hemorrágica, classificar:

PARÂMETRO	CLASSE 1	CLASSE 2	CLASSE 3	CLASSE 4
Perda Volêmica	< 750ml (15%)	750ml-1,5L (15-30%)	1,5-2L (31-40%)	>2L (>40%)
FC	NORMAL	>100	>120	>140
PA	NORMAL	NORMAL	BAIXA	BAIXA
FR	NORMAL	NORMAL	ELEVADA	ELEVADA
Glasgow	NORMAL	NORMAL	ALTERADO	ALTERADO

- Realizar avaliação abdominal abreviada: inspeção e palpação, reservando o exame mais detalhado para a avaliação secundária.

- Gestantes no terceiro trimestre devem ser rodadas para a esquerda em 30 graus. Durante o transporte deve ser mantido um coxim sob a prancha rígida na lateral direita da paciente

- O transporte não deve ser atrasado por medidas como acesso intravenoso e infusão de volume. Atenção: a infusão agressiva de fluidos deve ser evitada para minimizar o sangramento e edema no paciente com choque hemorrágico.

TIPOS DE TRAUMA ABDOMINAL:

Trauma Contuso (fechado):

- Geralmente ocorre quando a cinética é significativa: forças de aceleração-desaceleração ou compressão por colisões de veículos ou motocicletas, atropelamentos ou quedas de uma altura significativa. Porém, podem ocorrer lesões abdominais importantes por mecanismos de aparência mais leve, como agressões, quedas e atividades esportivas.

- Dispositivos de proteção usados pelo paciente devem ser considerados: cintos de segurança, *airbags* e protetores esportivos.

- A compressão de um órgão sólido pode causar lesão em seu parênquima (por exemplo, laceração hepática), enquanto forças semelhantes aplicadas a uma estrutura oca, como uma alça intestinal ou bexiga, podem causar sua ruptura e derramamento de seu conteúdo na cavidade abdominal.
- Forças de cisalhamento podem causar lacerações de estruturas em suas fixações, como onde o delgado, com maior mobilidade, se une ao cólon ascendente, que é fixo.
- Atentar ao risco de lesão por fraturas de costelas inferiores, à direita de fígado, à esquerda de baço.
- Os órgãos mais frequentemente acometidos, em ordem, no trauma contuso: baço, fígado e intestino delgado.

Avaliação:

Inspeção: deve-se buscar por evidências de lesão, como hematomas, equimoses, escoriações e tatuagens traumáticas. A presença do sinal do cinto de segurança aumenta em 8 vezes o risco de lesão intra-abdominal, especialmente em crianças.

Outra tatuagem traumática classicamente associada a lesões intra-abdominais é a marca do guidão de bicicleta, quando no hipocôndrio esquerdo associada a lesão esplênica, quando no epigastro ou hipocôndrio direito associada a lesão duodenal e pancreática. Traumas contusos podem menos frequentemente causar ferimentos profundos no abdome associados ou não a evisceração.



Sinal do cinto de segurança



Sinal do guidão em HCE



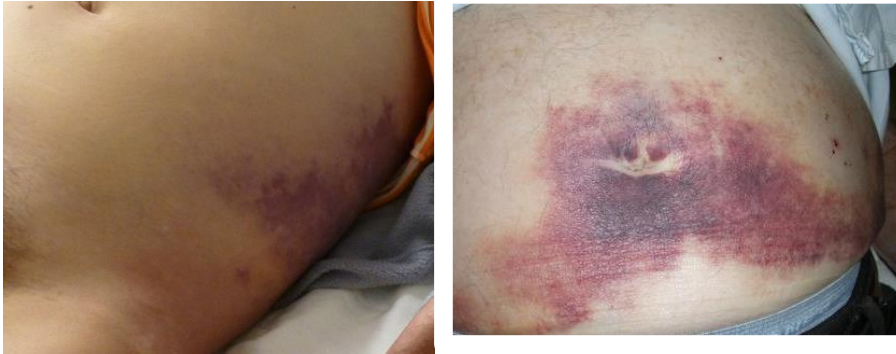
**SAMU
192**

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macroregião do Triângulo do Norte

CISTRI

NEP CISTRI
Núcleo de Educação Permanente

Os hematomas de flanco (sinal de Grey Turner), periumbilical (sinal de Cullen) e de base de pênis/inguinal (sinal de Fox) são classicamente associados a hemorragia retroperitoneal, mas costumam aparecer somente após algumas horas.



Palpação: deve-se identificar a presença de dor à palpação superficial e profunda e, principalmente, sinais de defesa abdominal (rigidez ou espasmo involuntário da musculatura da parede abdominal durante a palpação) e descompressão brusca dolorosa, que denotam peritonite.

***Evitar palpação profunda e intensa de abdome evidentemente ferido.**

Percussão: pode causar dor intensa, sugerindo peritonite.

Ausculta: pouco utilizada na emergência, a diminuição ou ausência de ruídos pode ser consequência de peritonite.

Trauma Penetrante:

Ferimento por Arma Branca

- No abdome anterior, os órgãos mais lesados por arma branca são, em ordem, fígado, intestino delgado, diafragma e cólon.
- Quando o ferimento é no dorso, devido à musculatura mais espessa nesta região, é menos provável que cause lesões intra-peritoneais.



**SAMU
192**

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

NEP CISTRI
Núcleo de Emergência Regional

- Deve-se atentar ao risco de lesão diafragmática nas lesões de transição toracoabdominal.
- Apenas 15% das lesões abdominais por arma branca vão necessitar de cirurgia, porém em 60% dos casos em que há penetração do peritônio há hipotensão, peritonite ou evisceração.
- Caso o objeto esteja encravado no corpo da vítima, a sua remoção pode destampionar uma lesão profunda causando sangramento maciço. Portanto, **não se deve retirar o objeto**, sendo geralmente removido em ambiente de centro cirúrgico, exceto se evidentemente superficial. Nestes casos deve-se evitar palpar o abdome.

Ferimento por Arma de Fogo

- Cerca de 98% das lesões abdominais por arma de fogo penetram a cavidade abdominal, causando lesões geralmente graves que envolvem intestino delgado, cólon, fígado e estruturas vasculares.
- As lesões são exponenciadas pelo efeito de cavitação e fragmentação no interior do abdome. Distância e tipo de armas também são elementos determinantes.
- A lesão penetrante por projétil de arma de fogo no abdome será explorada cirurgicamente, com poucas exceções (ferimento tangencial em obesos, ferimento com lesão exclusiva de fígado em doente estável).

Tratamento:

- Garantir oxigenação e ventilação adequadas, com saturação de O₂ acima de 94% (**COM ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA**).
- Obter acesso venoso periférico em fossa antecubital com cateter 14, 16 ou 18. (ACESSO PODERÁ SER REALIZADO SEM ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA).
- Iniciar infusão de Ringer Lactato se houver necessidade, ou seja, se sinais de choque. Não infundir mais de 1L. Não infundir se PAS > 120mmHg. (**COM ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA**)
- Especialmente nos doentes com trauma abdominal, sem TCE grave ou moderado associado, a hipotensão permissiva está indicada, devendo-se aceitar uma PA menor que a normal, com PAS entre 80 e 90mmHg, por até 90 minutos.



**SAMU
192**

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

NEP CISTRI
Núcleo de Educação Permanente

- No caso de evisceração, **não** se deve colocar o conteúdo de volta na cavidade abdominal, deve-se proteger as vísceras com curativo umedecido, é importante que não fique seco. O suporte psicológico é fundamental pois choro, grito e tosse vão fazer com que o órgão saia ainda mais da cavidade abdominal.

TRANSPORTE

- Se alguma condição de risco à vida for identificada durante a avaliação primária, o paciente deve ser removido rapidamente após o início da intervenção na cena.

- O tempo na cena deve ser o mais curto possível, exceto em algumas circunstâncias, sendo limitado a 10 minutos, em particular para pacientes com hipotensão ou evisceração.

Na **suspeita CLÍNICA de lesão abdominal com instabilidade hemodinâmica**, o **ENCAMINHAMENTO PARA PORTA DE ENTRADA** deve ser **IMEDIATO – COM ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA, SE NÃO FOR POSSÍVEL AGUARDAR A CHEGADA DA USA. O MÉDICO INTERVENCIONISTA/ASSISTENTE DA PORTA DE ENTRADA SEGUIRÁ O PROTOCOLO DA USA “TR04 – TRAUMA ABDOMINAL”**.

- O doente deverá ser removido para o Hospital de referência, de acordo com a pactuação (VAGA ZERO TRAUMA) e fluxogramas. O Pronto Socorro do Hospital de Clínicas da U.F.U. é a referência em trauma na macrorregião do Triângulo Norte.

- Na chegada à sala de trauma do Hospital de referência, a equipe que recebe o paciente deve aguardar a passagem do caso (*hands-off hands-over*), a menos que alguma condição com risco imediato à vida seja óbvia, antes de iniciar o atendimento. Um acrônimo útil para passar o caso é o **MIST**:

M - Mecanismo e tempo do trauma

I - *Injuries* / Lesões encontradas e suspeitas

S - Sinais e sintomas

T - Tratamento iniciado (procedimentos, medicamentos, fluidos).



**SAMU
192**

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

NEP CISTRI
Núcleo de Educação Permanente

RESPONSABILIDADE DA REGULAÇÃO MÉDICA:

- Reconhecidos sinais de gravidade da vítima, definir **IMEDIATAMENTE** o deslocamento da equipe à Porta de Entrada pactuada e auxiliar o médico da Unidade nas condutas a serem tomadas até estabilização do paciente para transferência e/ou tratamento definitivo no local.
- Os casos mais graves (VAGA ZERO TRAUMA) devem ser regulados para o Pronto Socorro do Hospital de Clínicas de Uberlândia e o transporte deverá ser realizado por **USA**, haja vista a gravidade do doente, após serem tomadas todas as condutas para estabilização da vítima. Caso o médico regulador opte por transporte em Unidade de Suporte Básico com ou sem acompanhamento médico deverá deixar sua conduta respaldada no prontuário eletrônico.

RESPONSABILIDADE DA EQUIPE DE USB:

- Reconhecer os sinais de gravidade descritos neste POP e informar **IMEDIATAMENTE** à Regulação que indicará o local do deslocamento.
- Caso desloque antes de terminar a avaliação, deverá finalizá-la dentro da Unidade de Saúde para completar a ficha de atendimento.

OBS.: Por se tratar de uma equipe de USB, sem o médico na cena, o objetivo principal do atendimento é reconhecer possíveis **SINAIS DE ALARME** e deslocar o paciente o mais rápido possível, conforme já descrito acima.

Em casos de médicos dos municípios tripulando a ambulância, orientá-los a preencher o **CHECK LIST DO TRANSPORTE SEGURO**.

ANTES DE ENCERRAR A OCORRÊNCIA:

EQUIPE DE ATENDIMENTO:

- Deve enviar ao médico regulador todos os medicamentos e materiais utilizados através do J16 e preencher completamente e corretamente os relatórios de atendimento escritos, além de enviar um resumo do caso pelo Tablet.

MÉDICO REGULADOR:

Deve cobrar o J16 e o relato da ocorrência pelo Tablet, caso a equipe não informe.

TR05 – TRAUMA CRÂNIO ENCEFÁLICO

OBJETIVO

- Padronizar a conduta e manejo do atendimento ao trauma crânio encefálico pelas equipes de USB, conjuntamente com as orientações dadas pela Central de Regulação.

ATENDIMENTO E REANIMAÇÃO INICIAL

Deve seguir a sequência de prioridades **XABCDE**:

X - CONTROLE DE SANGRAMENTO EXSANGUINANTE

A – VIAS AÉREAS E CONTROLE DA COLUNA CERVICAL

B – RESPIRAÇÃO

C - CIRCULAÇÃO COM CONTROLE DA HEMORRAGIA

D - AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA ABREVIADA

E - EXPOSIÇÃO COM CONTROLE DE TEMPERATURA

AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

- O melhor tratamento do doente com lesão neurológica é garantir oxigenação e perfusão adequadas.

- O objetivo primário no tratamento da lesão cerebral traumática é prevenir a *lesão cerebral secundária*.



SAMU
192

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

NEP CISTRI
Núcleo de Educação Permanente

- O TÉCNICO DE ENFERMAGEM deve avaliar rapidamente (1) nível de consciência, (2) pupilas e (3) lateralidade:

1) Nível de Consciência: utilize a Escala de Coma de Glasgow (2017):

Abertura Ocular Abertura Espontânea _____ 4 Ao Chamado _____ 3 À Pressão _____ 2 Sem Resposta _____ 1 Não Testável _____ NT	Observar se há abertura ocular espontânea, caso não haja, chamar o paciente. Se não tem resposta ao chamado, realizar estímulo no leito ungueal (não se utiliza mais a pressão esternal).
Resposta Verbal Orientado _____ 5 Confuso _____ 4 Palavras _____ 3 Sons _____ 2 Sem Resposta _____ 1 Não Testável _____ NT	Pergunte nome, local e data para definir orientação. Diferencie quando o paciente tem discurso coerente mas está desorientado, quando apenas fala palavras sem formar um discurso e quando apresenta apenas gemidos.
Resposta Motora Obedece Comandos _____ 6 Localiza _____ 5 Flexão Normal _____ 4 Flexão Anormal _____ 3 Extensão _____ 2 Sem Resposta _____ 1 Não Testável _____ NT	Solicite que faça um comando (apertar sua mão p. ex.). Se não obedecer, faça estímulo com o pinçamento do trapézio* - se ele levanta o braço e leva a mão acima da clavícula, considerar 5 pontos. Caso eleve o membro sem ultrapassar a clavícula, 4 pontos. Se tiver resposta com flexão estereotipada e lenta, com cerramento do polegar e rotação do cotovelo, considere 3 pontos. Se extensão, 2 pontos.

Classificação do TCE:

LEVE **13 - 15**

MODERADO **9 - 12**

GRAVE **≤ 8 (indicada via aérea definitiva)**

Escala aplicável somente para maiores de 5 anos.

***Outras opções de estímulo: pressão em região supra orbitária ou leito ungueal. Considerar sempre a melhor resposta motora. Quando não for possível avaliar uma área, nenhum escore é dado e é considerado não testável (NT).**

2) PUPILAS: avaliar tamanho (normal, miótica ou midriática), simetria (isocóricas ou anisocóricas) e resposta à luz:

Escala de Reatividade Pupilar (ERP)	
Ambas pupilas reagem à luz	0 ponto
1 pupila não reage à luz	1 ponto
2 pupilas não reagem à luz	2 pontos

De acordo com a modificação de 2018, utilizar a escala ECG-P:

$$\text{ECG} - \text{P} = \text{ECG} - \text{ERP}$$

Exemplo: paciente com abertura ocular (AO) à pressão, resposta verbal (RV) sons, resposta motora (RM) flexão normal, com as duas pupilas sem reatividade à luz. Temos: AO = 2, RV = 2, RM = 4 → ECG = 8 / ERP = 2 → **ECG-P = 6**.

3) LATERALIDADE: descrever se há alguma alteração motora ou sensitiva grosseira.

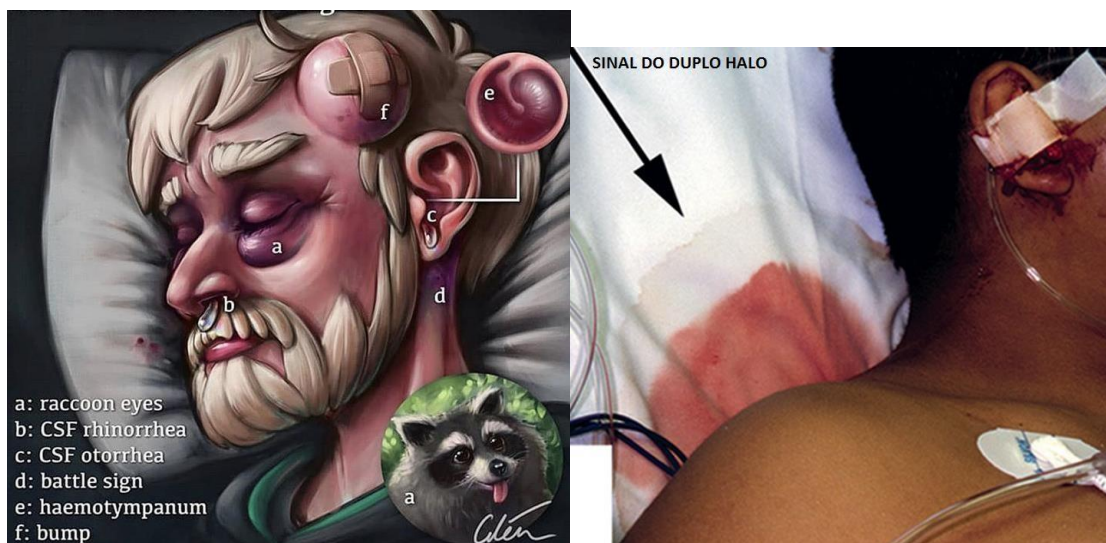
O TÉCNICO DE ENFERMAGEM deve considerar no diagnóstico diferencial das alterações neurológicas pós traumáticas:

- Oxigenação cerebral reduzida (por hipoxemia ou choque)
- Lesões do SNC (hematomas e hemorragias)
- Estado pós ictal após crise convulsiva
- Distúrbios metabólicos (hipoglicemia)
- Intoxicação por álcool e/ou drogas

Lesões Específicas:

Fraturas de Crânio:

- Podem envolver calota ou base do crânio, podem ocorrer por trauma contuso ou penetrante e ser lineares ou estreladas.
- Trauma contuso está associado a fraturas lineares (80% das fraturas).
- Fraturas com afundamento de crânio podem ser secundárias a trauma contuso de alto impacto e podem necessitar de cirurgia.
- Fraturas abertas podem se comunicar com a superfície cerebral, se a dura-máter estiver rota, e tem elevado risco de infecção.
- Fraturas de base de crânio devem ser lembradas na presença dos sinais (podem surgir imediatamente ou após algumas horas):
 - ✓ Equimose periorbital (olhos de “guaxinim”)
 - ✓ Equimose retroauricular sobre o mastóide (sinal de “Battle”)
 - ✓ Fístula liquórica drenando pelo nariz (rinorréia) ou ouvido (otorréia) - podem ser identificadas pelo sinal do duplo halo.
 - ✓ Disfunção do VII e VIII par de nervos cranianos com, respectivamente, paralisia facial e perda de audição.





SAMU
192

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

NEP CISTRI
Núcleo de Educação Permanente

Lesões Penetrantes:

- O trauma penetrante costuma ser muito grave, principalmente as feridas por projéteis de arma de fogo, causando não só ferimentos diretos, mas a onda de choque relacionada também danifica o tecido na via de cavitação.
- A evolução é pior quando o projétil cruza a linha média, afetando assim ambos os hemisférios.
- Objetos encravados no crânio devem ser retirados somente em centro cirúrgico.

Lesões Cerebrais:

Concussão - quando há alteração neurológica transitória após um TCE. A principal característica é a amnésia pós-traumática, retrógrada (minutos a dias antes do trauma) ou anterógrada (após o trauma, geralmente de duração menor). Pode haver agitação por não entender ou não se lembrar do que está acontecendo. Outras alterações neurológicas: olhar vago, atraso de respostas verbais e motoras, incapacidade de se concentrar, emoções inadequadas, desorientação, cefaléia, tonturas, náuseas e vômitos. A tomografia de crânio (TC) nestes casos é normal.

Lesão Difusa Hipóxico-Isquêmica - lesões graves por choque prolongado ou apneia, imediatamente após o trauma. Pode-se identificar edema difuso na TC.

Lesão Axonal Difusa - geralmente por impacto em alta velocidade ou desaceleração, causando lesões por cisalhamento (pontilhados hemorrágicos difusos na TC). Desfecho variável.

Hematomas Intracranianos - podem ser de quatro tipos.

Epidural - é o menos comum, geralmente resulta de trauma sobre o osso temporal com lesão da artéria meníngea média ou menos frequentemente por ruptura de seio venoso.

O **intervalo lúcido** é uma possível apresentação, quando o paciente apresenta perda de consciência por período curto, recobra a consciência, mas evolui com piora neurológica rápida após algum tempo. É mais comum em crianças e jovens. Assume forma de lente biconvexa na TC.

Subdural - 30% dos casos, em jovens, após trauma importante (por ex. acidente automobilístico), ocorre ruptura de veias pontes no córtex cerebral e acúmulo de sangue no espaço subdural.

Há lesão parenquimatosa concomitante, abaixo do hematoma subdural, com edema que contribui para o aumento da pressão intracraniana e em geral os sinais clínicos são evidentes precocemente. Já no idoso e no etilista crônico, com atrofia cerebral, o hematoma subdural pode ser subagudo ou crônico, secundários a um trauma leve (por ex. queda da própria altura) e os sinais clínicos vão se desenvolver após dias ou semanas, podendo se confundir com um acidente vascular encefálico ou sepse. Em doentes em uso de anticoagulantes o hematoma subdural pode se desenvolver após traumas insignificantes e progredir com hipertensão intracraniana após algumas horas. O aspecto na TC é de crescente.

**Epidural hematoma**

- Biconvex (lens) shaped
- Blood between dura and skull
- Tearing of **middle meningeal artery**
- Adolescents and young adults (trauma)

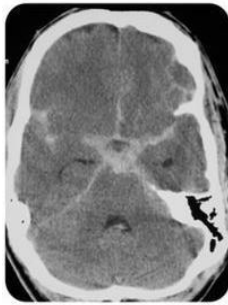
**Subdural hematoma**

- Crescent-shaped
- Blood collection between dura and arachnoid matter
- Tear in **bridging veins**
- Alcoholics and elderly are prone

Diferença tomográfica entre o hematoma Epidural e Subdural.

Subaracnóide (HSA) - apesar de frequentemente ligado à ruptura espontânea de aneurismas cerebrais, na verdade, o trauma é a causa mais comum de HSA.

São queixas comuns cefaléia, náuseas, vômito e tontura. Além disso, o sangue no espaço subaracnóide pode causar sinais meníngeos, distúrbios visuais e fotofobia. Raramente causa efeito de massa significativo e por isso não costuma requerer intervenção neurocirúrgica.

**Subarachnoid hemorrhage**

- Blood in circle of Willis, cisterns, and fissures
- Rupture of **berry aneurysm**
- Polycystic kidney disease (risk factor)

Intracerebral - são bastante comuns, em lobos frontal e temporal principalmente. Podem ocorrer numa região diferente do local do trauma (lesão por golpe e contragolpe). Uma pequena parte deles pode evoluir após horas ou dias com efeito de massa.

**Intracerebral hemorrhage**

- Blood in parenchyma and ventricles
- Hypertensive vasculopathy
- Territory of **penetrator arteries**

Alto Risco de Intervenção Neurocirúrgica - Indicações de TC:

TCE grave e moderado (ECG < 13)
ECG < 15 até 2 horas após o trauma
Suspeita de Fratura Exposta ou Afundamento de Crânio
Sinais de Fratura de Base de Crânio
Mais de 2 episódios de vômitos
Idade maior que 65 anos
Uso de Anticoagulantes



**SAMU
192**

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

NEP CISTRI
Núcleo de Emergência Neurológica

Outras indicações de TC (risco moderado para lesão cerebral):

- Perda de consciência (mais do que 5 minutos)
- Amnésia retrógrada de mais que 30 minutos antes do trauma
- Mecanismo perigoso (por ex. atropelamento de pedestre por veículo automotor, ejeção do ocupante de dentro do veículo).

Medidas de Neuroproteção

Oxigenação e Ventilação (**CONFORME ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA**):

- Deve-se garantir a oxigenação, para manter a pO_2 normal, para tanto sempre oferecer oxigênio, especialmente se $ECG < 15$, mantendo a $SatO_2 > 94\%$.

Circulação:

- LEMBRE-SE: Não considerar o TCE como causa de choque. Deve-se descartar outras fontes de hemorragia (externas, tórax, abdome, pelve, ossos longos) e outras causas não hipovolêmicas (principalmente pneumotórax hipertensivo, tamponamento cardíaco).

- Hemorragia intracraniana não justifica choque hemorrágico, mas lesões em couro cabeludo e em face (fraturas) podem justificar choque por perdas externas, dependendo do fluxo e tempo de sangramento.

Fazer curativo compressivo nas lesões de couro cabeludo;

Aplicar tampão de gazes em narinas ou ouvidos se sangramento.

- O choque neurogênico está relacionado a lesão de medula cervical ou torácica alta. O TCE grave cursa com hipotensão apenas nos estágios terminais, quando há insuficiência medular.



**SAMU
192**

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

NEP CISTRI
Núcleo de Educação Permanente

- A má perfusão cerebral secundária ao choque hipovolêmico pode comprometer o exame neurológico.

- A normovolemia deve ser restabelecida o mais rápido possível, através de cristalóide (até 1L) e hemocomponentes (**CONFORME ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA**). Por outro lado, se não houver sinais de choque, não se deve fazer mais de 125ml/h de fluidos.

ATENÇÃO: O objetivo do tratamento do TCE é a cirurgia para evitar lesão secundária, logo, deve-se puncionar **ACESSO VENOSO PERIFÉRICO**. A indicação de acesso venoso central, mesmo que sejam necessárias drogas vasoativas, deve ficar restrita aos casos em que este seja conseguido de forma segura e rápida, **NÃO** atrasando o encaminhamento.

- Evitar soluções com glicose (hiperglicemia é prejudicial nestes doentes).

- Metas de controle pressórico:

PAS $\geq$ 100mmHg para pacientes de 50 a 69 anos **ou**

PAS $\geq$ 110mmHg para pacientes de 15 a 49 anos ou mais de 70 anos

- Coagulopatia - doentes em uso de anticoagulante ou antiplaquetário devem receber terapia para normalizar o mais precoce possível. Também é uma indicação para realização de tomografia de crânio.

- Euglicemia - manter entre 80 e 180mg%.

Manejo das Crises Convulsivas pós traumáticas

- Não há indicação de profilaxia de crises convulsivas no TCE.

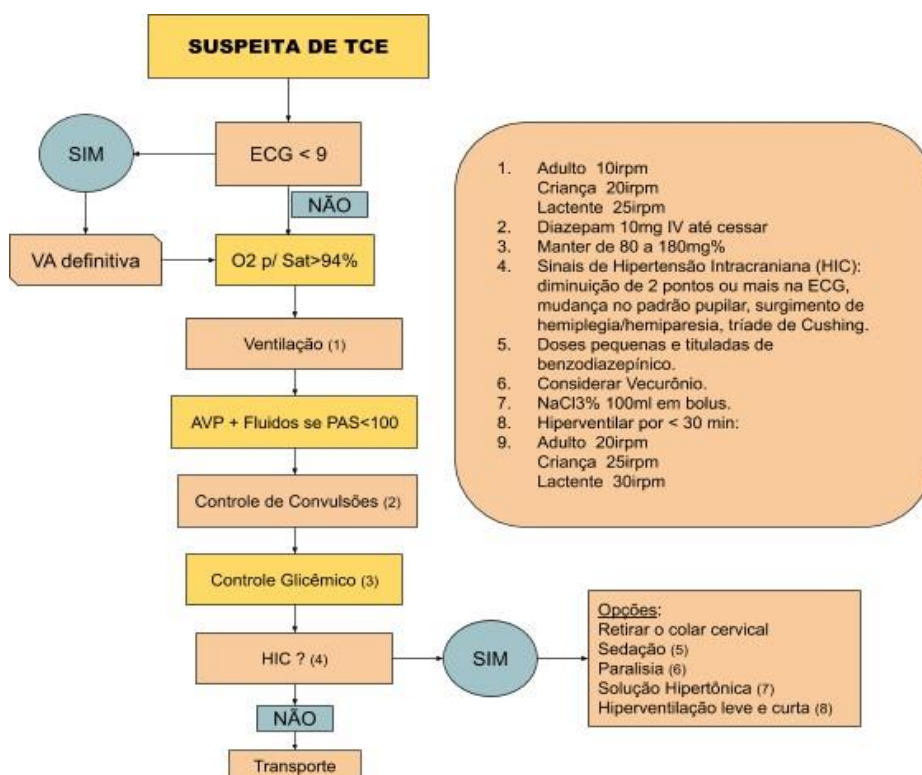
Hipertensão Intracraniana (HIC)

Sinais Clínicos:

- Rebaixamento de 2 pontos ou mais na ECG;
- Alteração do padrão pupilar, com bradirreatividade, arreatividade ou anisocoria;
- Surgimento de hemiplegia ou hemiparesia;
- Tríade de Cushing: bradicardia, hipertensão arterial e alteração do padrão respiratório.

Tratamento (CONFORME ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA):

- O uso de colar cervical apertado pode reduzir o retorno venoso e piorar a HIC. Desde que mantida a imobilização, o colar pode ser aberto.
- Elevação da maca (Trendelenburg reverso) a 30%





**SAMU
192**

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

NEP CISTRI
Núcleo de Educação Permanente

RESPONSABILIDADE DA EQUIPE DE USB:

- Reconhecer os sinais de gravidade descritos neste POP e informar **IMEDIATAMENTE** à Regulação que indicará o local do deslocamento.
- Caso desloque antes de terminar a avaliação, deverá finalizá-la dentro da Unidade de Saúde para completar a ficha de atendimento.

OBS.: Por se tratar de uma equipe de USB, sem o médico na cena, o objetivo principal do atendimento é reconhecer possíveis **SINAIS DE ALARME** e deslocar o paciente o mais rápido possível, conforme já descrito acima.

Em casos de médicos dos municípios tripulando a ambulância, orientá-los a preencher o **CHECK LIST DO TRANSPORTE SEGURO**.

ANTES DE ENCERRAR A OCORRÊNCIA:

EQUIPE DE ATENDIMENTO:

- Deve enviar ao médico regulador todos os medicamentos e materiais utilizados através do J16 e preencher completamente e corretamente os relatórios de atendimento escritos, além de enviar um resumo do caso pelo Tablet.

MÉDICO REGULADOR:

Deve cobrar o J16 e o relato da ocorrência pelo Tablet, caso a equipe não informe.

TR06 – QUEIMADURAS TÉRMICAS

OBJETIVO

- Padronizar a conduta e manejo da queimadura térmica pelas equipes de USB, conjuntamente com as orientações dadas pela Central de Regulação

ATENDIMENTO INICIAL

- Realizar imobilização em prancha longa, caso haja politraumatismo associado à queimadura, seguindo o protocolo específico e sem atrasos para iniciar a avaliação inicial.
- Priorizar a avaliação dos efeitos do politraumatismo para, depois, avaliar a queimadura e seus efeitos.

X – Contenção de hemorragias

- Caso haja qualquer sangramento ativo visível, este deve ser contido, conforme protocolo específico.

A – VIAS AÉREAS E CONTROLE DA COLUNA CERVICAL

- O paciente deve ser abordado pela frente pelo TÉCNICO DE ENFERMAGEM, realizando imobilização manual da coluna cervical.
- O CONDUTOR SOCORRISTA deve então assumir a coluna cervical se posicionando atrás da cabeça da vítima.
- Neste momento, devem realizar a inspeção da cabeça e pescoço do paciente, em busca de sinais de queimadura (edema lábios, vibrissas ou sobrancelhas chamuscadas, escarro com fuligem).

- Colocar o oxímetro de pulso e ofertar oxigênio sob máscara de alto fluxo a 10-15l/min. (Considerar o uso apenas em pacientes graves.) **(CONFORME ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA).**

- Solicitar neste momento que o paciente abra a boca e responda a perguntas simples.
- Observar presença de fuligem e rouquidão.

CASO HAJA A PRESENÇA DE UM DESTES ACIMA, ESTÁ INDICADA A INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL E, SEGUINDO A ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA, O PACIENTE DEVERÁ SER ENCAMINHADO PARA A PORTA DE ENTRADA PACTUADA OU AGUARDAR A USA, O QUE FOR MAIS RÁPIDO.

B – RESPIRAÇÃO

- Na ausência de achados descritos na avaliação do “A”, a equipe deverá seguir a avaliação do paciente.

- Realizar a inspeção do pescoço e tórax, à procura de queimaduras circunferenciais que dificultem a expansão pulmonar e comprometam a ventilação do paciente. Avaliar o padrão respiratório do paciente e identificar sinais de desconforto respiratório.

- Realizar a palpação do tórax, à procura de crepitações que indiquem fraturas de arcos costais.

- Realizar ausculta respiratória, caso haja suspeita de PNEUMOTÓRAX HIPERTENSIVO (turgência jugular (nem sempre presente devido à instabilidade da vítima), redução ou ausência de murmúrio vesicular fisiológico do lado acometido, hipertimpanismo e hipotensão). **INFORMAR IMEDIATAMENTE À REGULAÇÃO QUE DEFINIRÁ O DESLOCAMENTO PARA A PORTA DE ENTRADA PACTUADA MAIS PRÓXIMA.**

C – CIRCULAÇÃO

- Palpar pulsos periféricos (Se pulso presente, PAS > 90mmHg), avaliar perfusão periférica, coloração e temperatura da pele.
- Realizar avaliação abdominal: inspeção, ausculta e palpação.
- Realizar avaliação da pelve.
- Avaliar fraturas de ossos longos.

Caso haja algum sinal de choque, informar ao MÉDICO REGULADOR com provável sítio causador para encaminhamento correto.

OBS.: COM O RECONHECIMENTO DO CHOQUE E PROVÁVEL CAUSA, NÃO SE DEVE ATRASAR O TRANSPORTE. REALIZAR AS CONDUTAS MÍNIMAS PARA ESTABILIZAÇÃO DO PACIENTE E CONDUZIR O MAIS RAPIDAMENTE SEGUINDO AS ORIENTAÇÕES DA REGULAÇÃO.

D – ESCALA DE COMA DE GLASGOW

Nível de Consciência: utilize a Escala de Coma de Glasgow (2017):

Abertura Ocular Abertura Espontânea _____ 4 Ao Chamado _____ 3 À Pressão _____ 2 Sem Resposta _____ 1 Não Testável _____ NT	Observar se há abertura ocular espontânea, caso não haja, chamar o paciente. Se não tem resposta ao chamado, realizar estímulo no leito ungueal (não se utiliza mais a pressão esternal).
Resposta Verbal Orientado _____ 5 Confuso _____ 4 Palavras _____ 3 Sons _____ 2 Sem Resposta _____ 1 Não Testável _____ NT	Pergunte nome, local e data para definir orientação. Diferencie quando o paciente tem discurso coerente mas está desorientado, quando apenas fala palavras sem formar um discurso e quando apresenta apenas gemidos.

Resposta Motora	
Obedece Comandos _____	6
Localiza _____	5
Flexão Normal _____	4
Flexão Anormal _____	3
Extensão _____	2
Sem Resposta _____	1
Não Testável _____	NT

Solicite que faça um comando (apertar sua mão p. ex.). Se não obedecer, faça estímulo com o pinçamento do trapézio* - se ele levanta o braço e leva a mão acima da clavícula, considerar 5 pontos. Caso eleve o membro sem ultrapassar a clavícula, 4 pontos. Se tiver resposta com flexão estereotipada e lenta, com cerramento do polegar e rotação do cotovelo, considere 3 pontos. Se extensão, 2 pontos.

Classificação do TCE:

LEVE **13 - 15**

MODERADO **9 - 12**

GRAVE **≤ 8 (indicada via aérea definitiva)**

Escala aplicável somente para maiores de 5 anos.

***Outras opções de estímulo: pressão em região supra orbitária ou leito ungueal. Considerar sempre a melhor resposta motora. Quando não for possível avaliar uma área, nenhum score é dado e é considerado não testável (NT).**

PUPILAS: avaliar tamanho (normal, miótica ou midriática), simetria (isocóricas ou anisocóricas) e resposta à luz:

Escala de Reatividade Pupilar (ERP)	
Ambas pupilas reagem à luz	0 ponto
1 pupila não reage à luz	1 ponto
2 pupilas não reagem à luz	2 pontos

De acordo com a modificação de 2018, utilizar a escala ECG-P:

$$\text{ECG} - \text{P} = \text{ECG} - \text{ERP}$$

Exemplo: paciente com abertura ocular (AO) à pressão, resposta verbal (RV) sons, resposta motora (RM) flexão normal, com as duas pupilas sem reatividade à luz. Temos: AO = 2, RV = 2, RM = 4 → ECG = 8 / ERP = 2 → **ECG-P = 6**.

LATERALIDADE: descrever se há alguma alteração motora ou sensitiva grosseira.

O TÉCNICO DE ENFERMAGEM deve considerar no diagnóstico diferencial das alterações neurológicas pós traumáticas:

- Oxigenação cerebral reduzida (por hipoxemia ou choque)
- Lesões do SNC (hematomas e hemorragias)
- Estado pós ictal após crise convulsiva
- Distúrbios metabólicos (hipoglicemia)
- Intoxicação por álcool e/ou drogas

E – EXPOSIÇÃO COM CONTROLE DE TEMPERATURA

- Avaliar a presença de outras lesões associadas.
- Realizar o controle de temperatura, evitando HIPOTERMIA. – Utilizar manta metálica.
- Lavar com SF0,9% em abundância e em temperatura ambiente, retirando as roupas molhadas, que não estejam aderidas às queimaduras.
- Retirar objetos como anéis, aliança, brincos, pulseiras, relógio, carteira, cinto, desde que não estejam aderidos à pele.
- Secar a vítima e fazer CURATIVO SECO com compressas secas, estéreis e não aderentes. (NÃO HÁ NECESSIDADE DE APLICAR NADA)

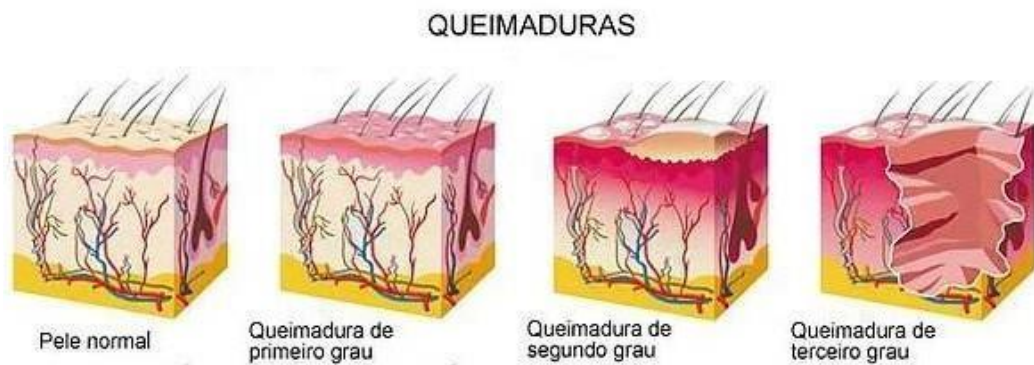
AVALIAR A SUPERFÍCIE CORPORAL QUEIMADA:

- 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



- Quanto à extensão: A extensão de uma queimadura é representada em percentagem da área corporal queimada.

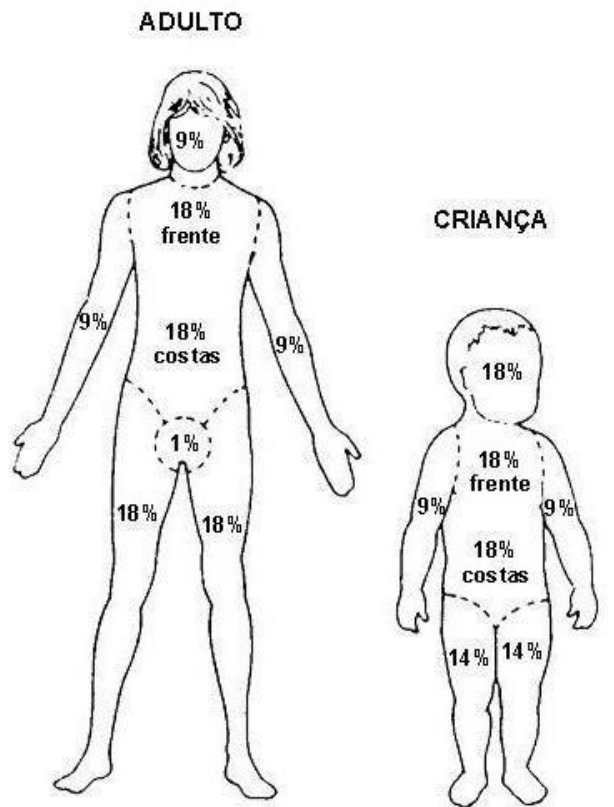
Leves (ou "pequeno queimado"): atingem menos de 10% da superfície corporal.

Médias (ou "médio queimado"): atingem de 10% a 20% da superfície corporal.

Graves (ou "grande queimado"): atingem mais de 20% da área corporal.

Regra dos nove: é atribuído, a cada segmento corporal, o valor nove (ou múltiplo dele):

CÁLCULO DA ÁREA CORPORAL



REPOSIÇÃO VOLÊMICA (CONFORME ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA):

- O acesso venoso periférico deve ser realizado, preferencialmente, dentro da viatura, quando o “ABCDE” não mostrar nenhum sinal de alarme para encaminhamento imediato.
- Realizar em área não queimada (se não for possível, puncionar em área queimada).
- Utilizar Ringer Lactato (RL) e informar o volume infundido ao médico do hospital de destino; **(CONFORME ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA)**

Sobre a reposição de volume em queimaduras com mais de 20% de SCQ:

O MÉDICO REGULADOR/INTERVENCIONISTA/ASSISTENTE seguirá o Protocolo da USA “TR06 – QUEIMADURAS TÉRMICAS”.

RESPONSABILIDADE DA EQUIPE DE USB:

- Reconhecer os sinais de gravidade descritos neste POP e informar **IMEDIATAMENTE** à Regulação que indicará o local do deslocamento.
- Caso desloque antes de terminar a avaliação, deverá finalizá-la dentro da Unidade de Saúde para completar a ficha de atendimento.

OBS.: Por se tratar de uma equipe de USB, sem o médico na cena, o objetivo principal do atendimento é reconhecer possíveis **SINAIS DE ALARME** e deslocar o paciente o mais rápido possível, conforme já descrito acima.

Em casos de médicos dos municípios tripulando a ambulância, orientá-los a preencher o **CHECK LIST DO TRANSPORTE SEGURO**.

ANTES DE ENCERRAR A OCORRÊNCIA:

EQUIPE DE ATENDIMENTO:

- Deve enviar ao médico regulador todos os medicamentos e materiais utilizados através do J16 e preencher completamente e corretamente os relatórios de atendimento escritos, além de enviar um resumo do caso pelo Tablet.

MÉDICO REGULADOR:

Deve cobrar o J16 e o relato da ocorrência pelo Tablet, caso a equipe não informe.



**SAMU
192**

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

NEP CISTRI
Núcleo de Educação Permanente

TR07 – ATENDIMENTO ÀS VÍTIMAS DE AFOGAMENTO

OBJETIVO

- Padronizar a conduta e manejo do atendimento às vítimas de afogamento pelas equipes de atendimento, conjuntamente com as orientações dadas pela Central de Regulação, após a retirada dos mesmos da água pelas equipes de salvamento.

Definições:

Afogamento: processo de comprometimento respiratório após submersão ou imersão em líquido. Pode ou não evoluir em um evento fatal. Evidências de líquido aspirado são tosse, secreção (espuma) em vias aéreas, ausculta pulmonar alterada ou alteração na ventilação/oxigenação após história de imersão ou submersão.

Submersão: quando o corpo todo fica dentro da água.

Imersão: a água respinga ou passa pela face causando a aspiração.

Resgate: pessoa resgatada da água sem sinais de aspiração líquida.

Já cadáver: morte por afogamento sem chances de iniciar ressuscitação, comprovada por tempo de submersão maior que 1 hora ou sinais evidentes de morte > 1 hora (rigidez cadavérica, livores ou decomposição corporal).

***Incidente de submersão ou imersão sem evidências de comprometimento respiratório (aspiração) deve ser considerado um resgate da água em vez de um afogamento.**

****Termos como "quase afogamento", "afogamento seco ou molhado", "afogamento ativo e passivo", "início secundário ou tardio de dificuldade respiratória" não devem mais ser usados.**

- Em média, no Brasil, são 15 mortes/dia, na maioria homens (6x mais), 46% dos óbitos são em menores de 29 anos, 70% deles em rios e represas enquanto que em crianças (menores de 10 anos) na maioria dos casos em piscinas e em casa.

- A hipoxemia é a principal causa de morbimortalidade e sua reversão deve ser o foco do tratamento. A "Cadeia de Sobrevivência do Afofamento" é uma série de intervenções que, quando colocada em prática por pessoas leigas ou profissionais, podem reduzir a morbimortalidade associadas ao afogamento:



- Mecanismo de Afogamento: a imersão/submersão geralmente estão associadas a pânico, com retenção da respiração e aumento da atividade física em um esforço para ficar na superfície. As vítimas raramente são vistas gritando ou abanando as mãos em pedido de socorro, ao contrário, geralmente são vistas flutuando ou em uma posição sem movimento ou mergulham e não voltam. O esforço inspiratório reflexo traz água para a faringe e laringe, causando resposta de engasgo ou laringoespasma. Segue-se sufocamento e hipoxemia, com perda da consciência que submerge ainda mais a vítima.

- Em 15% dos casos, o laringoespasma intenso impede a entrada de água nas vias aéreas inferiores. Nos demais casos, o laringoespasma relaxa e a glote abre, permitindo que a água entre nos pulmões.

- A entrada de fluido hipotônico (água doce) nos pulmões pode levar a sobrecarga de volume e diluição de eletrólitos, por outro lado, a entrada de fluido hipertônico (água salgada) pode levar a edema pulmonar e elevação de eletrólitos séricos.

ATENDIMENTO INICIAL

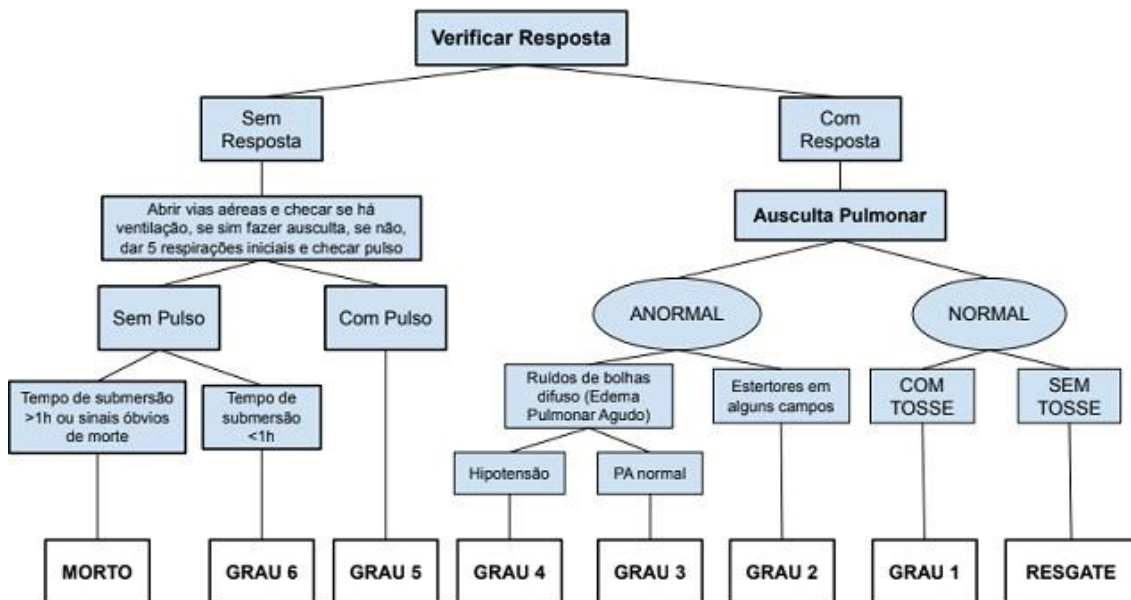
- **Realizar imobilização em prancha longa, caso haja politraumatismo associado ao afogamento, seguindo o protocolo específico e sem atrasos para iniciar a avaliação inicial. SEMPRE considerar politraumatizado o doente inconsciente ou com rebaixamento do nível de consciência.**

- **Priorizar a avaliação dos efeitos do politraumatismo para, depois, avaliar o afogamento e seus efeitos.**

Conduta:

Avaliação primária com ênfase no estabelecimento do **Grau do Afogamento**:

- ✓ **Grau 1:** consciente, ausculta pulmonar normal e tosse sem espuma;
- ✓ **Grau 2:** consciente, estertores de leve a 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.



Estabelecer a conduta para cada grau encontrado:

- ✓ **Resgate:** tranquilizar e orientar o paciente;
- ✓ **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 pronto socorro;
- ✓ **Grau 4:** oxigenoterapia em alto fluxo (por máscara facial ou via aérea avançada), reposição com cristalóides, considerar uso de drogas vasoativas e transportar ao hospital;
- ✓ **Grau 5:** atender conforme protocolo de parada respiratória, em caso de retorno da respiração espontânea, seguir conforme orientações do grau 4;
- ✓ **Grau 6:** atender conforme protocolo de PCR (ABC).

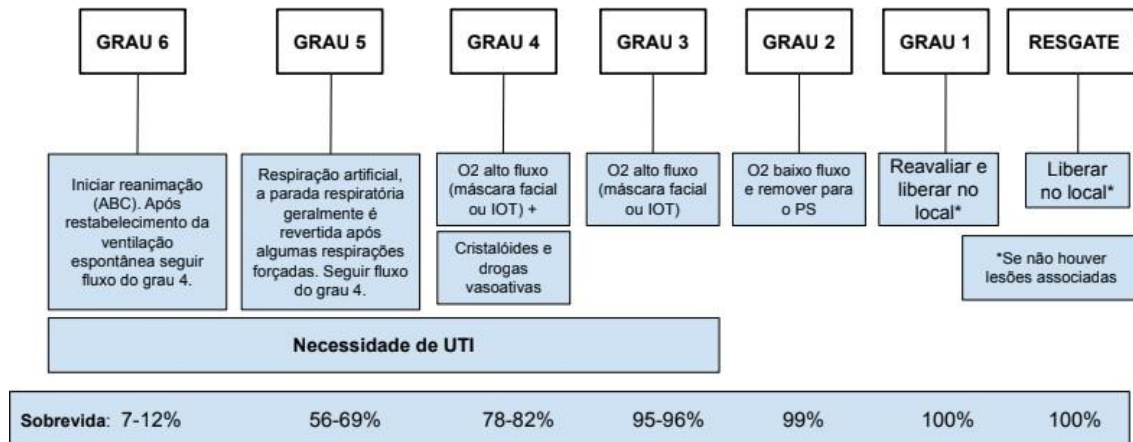


**SAMU
192**

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

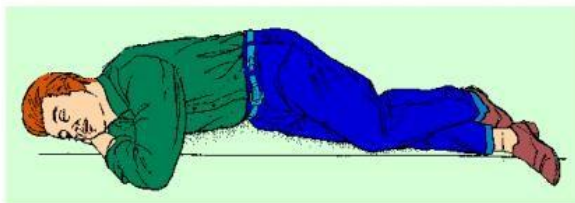
NEP CISTRI
Núcleo de Emergência Resuscitatória



TRANSPORTE

- O tempo na cena deve ser o mais curto possível.
- Na ausência de trauma associado providenciar repouso em posição de recuperação (figura abaixo).

Dr David Szpilman
Sociedade Brasileira de Salvamento Aquático – Sobrasa
Março de 2012



OBS.: Caso haja dúvida do mecanismo de trauma, associado ao afogamento, **SEMPRE** considerar realizar o transporte com colar cervical e prancha rígida.

- Controle da hipotermia: retirada das roupas molhadas, uso de mantas térmicas e/ou outros dispositivos para aquecimento passivo.
- Realizar a mobilização cuidadosa e considerar a necessidade de imobilização de coluna em prancha longa, sem atraso para o transporte.



**SAMU
192**

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

NEP CISTRI
Núcleo de Emergência Resposta

- O doente deverá ser removido para o hospital de referência de acordo com pactuação e fluxogramas.

RESPONSABILIDADE DA EQUIPE DE USB:

- Reconhecer os sinais de gravidade descritos neste POP e informar **IMEDIATAMENTE** à Regulação que indicará o local do deslocamento.

- Caso desloque antes de terminar a avaliação, deverá finalizá-la dentro da Unidade de Saúde para completar a ficha de atendimento.

OBS.: Por se tratar de uma equipe de USB, sem o médico na cena, o objetivo principal do atendimento é reconhecer possíveis **SINAIS DE ALARME** e deslocar o paciente o mais rápido possível, conforme já descrito acima.

Em casos de médicos dos municípios tripulando a ambulância, orientá-los a preencher o **CHECK LIST DO TRANSPORTE SEGURO**.

ANTES DE ENCERRAR A OCORRÊNCIA:

EQUIPE DE ATENDIMENTO:

- Deve enviar ao médico regulador todos os medicamentos e materiais utilizados através do J16 e preencher completamente e corretamente os relatórios de atendimento escritos, além de enviar um resumo do caso pelo Tablet.

MÉDICO REGULADOR:

Deve cobrar o J16 e o relato da ocorrência pelo Tablet, caso a equipe não informe.

TR08 – ATENDIMENTO ÀS VÍTIMAS DE QUEDA

OBJETIVO

- Padronizar a conduta e manejo do atendimento às vítimas de QUEDA pelas equipes de atendimento, conjuntamente com as orientações dadas pela Central de Regulação.

PROCEDIMENTO PADRÃO PARA REGULAÇÃO:

Segurança inicial da cena:

- ✓ O CONTROLADOR DE FROTAS deverá acionar o CORPO DE BOMBEIROS e/ou autoridade policial responsável no município ou área de abrangência quando indicado: Queda de altura em local de difícil acesso (ver protocolo de acionamento de entidades).
- ✓ A EQUIPE DE ATENDIMENTO só iniciará o socorro às vítimas após a segurança da cena estar garantida.

Critérios para acionamento da USA:

- ✓ Vítima inconsciente;
- ✓ Hemorragia exsanguinante;
- ✓ Convulsão pós trauma;
- ✓ Déficit neurológico agudo;
- ✓ Alteração súbita de consciência;
- ✓ Equimose de mastóide ou periorbitária e/ou otorragia;
- ✓ **Mecanismo de trauma significativo**, como:
 - Mergulho em águas rasas;
 - Queda de altura > 3 metros (ou 3x a própria altura na criança);
- ✓ Queda sobre objetos transfixantes;
- ✓ Comorbidades graves que possam ter sido a causa da queda e podem desenvolver complicações após o evento;

OBS.: Se por exceção foi empenhada uma USB, assim que reconhecida a gravidade no local, a regulação médica deverá acionar, em locais onde haja disponibilidade, a equipe de USA.

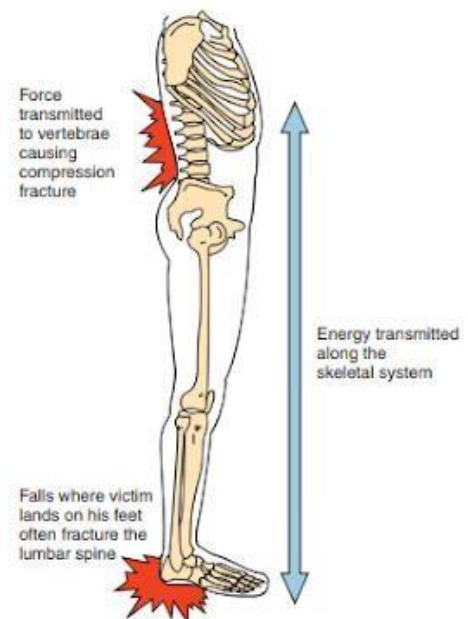
- As quedas são um dos mecanismos de trauma mais comuns, com maior ocorrência em crianças e idosos. Podem ser leves, como tropeçar ou escorregar em uma superfície molhada, até quedas de uma altura significativa que resultam em lesões graves. Outras

quedas incluem as de escadas ou de brinquedos e lesões intencionais, como saltar de uma sacada ou de uma ponte. No caso de lesão intencional, o apoio psiquiátrico deve ser precoce, além da identificação e do controle das lesões.

- Queda no mesmo nível (queda da própria altura) acontecem em todas as faixas etárias, mas as lesões ocorrem com mais frequência nos idosos.

- É importante estimar a altura da queda, superfície onde a vítima caiu e a parte do corpo que sofreu impacto primeiro. Em adultos, quedas de mais de 6 metros e em crianças duas a três vezes a altura da criança estão associadas a lesões graves.

- Quedas sobre os pés (Síndrome de *Don Juan*) são associadas a fraturas bilaterais de calcâneo, fraturas por cisalhamento dos tornozelos e fraturas distais de fíbula e tíbia. As pernas são a próxima parte do corpo a absorver energia, resultando em fraturas de platô tibial, fêmur e pelve. O corpo é comprimido pelo peso da cabeça e do tronco, que ainda estão em movimento, causando fraturas de compressão da coluna toracolombar. A aorta torácica é particularmente suscetível em razão de seus ligamentos, podendo se romper (queda de mais de 3 metros). Se a queda for para frente, com as mãos esticadas, o resultado pode ser fraturas de um ou ambos os punhos.



- Nas quedas sobre a cabeça, por exemplo no mergulho em águas rasas, o peso e força do tronco, pelve e membros inferiores comprimem a cabeça e a coluna cervical, podendo causar fraturas.

Queda em Idosos:

- Quedas são a causa mais comum de trauma no idoso e sua incidência aumenta com a idade e com a presença de comorbidades limitantes.

- Estão associadas a significativa morbidade e mortalidade.
- Podem passar despercebidas por falta de sintomas logo após a queda ou pelo paciente não informar sobre o evento.
- Cerca de 40% de todas as ocorrências resultam em lesões menores e 5 a 10% em lesões maiores (fraturas, TCE moderado ou grave e lacerações graves).
- 95% das fraturas de pelve em idosos são causadas por quedas e mais de 50% destes não voltarão a ter o *status* funcional prévio. A mortalidade por trauma pélvico é 4 vezes maior nos idosos em comparação com os jovens.
- A maioria dos óbitos pós quedas não ocorre imediatamente, mas dias ou semanas após por complicações relacionadas, sendo o TCE a causa mais comum.
- Os principais fatores de risco identificados são: história de queda prévia, perda de força em membros inferiores, idade, sexo feminino, alteração cognitiva, uso de drogas psicotrópicas, alteração do equilíbrio/marcha, deficiência visual, artrite, história de AVC prévio, hipotensão ortostática, tonturas, anemia.
- Quedas causadas por síncope estão associadas a aumento no risco de lesões maiores.
- A dura-máter mais aderida ao crânio e o uso de anticoagulantes aumentam o risco de sangramento intracraniano. O hematoma subdural subagudo ou crônico ocorre devido a sua evolução lenta nos pacientes com atrofia cerebral, podendo haver um intervalo entre o trauma e o início dos sintomas de dias ou semanas. Isto justifica o uso mais liberal de tomografias em vítimas de TCE com mais de 65 anos. Deve-se ter atenção ainda ao uso de anticoagulantes e antiplaquetários, já que a reversão precoce da anticoagulação melhora o prognóstico destes pacientes.

Quedas em Crianças:

- Principal causa de trauma em crianças, geralmente associadas a lesões musculoesqueléticas e TCE leves.
- A maioria das quedas ocorrem em casa ou na escola. Outros locais menos comuns incluem parques, clubes e durante atividades esportivas.
- Quedas de escada e da cama são as mais comuns.
- Principais lesões associadas a quedas em crianças por altura:

- ✓ Baixa: Fraturas de membros superiores;
- ✓ Média: Lesões de cabeça e pescoço, fraturas de membros inferiores e superiores;
- ✓ Alta: Traumatismos múltiplos, lesões de cabeça e pescoço, fraturas de membros superiores e inferiores.

- Lesões de coluna em crianças são raras e estão mais associadas a eventos de alta energia cinética.
- Deve-se lembrar que as manifestações de trauma musculoesquelético em crianças podem ser sutis e a ausência de fraturas não descarta a possibilidade de trauma importante (por exemplo, contusão pulmonar sem fratura de arco costal).

ATENDIMENTO E REANIMAÇÃO INICIAL

Deve seguir a sequência de prioridades **XABCDE**:

- X - CONTROLE DE SANGRAMENTO EXSANGUINANTE
- A - VIAS AÉREAS E CONTROLE DA COLUNA CERVICAL
- B - RESPIRAÇÃO
- C - CIRCULAÇÃO COM CONTROLE DA HEMORRAGIA
- D - AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA ABREVIADA
- E - EXPOSIÇÃO COM CONTROLE DE TEMPERATURA

Avaliação Secundária:

- Sempre que possível e que as condições clínicas do doente permitam;
- Anamnese incluindo o AMPLA (*Alergias, Medicamentos, Passado, Lanche e Ambiente*);
- Exame físico completo, da cabeça aos pés.

TRANSPORTE

- Se alguma condição de risco à vida for identificada durante a avaliação primária, o paciente deve ser removido rapidamente após o início da intervenção na cena.
- A equipe de USB, quando realizar atendimento ao idoso vítima de queda (mesmo que da própria altura), deverá seguir o protocolo de imobilização COMPLETA do paciente

com colar cervical, em prancha rígida. Possíveis suspeitas de fratura também deverão ser imobilizadas com registros de fotos antes e após imobilização.

- O tempo na cena deve ser o mais curto possível, exceto em algumas circunstâncias, sendo limitado a 10 minutos.

- O doente deverá ser removido para o Hospital de referência, de acordo com a pactuação (VAGA ZERO TRAUMA) e fluxogramas. O Pronto Socorro do Hospital de Clínicas da U.F.U. é a referência em trauma na macrorregião do Triângulo Norte.

RESPONSABILIDADE DA REGULAÇÃO MÉDICA:

- Reconhecidos sinais de gravidade da vítima atendida por **USB**, definir **IMEDIATAMENTE** o deslocamento da equipe à Porta de Entrada pactuada e auxiliar o médico da Unidade nas condutas a serem tomadas até estabilização do paciente para transferência e/ou tratamento definitivo no local.

- Os casos mais graves (VAGA ZERO TRAUMA) devem ser regulados para o Pronto Socorro do Hospital de Clínicas de Uberlândia e o transporte deverá ser realizado preferencialmente por **USA**, haja vista a gravidade do doente, após serem tomadas todas as condutas para estabilização da vítima. Caso o médico regulador opte por transporte em Unidade de Suporte Básico com ou sem acompanhamento médico deverá deixar sua conduta respaldada no prontuário eletrônico.

- Cobrar da equipe de atendimento o preenchimento e envio do J16 e registrar na ocorrência o uso ou não de medicação.

TR09 – TRAUMA NA GESTANTE

OBJETIVO

- Padronizar a conduta e manejo do atendimento às GESTANTES vítimas de TRAUMA pelas equipes de atendimento, conjuntamente com as orientações dadas pela Central de Regulação.

PROCEDIMENTO PADRÃO PARA REGULAÇÃO:

Segurança inicial da cena:

- O CONTROLADOR DE FROTAS deverá acionar o CORPO DE BOMBEIROS e/ou autoridade policial responsável no município ou área de abrangência quando indicado (ver protocolo de acionamento de entidades).

- A EQUIPE DE ATENDIMENTO só iniciará o socorro às vítimas após a segurança da cena estar garantida. Caso a cena ainda não esteja sinalizada, o CONDUTOR SOCORRISTA deverá fazer isto até a chegada de outra entidade para auxiliar.

- O MÉDICO REGULADOR deverá perguntar ao solicitante, sempre que possível, sobre a possibilidade de gravidez de mulheres em idade fértil vítimas de trauma; naquelas sabidamente gestantes, questionar a idade gestacional aproximada e se a gestação é de alto risco; perguntar se após o trauma iniciou com contrações, sangramento vaginal e/ou perda de líquidos. Orientar a não movimentar a paciente e não oferecer líquidos ou alimentos.

Critérios para acionamento da USA:

- Gestante com mais de 20 semanas vítima de trauma com mecanismo perigoso: capotamento, ejeção do automóvel, vítima fatal no mesmo compartimento, atropelamento de pedestre/ciclista por veículo a mais de 30 Km/h, queda de altura maior que 2 metros, ferimentos penetrantes no tronco.

- Gestante com mais de 20 semanas que evolui com sangramento e/ou trabalho de parto após o trauma.

OBS.: Se por exceção foi empenhada uma USB, assim que reconhecida a gravidade no local, a regulação médica deverá acionar, em locais onde haja disponibilidade, a equipe de USA.

ATENDIMENTO E REANIMAÇÃO INICIAL

Deve seguir a sequência de prioridades **XABCDE “F”**:

- X - CONTROLE DE SANGRAMENTO EXSANGUINANTE
- A - VIAS AÉREAS E CONTROLE DA COLUNA CERVICAL
- B - RESPIRAÇÃO
- C - CIRCULAÇÃO COM CONTROLE DA HEMORRAGIA
- D - AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA ABREVIADA
- E - EXPOSIÇÃO COM CONTROLE DE TEMPERATURA
- “F” - AVALIAÇÃO DO FOCO (BCF).

- Na gestante, a sequência de prioridades não deve mudar, porém a avaliação do feto através da aferição dos batimentos cardíofetais (BCF) pode ser incluída como um passo imediatamente após a avaliação “E” - lembrando que a avaliação do BCF na cena não muda a conduta e por isso não deve ser realizada se for atrasar a remoção da vítima.

Vias Aéreas e Ventilação:

- A avaliação das vias aéreas é igual a da não grávida. Cheque a permeabilidade das vias aéreas e ofereça oxigênio em alta concentração, ou seja, 10 a 15L/min sob máscara não reinalante, para evitar hipóxia fetal. **(CONFORME ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA).**

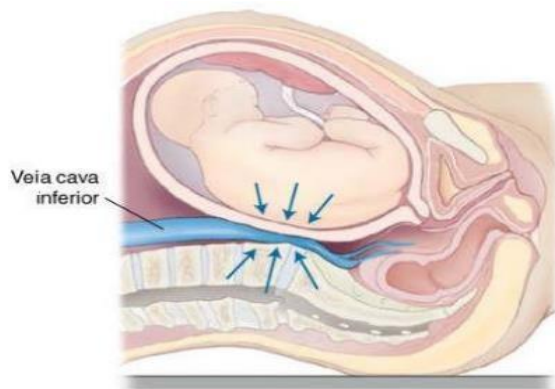
- Antecipe a possibilidade de vômito. Pacientes no 2º ou 3º trimestre estão em maior risco de aspiração devido às mudanças anatômicas e fisiológicas (menor tônus do esfíncter esofágico inferior, retardo do esvaziamento gástrico e pressão intra-abdominal aumentada). Se necessário, administrar antieméticos intravenosos, como metoclopramida e ondansetrona. **(CONFORME ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA)**

Circulação:

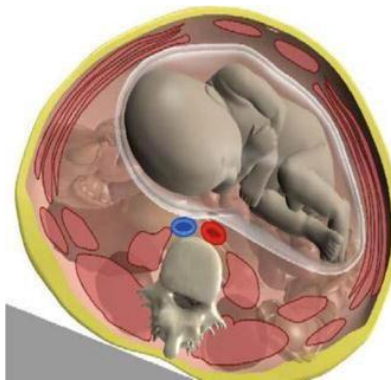
- Devido a hipervolemia progressiva, aumentando até em 50% ao termo, as alterações dos sinais vitais só ocorrem após uma perda de 30 a 35% da volemia.

- A frequência cardíaca se encontra aumentada em até 20 bpm em relação ao basal da gestante. As pressões arteriais sistólica e diastólica caem de 5 a 10 mmHg durante o 2º trimestre, normalizando-se até o final da gestação.

- Hipertensão no último trimestre pode sinalizar pré-eclampsia, por outro lado a hipotensão pode ser resultante da compressão da veia cava inferior pelo útero.



- O débito cardíaco pode ser melhorado através de manobras que aliviam a pressão sobre a veia cava inferior, melhorando o retorno venoso em gestantes com > 20 semanas, principalmente do 3º trimestre, tais como:
 - ✓ Mover manualmente o útero para o lado esquerdo da paciente;
 - ✓ Se a paciente não puder ser rodada, elevar a perna direita;
 - ✓ Decúbito lateral esquerdo ou, se a restrição de mobilidade vertebral for indicada, rotacionar a doente para a esquerda em 15 a 20° com a aplicação de um coxim de lençol com altura de 10 a 15 cm no lado direito da prancha.





- A hemorragia intra-abdominal, associada ou não a lesões uterinas, pode demorar horas para causar peritonite após o trauma, portanto a ausência de irritação peritoneal não exclui a possibilidade de hemoperitônio.
 - Durante a palpação abdominal, pode ser identificada hipersensibilidade, contrações uterinas frequentes, tetania ou irritabilidade uterina (se contrai quando tocado), achados que podem estar associados a hemorragia vaginal (presente em 70% dos casos) e sugerem fortemente o descolamento prematuro de placenta.
 - Dor abdominal, defesa, rigidez ou descompressão brusca dolorosa sugerem ruptura uterina. Podem ser palpadas partes fetais.
 - Os objetivos do tratamento do choque são os mesmos de qualquer paciente: administração criteriosa de cristalóides e precoce de hemocomponentes no choque hemorrágico. **(CONFORME ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA)**
 - Não há dados adequados para definir o melhor alvo de pressão arterial para uma gestante com lesão. Restaurar a pressão arterial para valores normais provavelmente resultará em uma melhor perfusão fetal, mas aumenta o risco de promover hemorragia adicional na mãe.
 - Vasopressores devem ser evitados ao máximo pois pioram mais ainda a hipóxia fetal na gestante em choque.
 - Obter acesso venoso periférico em fossa antecubital com cateter 14, 16 ou 18 e iniciar infusão de Ringer Lactato, se houver necessidade, ou seja, se sinais de choque. **(CONFORME ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA)**
- Não infundir se PAS > 120mmHg. Porém, o transporte não deve ser atrasado por medidas como acesso intravenoso e infusão de volume se não houver sinais de choque.

Atenção: a infusão agressiva de fluidos deve ser evitada para minimizar o sangramento e edema no paciente com choque hemorrágico.

- Gestantes Rh-negativas devem receber imunoglobulina em até 72h, exceto quando a lesão é distante do útero (trauma isolado de membro, por exemplo).

Neurológico:

- A eclâmpsia, complicação do final da gestação, pode simular complicações do TCE, pois ambos podem cursar com convulsões. Na primeira, pode estar associada hipertensão arterial, hiperreflexia, proteinúria e edema periférico. Neste caso o tratamento deve incluir a administração de Sulfato de Magnésio.

TRANSPORTE

- Se alguma condição de risco à vida for identificada durante a avaliação primária, o paciente deve ser removido rapidamente após o início da intervenção na cena.

- O tempo na cena deve ser o mais curto possível, exceto em algumas circunstâncias, sendo limitado a 10 minutos, em particular para pacientes com hipotensão.

- Sempre considerar a melhor resposta de tempo de transferência, lembrando que nas interceptações de USB por USA (móvel ou aéreo) deve ser contabilizado o tempo operacional de troca de viatura.

- O doente deverá ser removido para o Hospital de referência, de acordo com a pactuação (VAGA ZERO TRAUMA) e fluxogramas. O Pronto Socorro do Hospital de Clínicas da U.F.U. é a referência em trauma na macrorregião do Triângulo Norte.

- Na chegada à sala de trauma do Hospital de referência, a equipe que recebe o paciente deve aguardar a passagem do caso (*hands-off hands-over*), a menos que alguma condição com risco imediato à vida seja óbvia, antes de iniciar o atendimento. Um acrônimo útil para passar o caso é o **MIST**:

M - Mecanismo e tempo do trauma

I - *Injuries* / Lesões encontradas e suspeitas

S - Sinais e sintomas

T - Tratamento iniciado (procedimentos, medicamentos, fluidos).

RESPONSABILIDADE DA REGULAÇÃO MÉDICA:

- Reconhecidos sinais de gravidade da vítima, definir **IMEDIATAMENTE** o deslocamento da equipe à Porta de Entrada pactuada e auxiliar o médico da Unidade nas condutas a serem tomadas até estabilização do paciente para transferência e/ou tratamento definitivo no local.
- Os casos mais graves (VAGA ZERO TRAUMA) devem ser regulados para o Pronto Socorro do Hospital de Clínicas de Uberlândia e o transporte deverá ser realizado por **USA (ou USB acompanhada por médico)**, haja vista a gravidade do doente, após serem tomadas todas as condutas para estabilização da vítima. Caso o médico regulador opte por transporte em Unidade de Suporte Básico com ou sem acompanhamento médico deverá deixar sua conduta respaldada no prontuário eletrônico.
- Cobrar da equipe de atendimento o preenchimento e envio do J16 e registrar na ocorrência o uso ou não de medicação.

RESPONSABILIDADE DA EQUIPE DE USB:

- Reconhecer os sinais de gravidade descritos neste POP e informar **IMEDIATAMENTE** à Regulação que indicará o local do deslocamento.
- Caso desloque antes de terminar a avaliação, deverá finalizá-la dentro da Unidade de Saúde para completar a ficha de atendimento.

OBS.: Por se tratar de uma equipe de USB, sem o médico na cena, o objetivo principal do atendimento é reconhecer possíveis **SINAIS DE ALARME** e deslocar o paciente o mais rápido possível, conforme já descrito acima.

Em casos de médicos dos municípios tripulando a ambulância, orientá-los a preencher o **CHECK LIST DO TRANSPORTE SEGURO**.

ANTES DE ENCERRAR A OCORRÊNCIA:

EQUIPE DE ATENDIMENTO:

- Deve enviar ao médico regulador todos os medicamentos e materiais utilizados através do J16 e preencher completamente e corretamente os relatórios de atendimento escritos, além de enviar um resumo do caso pelo Tablet.

MÉDICO REGULADOR:

Deve cobrar o J16 e o relato da ocorrência pelo Tablet, caso a equipe não informe.

TR10 – TRAUMA PEDIÁTRICO

OBJETIVO

- Padronizar a conduta e manejo do atendimento às **CRIANÇAS** vítimas de TRAUMA pelas equipes de atendimento, conjuntamente com as orientações dadas pela Central de Regulação.

PROCEDIMENTO PADRÃO PARA REGULAÇÃO:

Segurança inicial da cena:

- O CONTROLADOR DE FROTAS deverá acionar o CORPO DE BOMBEIROS e/ou autoridade policial responsável no município ou área de abrangência quando indicado (ver protocolo de acionamento de entidades).

- A EQUIPE DE ATENDIMENTO só iniciará o socorro às vítimas após a segurança da cena estar garantida. Caso a cena ainda não esteja sinalizada, o (a) CONDUTOR(A) SOCORRISTA deverá fazer isto até a chegada de outra entidade para auxiliar.

- O MÉDICO REGULADOR deverá perguntar ao solicitante sobre estado de consciência, se há alguma evidência de hemorragia maciça, sobre o evento: uso de dispositivos de segurança, presença de fogo em veículos ou na cena, vazamento de combustível ou outras substâncias explosivas ou tóxicas, aspiração de fumaça, queda de altura, tipos de superfície. No caso de acidentes de trânsito, orientar ao solicitante a sinalizar as vias, não tocar na vítima (exceto se hemorragias externas, quando o regulador deverá orientar a compressão direta), não retirar o capacete, não oferecer água ou alimento à vítima.

Critérios para acionamento da USA:

- Mecanismos de trauma grave: capotamento, ejeção do automóvel, vítima fatal no mesmo compartimento, atropelamento de pedestre/ciclista por veículo a mais de 30 Km/h, queda de altura maior que 3x o tamanho estimado da criança.

- Condições patofisiológicas graves: vítima inconsciente, trauma de face grave, sinais de insuficiência respiratória, sinais de choque, amputação ou quase amputação de membro, crise convulsiva pós traumática.

Se por exceção foi empenhada uma USB, assim que reconhecida a gravidade no local, a regulação médica deverá acionar, em locais onde haja disponibilidade, a equipe de USA.

- Lembrar que o trauma pediátrico pode representar uma síndrome de “Forte Valência Social”, podendo se tornar uma urgência pela comoção social pelo atendimento.
- Orientar a conduta conforme protocolo abaixo.

ATENDIMENTO E REANIMAÇÃO INICIAL

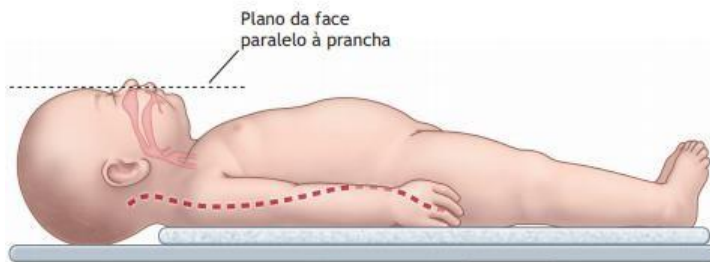
Deve seguir a mesma sequência de prioridades do adulto, ou seja, **XABCDE**:

- X - CONTROLE DE SANGRAMENTO EXSANGUINANTE
- A - VIAS AÉREAS E CONTROLE DA COLUNA CERVICAL
- B - RESPIRAÇÃO
- C - CIRCULAÇÃO COM CONTROLE DA HEMORRAGIA
- D - AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA ABREVIADA
- E - EXPOSIÇÃO COM CONTROLE DE TEMPERATURA

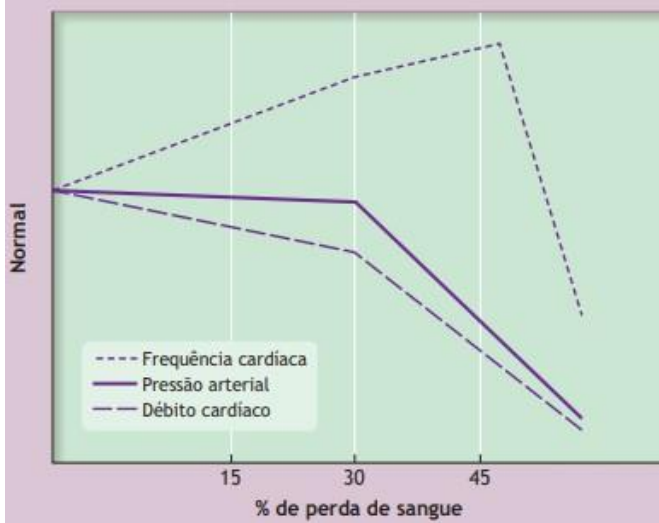
- Durante o atendimento avaliar movimentação espontânea, interatividade com o prestador de socorro, consolabilidade, aparência e fala/choro.

Considerações especiais:

- Crianças são mais sensíveis à hipoxemia, que é a principal causa de morte em trauma neste grupo etário. Ofereça oxigênio precocemente. **(CONFORME ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA)**.
- Proporcionalmente a língua é maior, a mandíbula menor e mais curta; a via aérea afunilada e estreita, com laringe anteriorizada.
- O occipito grande em crianças menores de 3 anos leva a assumirem a “posição de cheirador” quando deitados sobre uma superfície plana. Para corrigir a posição, deve-se posicionar um coxim de mais ou menos 2 a 3 cm de espessura até os ombros (figura a seguir).
- Em função da maior reserva fisiológica pode cursar com alteração súbita e enganosa dos sinais vitais (gráfico a seguir).



Repercussão Fisiológica: Alterações Hemodinâmicas



Sinais Vitais em Pediatria

Idade	FR (irpm)	FC (bpm)	Limite inferior da Pressão Sistólica (mmHg)
Até 1 mês	30 - 60	120 - 205	60
Até 1 ano	30 - 53	100 - 180	70
1 a 2 anos	22 - 37	98 - 140	70
3 a 5 anos	20 - 28	80 - 120	75
6 a 12 anos	18 - 25	75 - 118	80
maior que 12 anos	12 - 15	60 - 100	90

A – VIAS AÉREAS E CONTROLE DA COLUNA CERVICAL:

- Oferecer oxigênio para garantir saturação de O₂ acima de 94%. **(CONFORME ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA)**

B – VENTILAÇÃO E RESPIRAÇÃO:

- Há maior risco de barotrauma em crianças, assim como a evolução para pneumotórax hipertensivo é mais frequente nesta faixa etária.
- É possível a ocorrência de contusão pulmonar mesmo sem fraturas de costelas levando a hipoxemia.

C – CIRCULAÇÃO COM CONTROLE DE HEMORRAGIA:

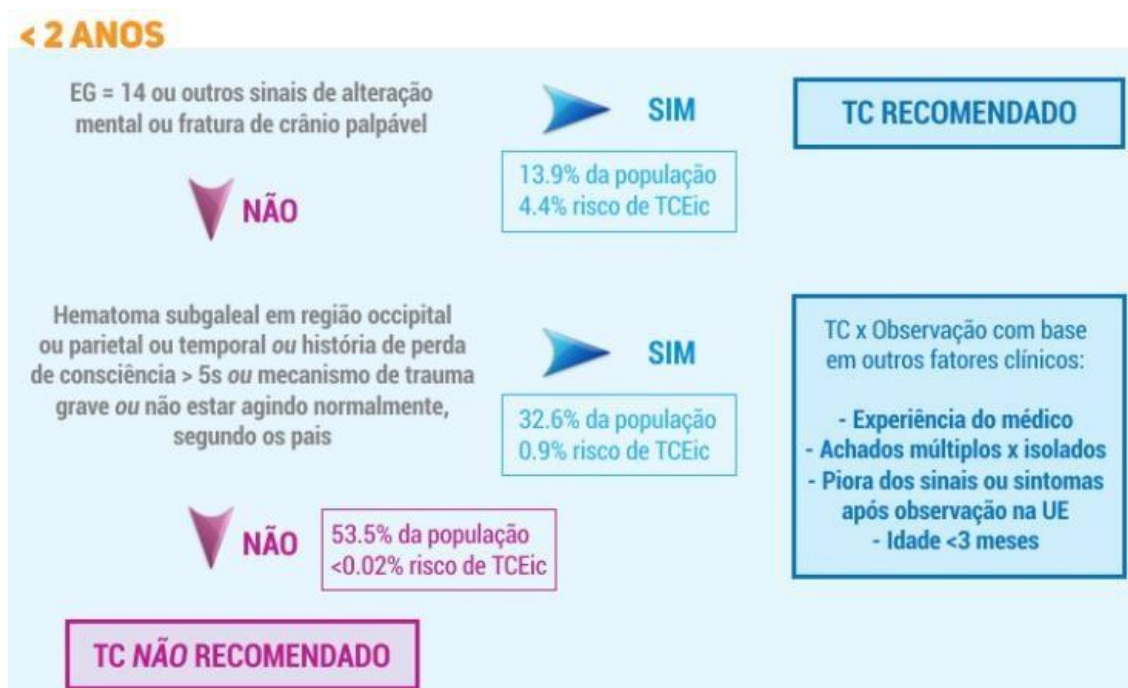
- Atenção às diferentes faixas de normalidade dos sinais vitais. Considerar que em crianças os sinais vitais vão se alterar mais tardiamente no choque hemorrágico.
- Usar fluidos com critério, sempre em *bolus* de 20ml/kg. Após o 2º bolus, deve-se iniciar a hemotransfusão a 10ml/kg. **(CONFORME ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA)**
O peso pode ser estimado pela fórmula (2 x idade) + 10.

D – DISFUNÇÃO NEUROLÓGICA:

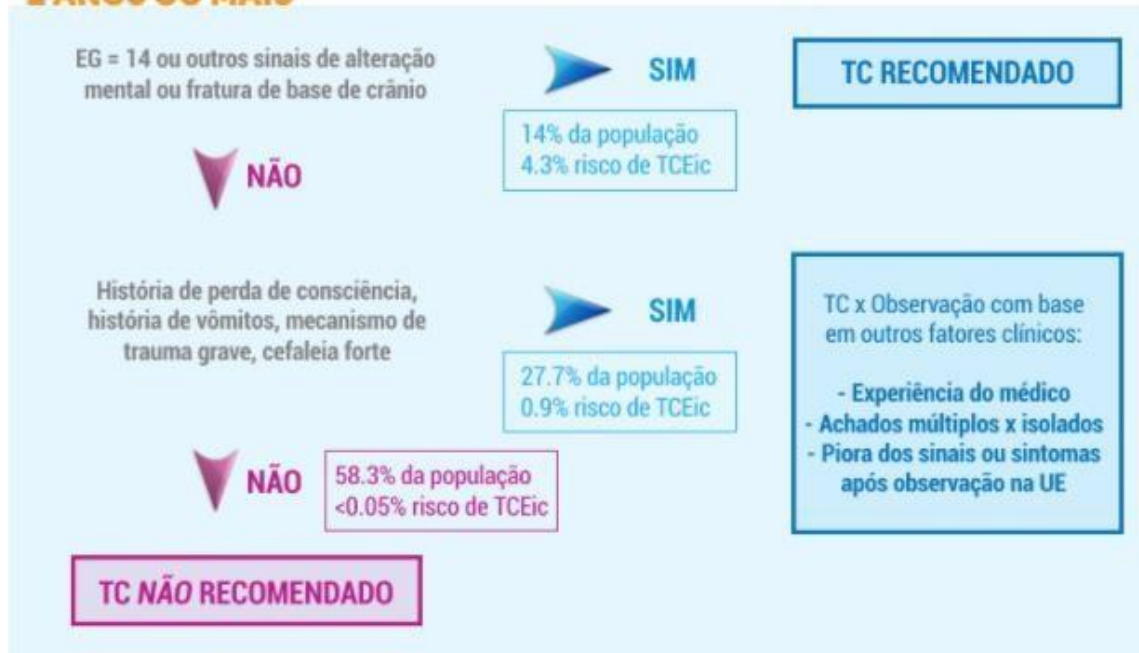
Na avaliação da Escala de Coma de Glasgow, adaptar a resposta verbal:

RESPOSTA VERBAL	ESCORE
Palavras apropriadas e/ou sorriso social, fixa e segue olhar	5
Chora, mas consolável	4
Persiste irritado	3
Agitado, inconsolável	2
Ausente	1

- As indicações de Tomografia de Crânio em crianças são guiadas pelo algoritmo **PECARN** (Pediatric Emergency Care Applied Research Network):



2 ANOS OU MAIS



*Legenda: EG = Escala de Coma de Glasgow; TCEic = Trauma Crânio Encefálico com indicação cirúrgica; UE = unidade de emergência.

E – EXPOSIÇÃO COM CONTROLE DE TEMPERATURA:

- Crianças estão expostas a um maior risco de hipotermia, por isso é fundamental a prevenção passiva e ativa, com uso de mantas térmicas, enfaixamento de membros, infusão de soluções aquecidas (39°C), entre outros.

TRANSPORTE

- Se alguma condição de risco à vida for identificada durante a avaliação primária, o paciente deve ser removido rapidamente após o início da intervenção na cena - não perder tempo com procedimentos que não sejam estritamente necessários.

- O tempo na cena deve ser o mais curto possível, exceto em algumas circunstâncias, sendo limitado a 10 minutos.

- O doente deverá ser removido para o Hospital de referência, de acordo com a pactuação (VAGA ZERO TRAUMA) e fluxogramas. O Pronto Socorro do Hospital de Clínicas da U.F.U. é a referência em trauma na macrorregião do Triângulo Norte.

- Na chegada à sala de trauma do Hospital de referência, a equipe que recebe o paciente deve aguardar a passagem do caso (*hands-off hands-over*), a menos que alguma condição com risco imediato à vida seja óbvia, antes de iniciar o atendimento. Um acrônimo útil para passar o caso é o **MIST**:

M - Mecanismo e tempo do trauma

I - *Injuries* / Lesões encontradas e suspeitas

S - Sinais e sintomas

T - Tratamento iniciado (procedimentos, medicamentos, fluidos).

RESPONSABILIDADE DA REGULAÇÃO MÉDICA:

- Reconhecidos sinais de gravidade da vítima em atendimento pela **USB**, definir **IMEDIATAMENTE** o deslocamento da equipe à Porta de Entrada pactuada e auxiliar o médico da Unidade nas condutas a serem tomadas até estabilização do paciente para transferência e/ou tratamento definitivo no local.

- Os casos mais graves (VAGA ZERO TRAUMA) devem ser regulados para o Pronto Socorro do Hospital de Clínicas de Uberlândia e o transporte deverá ser realizado por **USA**, haja vista a gravidade do doente, após serem tomadas todas as condutas para estabilização da vítima. Caso o médico regulador opte por transporte em Unidade de Suporte Básico com ou sem acompanhamento médico deverá deixar sua conduta respaldada no prontuário eletrônico.

OBS.: A maioria dos casos de trauma pediátrico são considerados vaga zero para o Hospital de Clínicas da U.F.U, exceto traumas muito simples, que possam ser resolvidos no município.

RESPONSABILIDADE DA EQUIPE DE USB:

- Reconhecer os sinais de gravidade descritos neste POP e informar **IMEDIATAMENTE** à Regulação que indicará o local do deslocamento.

- Caso desloque antes de terminar a avaliação, deverá finalizá-la dentro da Unidade de Saúde para completar a ficha de atendimento.

OBS.: Por se tratar de uma equipe de USB, sem o médico na cena, o objetivo principal do atendimento é reconhecer possíveis **SINAIS DE ALARME** e deslocar o paciente o mais rápido possível, conforme já descrito acima.

Em casos de médicos dos municípios tripulando a ambulância, orientá-los a preencher o **CHECK LIST DO TRANSPORTE SEGURO**.

TR11 – APLICAÇÃO DO TORNIQUETE DE EXTREMIDADE NO TRAUMA

OBJETIVO

- Padronizar indicações e técnicas de uso do torniquete de membros em vítimas de trauma pelas equipes de atendimento.

PROCEDIMENTO PADRÃO PARA REGULAÇÃO:

- O MÉDICO REGULADOR deverá perguntar ao solicitante sobre a presença de hemorragia exsanguinante em vítimas de trauma (ver definições). Orientar o solicitante a comprimir o local do sangramento com um pano limpo e manter a pressão firme com as duas mãos sobre o local até a chegada do atendimento.

ATENDIMENTO INICIAL

- Primeiro garantir a segurança da cena e da equipe.
- Avaliar o XABCDE.

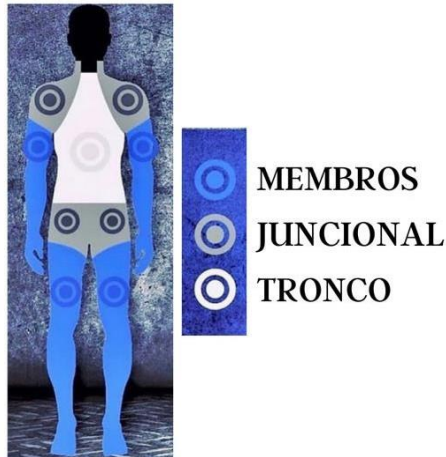
X – CONTROLE DE SANGRAMENTO EXSANGUINANTE

Definição: Sangramento externo grave, que ameaça imediatamente a vida geralmente sangue vivo e com alto fluxo.

Exemplos:



Identifique o local do ferimento:



Membro

- Remova a roupa no local do ferimento e aplique pressão firme e contínua sobre a ferida, se o sangramento parar, faça o curativo compressivo no local.
- Nos ferimentos profundos introduza gaze estéril até preencher completamente a ferida e faça o curativo compressivo.
- Se o sangramento não parar após a compressão local após 2-3 min, aplique o torniquete de membros conforme as orientações a seguir.
- Nas hemorragias importantes, especialmente em lesões arteriais e amputações/quase amputações, o torniquete pode ser a primeira opção de controle de hemorragia.

Juncional:

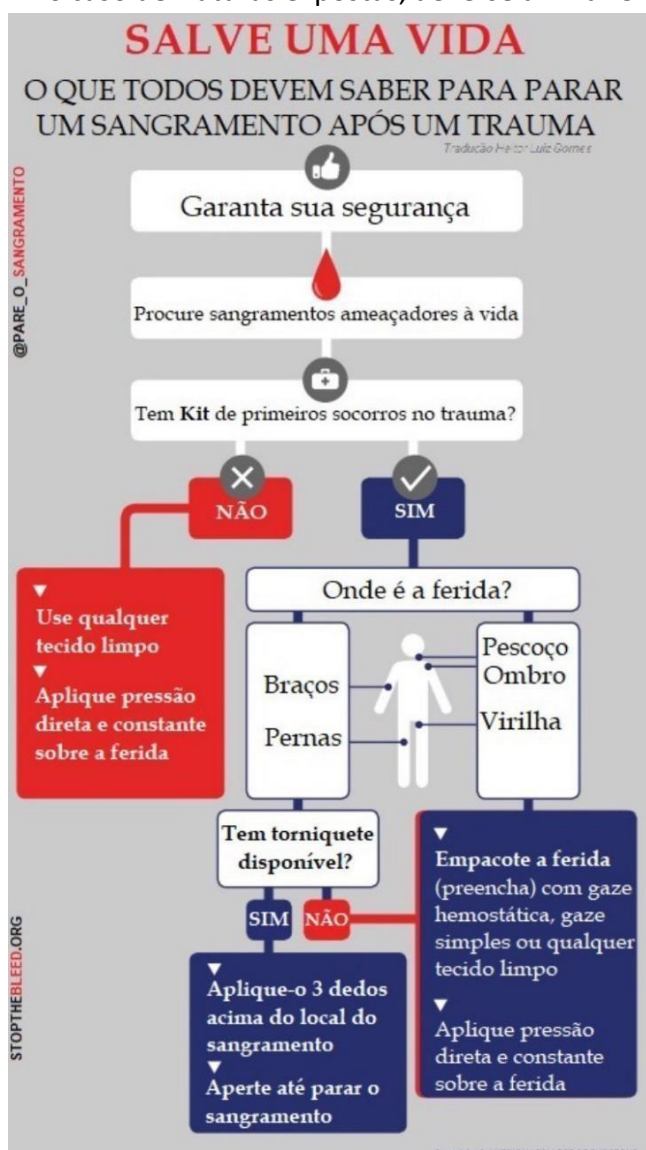
- Ferimentos profundos nas áreas juncionais (pescoço, raiz da coxa e axila) são melhor tratados com o empacotamento (preenchimento) da lesão ou com torniquete juncional **quando disponível**.

Tronco:

- Nas lesões no tronco, a primeira opção deve ser pelo curativo compressivo. Na suspeita de pneumotórax aberto (ferida soprante), o curativo de “três pontas” pode ser feito.

Observações:

- Se objetos encravados, não retirar! Fazer o curativo em torno e fixar o objeto.
- Compressão de “pontos arteriais” não é mais indicado.
- O controle de hemorragia grave deve ser prioridade.
- No caso de fraturas expostas, deve-se alinhar e imobilizar para reduzir a hemorragia.



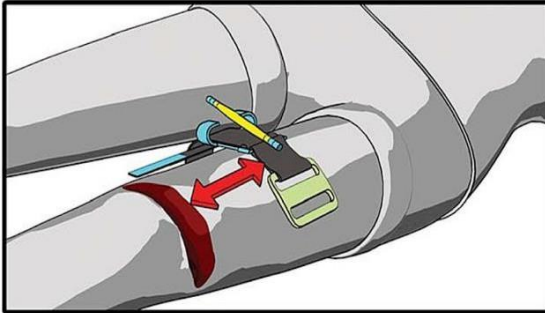
*Fluxograma *Stop the Bleed*® do Colégio Americano de Cirurgiões.

Considerações sobre a Aplicação do Torniquete:

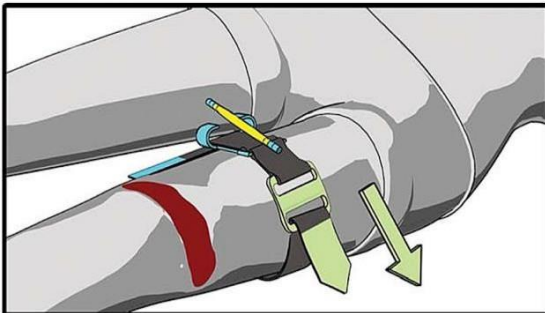
- Nas unidades avançadas e básicas do SAMU/CISTRI está disponível o TQ (torniquete) modelo C.A.T.;
- O TQ deve ser armazenado dobrado de forma que esteja pronto para o uso;
- Ao indicar o uso do TQ, o tempo ideal para aplicação é de < 30 segundos;
- De preferência retirar as roupas do local, se não for possível o TQ pode ser aplicado sobre a roupa;
- No membro, o ideal é a aplicação do TQ de 5 a 7 cm proximal à lesão, PORÉM não se deve atrasar a colocação do TQ para determinar o local exato - em especial nas situações táticas ou adversas a indicação é de posicionar o TQ alto e apertado, na raiz do membro acometido;
- Não coloque o TQ sobre a articulação, se for necessário colocar mais acima;
- Coloque o TQ (orientações passo a passo a seguir) e anote a hora na etiqueta TIME. Use hora militar, por exemplo, três e meia da tarde = 15:30.
- No caso do sangramento não ser controlado com a aplicação do TQ, aplique um segundo torniquete, mais ou menos 3-5cm acima do primeiro.
- Confirme se o sangramento parou e palpe o pulso distal, que deve estar ausente;
- O TQ causa dor, é um sintoma esperado e o doente deve ser tranquilizado;
- Não afrouxe o torniquete até a chegada no Hospital. O tempo limite para manter o TQ sem aumentar risco de perda de membro é de 120 a 150 minutos. Como exceção, pode ser considerado no caso de transferências longas (> 1 hora), com paciente estável, afrouxar para reavaliar o sangramento e, caso tenha cessado, o TQ pode ser substituído por um curativo compressivo.

Passo a Passo da aplicação do TQ:

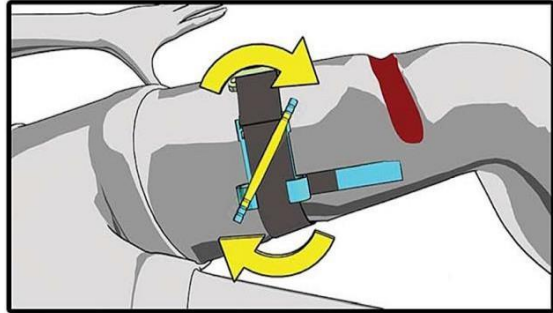
- 1. Posicione o torniquete 5-7cm acima da ferida. Ele deve estar sempre entre a ferida e o tronco.**



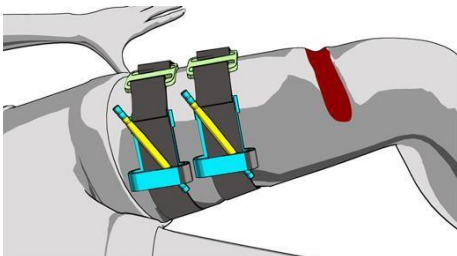
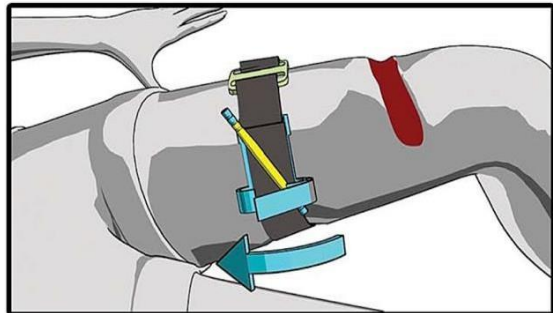
- 2. Puxe a ponta livre da faixa de velcro. Passe-a pela fivela. Prenda-a em volta de si mesma.**



- 3. Gire a haste. Continue girando até que o sangramento pare. É normal que isso cause alguma dor.**

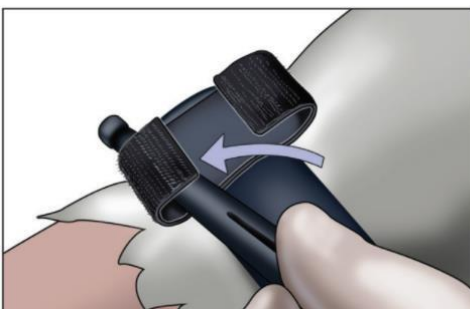


- 4. Prenda a haste no clipe, para não destorcer. Se o sangramento não parou, aplique um segundo torniquete acima do anterior (mais perto do tronco).**



Cheque se a haste está bem
encaixada no clipe

Anote a hora em que o TQ
foi aplicado





**SAMU
192**

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

NEP CISTRI
Núcleo de Educação Permanente

Uso Pediátrico:

- Podemos utilizar o mesmo torniquete de adultos em basicamente todas as crianças, exceto em lactentes, onde ficam grandes;
- Para os bebês ou crianças muito novas, a pressão direta da ferida irá funcionar em praticamente todos os casos;
- Para feridas extensas e profundas, o empacotamento da ferida poderá ser feito em crianças de qualquer idade, na mesma técnica utilizada nos adultos.

TRANSPORTE

- O paciente deve ser removido rapidamente após o início da intervenção na cena.
- O tempo na cena deve ser o mais curto possível, exceto em algumas circunstâncias, sendo limitado a no máximo 10 minutos.
- O doente deverá ser removido para o Hospital de referência, de acordo com a pactuação (VAGA ZERO TRAUMA) e fluxogramas. O Pronto Socorro do Hospital de Clínicas da U.F.U. é a referência em trauma na macrorregião do Triângulo Norte.
- Durante o transporte, cheque regularmente a posição do TQ e o ferimento, checando o pulso distal que deve ser mantido ausente.
- Na chegada à sala de trauma do Hospital de referência, a equipe que recebe o paciente deve ser informada sobre a aplicação do TQ mesmo que o mesmo já tenha sido retirado.

DEVOLUÇÃO DO MATERIAL

- Quando o TQ ficar com o paciente no Hospital de Clínicas de Uberlândia – UFU, deve ser comunicado a Central de Regulação, principalmente o nome completo do paciente, o dia, horário da admissão e número da ocorrência.
- O controlador de Frota deverá ligar (34) 3218- 2179, no próximo dia útil da ocorrência e em horário comercial, falar com o GILBERTO (Chefia direta do Centro Cirúrgico) para confirmar se o TQ está pronto para ser retirado.



**SAMU
192**

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

NEP CISTRI
Núcleo de Educação Permanente

- Ao ser retirado encaminhar para a Coordenação de Enfermagem avaliar a condição do dispositivo, se estiver em condição de uso será encaminhado para o almoxarifado para ser encaminhado para a base descentralizada na próxima rota.
- Quando o TQ ficar com o paciente no Hospital do Município, deve ser comunicado a Central de Regulação, principalmente o nome completo do paciente. A equipe deve verificar com a equipe de enfermagem e médica o horário e quem será o responsável pela entrega e informar a Central de Regulação.
- No dia e horário combinado pedir autorização da Central de Regulação para buscar o dispositivo no hospital.

REUTILIZAÇÃO DO MATERIAL

- Após o uso do TQ, ele deve ser higienizado com água, sabão e água oxigenada. Sua secagem deve ser realizada na sombra em um ambiente ventilado.
- Aqueles TQ que não tiverem condições de serem higienizados deverá ser tirado uma foto do dispositivo e encaminhado para a coordenação de enfermagem e para coordenador do almoxarifado antes serem descartados, e na próxima solicitação de materiais, solicitar um novo TQ colocando o **número da ocorrência** o qual foi usado.
- Deve ser avaliado no TQ se o elástico, haste e velcro estão em perfeitas condições para uso, se o dispositivo conseguirá realizar a compressão do membro necessária para o estancamento do sangramento.
- Caso o TQ não tenha condições de uso deverá ser tirado uma foto do dispositivo e encaminhado para a coordenação de enfermagem e para coordenador do almoxarifado antes serem descartados, e na próxima solicitação de materiais, solicitar um novo TQ colocando o **número da ocorrência** o qual foi usado.
- Se o TQ ficar no hospital de destino com o paciente, deve ser relatado no tablet e comunicado a Central de Regulação, ser inserido no J16, e na próxima solicitação de materiais, solicitar um novo TQ colocando o número da ocorrência o qual foi usado.

GO01 – ATENDIMENTO A GESTANTES

OBJETIVO:

- Padronizar as condutas orientadas pela Regulação Médica e tomadas pelas equipes de USB no atendimento às gestantes em qualquer idade gestacional. Caso o parto não tenha ocorrido, deverão ser seguidos os seguintes protocolos.

PROCEDIMENTO:

Anotar na ficha de APH:

- Número de gestações (G), Paridade (P), Abortos anteriores (A)
- Idade gestacional (Cálculo através da DUM ou do USG de primeiro trimestre)
- Local onde a gestante fez o pré-natal e número de consultas (anotar se a gestação é de risco habitual ou alto risco – qual o motivo)
- Antecedentes pessoais
- Se há sangramento (quantidade? Sangue vivo ou borra de café?) e perda de líquido (quantidade? claro ou meconiado?)
- Se há prolapso de cordão ou exposição de algum membro do bebê.
- Registrar se há cefaleia, edema, formigamento e visão turva.
- Registrar PA, saturação, glicemia, FR, FC, temperatura.

Verificar o diagnóstico de trabalho de parto:

- Dinâmica uterina em 10 minutos: Pelo menos duas contrações com duração maior que 30 segundos.
- O diagnóstico estabelecido de trabalho de parto é definido quando há contrações uterinas regulares e dilatação cervical progressiva a partir de 4cm. Portanto, a equipe de **USB não pode definir o diagnóstico. É proibido o profissional Técnico de Enfermagem fazer toque uterino.** Logo, deve encaminhar qualquer paciente com dinâmica efetiva para avaliação médica, conforme fluxo pré-estabelecido.

A duração do trabalho de parto ativo pode variar:

- Primíparas – dura em média 8h
- Multíparas – dura em média 5h

Verificar o BCF:

- O posicionamento do transdutor é no dorso do bebê na altura da cicatriz umbilical materna. Sempre utilizar gel na ponta do transdutor.
- O normal é de 110-160bpm.
- A equipe de atendimento deve sempre enviar ao médico regulador o J14, mesmo em transferências interhospitalares, com pacientes já aceitas na instituição de destino, com todos os dados relevantes da gestante.
- É de responsabilidade conjunta da equipe de atendimento e do médico regulador, que a história da paciente esteja corretamente registrada no prontuário eletrônico e na ficha de APH.

DURANTE O TRANSPORTE:

- Manter a gestante em decúbito lateral esquerdo (preferência), desde que esta consiga, devido às dores das contrações.

- NA CHEGADA À UNIDADE DE REFERÊNCIA:

- ✓ A gestante deve ser recebida por profissional de saúde: médico e/ou enfermeiro responsável.
- ✓ A ambulância será liberada mediante assinatura do responsável pelo atendimento.
- ✓ O contato para regulação posterior, caso necessário, deverá ser feito pelo obstetra e/ou médico responsável do serviço.

RESPONSABILIDADE DA EQUIPE DE USB:

- Reconhecer os sinais de gravidade descritos neste POP e informar **IMEDIATAMENTE** à Regulação que indicará o local do deslocamento.
- Caso desloque antes de terminar a avaliação, deverá finalizá-la dentro da Unidade de Saúde para completar a ficha de atendimento.

OBS.: Por se tratar de uma equipe de USB, sem o médico na cena, o objetivo principal do atendimento é reconhecer possíveis **SINAIS DE ALARME** e deslocar o paciente o mais rápido possível, conforme já descrito acima.

Em casos de médicos dos municípios tripulando a ambulância, orientá-los a preencher o **CHECK LIST DO TRANSPORTE SEGURO (se for o caso CHECK LIST DO TRANSPORTE DO RECÉM-NASCIDO)**.

ANTES DE ENCERRAR A OCORRÊNCIA:**EQUIPE DE ATENDIMENTO:**

- Deve enviar ao médico regulador todos os medicamentos e materiais utilizados através do J16 e preencher completamente e corretamente os relatórios de atendimento escritos, além de enviar um resumo do caso pelo Tablet.

MÉDICO REGULADOR:

- Deve cobrar o J16 e o relato da ocorrência pelo Tablet, caso a equipe não informe.



**SAMU
192**

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

NEP CISTRI
Núcleo de Emergência Psiquiátrica

PSI01 – ATENDIMENTO INICIAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA EM SAÚDE MENTAL

OBJETIVO

- Padronizar a abordagem e procedimentos básicos tomados pelas equipes de atendimento, médicos reguladores e equipes de apoio (COBOM e/ou PM).

PRINCIPAIS TIPOS DE ATENDIMENTO:

Surto psicótico e/ou agitação psicomotora grave:

- Agitação, fala acelerada, comportamento desorganizado e/ou bizarro (sem roupa, uso de vários acessórios, em lugares inapropriados, gritos)
- Pensamento com conteúdo delirante (grandioso, persecutório, místico religioso), incoerente e ilógico.
- Alucinações (fala sozinho, desvia o olhar, responde o que não é perguntado)
- Desorientação temporal e espacial.
- Juízo crítico de realidade prejudicado
- Exemplo: Esquizofrenia, transtorno afetivo bipolar em mania, depressão com sintomas psicóticos, demência, transtorno oppositor desafiador, déficit cognitivo, intoxicação aguda por álcool ou substâncias psicoativas.

Tentativa de autoextermínio:

- Caso a equipe de atendimento consiga bom manejo verbal, paciente calmo e colaborativo que aceite tratamento (descartado risco iminente), poderá ser encaminhado para o CAPS ou orientado a procurar o serviço e liberado no local, desde que esteja acompanhado por algum responsável, de acordo com a orientação da Regulação Médica.
- Caso paciente resista a abordagem, mantenha agitação e a ameaça para si (mesmo que verbal), após esgotado as tentativas de manejo verbal, solicitar apoio do COBOM ou PM



**SAMU
192**

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

NEP CISTRI
Núcleo de Educação Permanente

para auxiliar condução ao PS (para mantê-lo em ambiente protegido adequado pelo alto risco de suicídio.)

- Se permanecer agitado e resistente mesmo com o apoio do COBOM/PM, na abordagem, avaliar necessidade de contenção física e mecânica e posterior encaminhamento ao PS, garantindo a segurança do paciente e da equipe.

Portaria 2.048/GM afirma que uma das funções do SAMU durante o atendimento é “reconhecer a necessidade de acionar outros atores no atendimento às urgências psiquiátricas, quando implicar a segurança das equipes de APH (vítimas agressivas em situações de risco para si e para os outros) ”.

Contenção física*:

- A contenção está formalmente indicada em todos os casos em que houver intensa agitação psicomotora com risco à integridade física do paciente ou de terceiros, e nos casos em que o paciente apresenta grave comprometimento do julgamento da realidade e necessita de intervenção médica, mesmo contra sua vontade. Ex.: Abstinência alcoólica grave, tentativa de suicídio.

- 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;

- A decisão pela contenção, assim como seus critérios, deverá sempre estar prescritos em prontuário ou em encaminhamentos realizados pelo profissional responsável.

- Se possível, promover a contenção conhecida por “grupo de oito”, isto é, oito pessoas imobilizam suavemente o paciente, contendo-o dois a dois em nível de cabeça, ombro, quadril e pernas. Nesse momento, poderão ser utilizados espectadores externos ao cenário que demonstrem preparo para colaborar, lembrando-se de manter o contato verbal contínuo com a vítima durante a contenção, tentando acalmá-la, informando que a medida tomada se destina a protegê-la.

*** Atualmente, realizada pelo Corpo de Bombeiros e/ou Polícia Militar.**

Contenção química:

- Indicado após contenção mecânica, se paciente permanecer agitado, para proteção do mesmo e redução do sofrimento psíquico.

- Medicamentos (**COM PRESCRIÇÃO MÉDICA**):

O MÉDICO REGULADOR irá seguir o protocolo de Regulação Médica/USA.

OBSERVAÇÃO:

- Paciente com **intenção suicida**, mesmo que calmo, colaborativo e orientado, **não deve ser liberado no local sem a presença de alguém responsável**. A tentativa de suicídio em 95% dos casos está associada a algum transtorno mental que prejudica a crítica sobre a situação apresentada e sua capacidade decisória. Caso não tenha um responsável no local, o paciente deve ser encaminhado para um serviço de saúde, **mesmo que de forma involuntária**.

Intoxicação aguda por álcool e/ou substâncias psicoativas/Abstinência:

- Características: hálito; fala pastosa; alterações de humor, comportamento e do nível de consciência; prejuízo da coordenação motora, da atenção e do julgamento; presença de náuseas e vômitos, ansiedade, irritabilidade, taquicardia, hipertensão ou hipotensão arterial, alucinações, agitação psicomotora, fraqueza.

- Todos estes sinais são comuns para intoxicação e abstinência alcoólica. Os sinais diferenciais para abstinência são: tremores, febre, sudorese profusa, convulsão e delírio.

- Pacientes intoxicados que sustentam vigília, não elaboram queixas e não estão em situação de risco podem ser liberados no local e deve ser orientado ao acompanhante/solicitante/responsável que procure a rede de atenção básica, psicossocial e/ou de assistência social, conforme orientação da Regulação Médica.



**SAMU
192**

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

NEP CISTRI
Núcleo de Educação Permanente

- Caso percebam algum risco iminente ao paciente de deixá-lo no local, caso haja comoção social no evento ou não tenha um responsável, o MÉDICO REGULADOR deverá solicitar que o OPERADOR DE FROTAS entre em contato com a Secretaria de Saúde do Município ou Unidade Básica de Saúde mais próxima e solicite apoio para abordagem e providências necessárias. **NÃO DESLOCAR para as portas de entrada, se não houver necessidade de atendimento médico.**

De acordo com a Resolução CFM n° 1598/2000, “Art. 6° Nenhum tratamento deve ser administrado a paciente psiquiátrico sem o seu consentimento esclarecido, salvo quando as condições clínicas não permitirem a obtenção desse consentimento, e em situações de emergência, caracterizadas e justificadas em prontuário, para evitar danos imediatos ou iminentes ao paciente ou a outras pessoas. Parágrafo único – Na impossibilidade de obter-se o consentimento esclarecido do paciente, e ressalvadas as condições previstas no caput deste artigo, deve-se buscar o consentimento de um responsável legal”.

EQUIPES DE ATENDIMENTO:

Procedimento:

A : Arredores, A casa e a presença de Armas ou Artefatos que indiquem o uso de Álcool e drogas; Altura e 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.



**SAMU
192**

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

NEP CISTRI
Núcleo de Educação Permanente

***Lembrar sempre que a aproximação deve ser calma, porém firme, com um único socorrista servindo de interlocutor, identificando-se de forma clara, simples e declarando sua intenção de ajuda; esse é o primeiro passo para estabelecer vínculo de confiança com a vítima. Mantenha-se à uma distância confortável e segura durante a abordagem.**

*** Permitir que a vítima fale, ouvindo-a com cuidado. Isso é fundamental para consolidar o vínculo. Mantenha contato visual enquanto o paciente fala; preste atenção e mostre-se interessado; cuidado em não emitir opiniões precipitadas; não julgue e não critique qualquer atitude dela; mantenha-se neutro. Comporte-se como um profissional no atendimento, e não em conversa informal.**

COMO NÃO SE COMUNICAR:

- Interromper o contato muito frequentemente
- Ficar chocado ou muito emocionado
- Dizer que você está ocupado
- Fazer o problema parecer trivial
- Tratar o paciente de maneira que possa colocá-lo numa posição de inferioridade
- Dizer simplesmente que tudo vai ficar bem
- Fazer perguntas indiscretas
- Emitir julgamentos (certo x errado), tentar doutrinar

DESTINO DOS PACIENTES (Conforme definição da Regulação Médica):

- Pronto atendimento de referência:

Surtos psicóticos, agitação psicomotora grave, intoxicação aguda por substâncias psicoativas, síndrome de abstinência alcoólica, tentativa de suicídio.



**SAMU
192**

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

NEP CISTRI
Núcleo de Atenção Psiquiátrica

- CAPS (Centro de Atenção Psicossocial):

Pacientes com agitação e desorganização leve, com ideação suicida de baixo risco e colaborativo.

Surtos psicóticos com delírio e alucinação que não estejam muito agitados e agressivos.

O atendimento no CAPS é de **7-17h** todos os dias, exceto finais de semana. Paciente pode ser encaminhado ou ir de livre demanda.

Inicialmente passará pelo acolhimento realizado por um profissional de nível superior (psicólogo, enfermeiro, assistente social) que irá identificar as queixas e direcionar o acompanhamento.

Médico psiquiatra e/ou clínico não permanecem em tempo integral na unidade.

***Transporte de paciente para internação psiquiátrica (Exemplo: Sanatório Espírita de Ituiutaba) NÃO é responsabilidade do SAMU.**

ANTES DE ENCERRAR A OCORRÊNCIA:

EQUIPE DE ATENDIMENTO:

- Deve enviar ao médico regulador todos os medicamentos e materiais utilizados através do J16 e preencher completamente e corretamente os relatórios de atendimento escritos, além de enviar um resumo do caso pelo Tablet.

MÉDICO REGULADOR:

- Deve cobrar o J16 e o relato da ocorrência pelo Tablet, caso a equipe não informe.

PED01 – PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA EM PEDIATRIA

OBJETIVO:

- Padronizar a conduta de atendimento à parada cardiorrespiratória em lactentes e crianças pelas equipes de USB, conjuntamente com as orientações dadas pela Central de Regulação Médica.

PARTICULARIDADES:

Para o manejo de PCR, dividimos as pessoas em três grupos:

- Bebês: < 1 ano de idade (com exceção dos que estão na sala de parto);
- Crianças: >1 ano de idade até antes de entrar na puberdade;
- Adultos: pessoas a partir da puberdade. Para fins de suporte de vida em pediatria, consideramos que meninas entram na puberdade a partir do momento que tem desenvolvimento mamário e meninos a partir do momento que apresentam pelos no peito e/ou nas axilas.

EQUIPE DE ATENDIMENTO

SEGUIR OS SEGUINTE PASSOS NA CHEGADA AO LOCAL DE ATENDIMENTO:

- Segurança da cena/equipe

MANTENHA A CALMA - PCR em crianças é uma ocorrência de grande tensão, mas é muito importante que a equipe se mantenha estável emocionalmente.

- Testar responsividade do paciente:

Crianças: Chamar em voz alta e bater nos ombros. Bebês:

Bater na planta do pé

- Na chegada ao local, o condutor socorrista ou o técnico de enfermagem deve checar pulso carotídeo ou femoral (crianças), pulso braquial (bebês) e respiração por 5-10 segundos.

- Reconhecimento da PCR:

Ausência de pulso ou FC menor que 60bpm



Confirmada a PCR, o TÉCNICO DE ENFERMAGEM deve iniciar as compressões torácicas em superfície rígida (prancha), enquanto o CONDUTOR SOCORRISTA busca o DEA, a bolsa-válvula-máscara ("AMBU"), o oxigênio e a bolsa de punção e medicações (vermelha).

Criança

- 1 socorrista: 30 compressões para 2 ventilações com bolsa-válvula-máscara.
- 2 socorristas: 15 compressões para 2 ventilações com bolsa-válvula-máscara.

Técnica: Para a maioria das crianças, uma ou duas mãos podem ser usadas para administrar compressões torácicas. Para a maior parte delas, a técnica de compressão será igual à de adulto: duas mãos (uma mão sobre a outra, com os dedos entrelaçados e apontando para direção oposta do seu corpo). Para toda criança pequena, as compressões com uma mão podem ser adequadas para a obtenção de uma profundidade de compressão adequada. Comprima no mínimo um terço do diâmetro anteroposterior do tórax (em torno de 5 cm) a cada compressão, permitindo o retorno completo do mesmo, após cada compressão, com uma frequência entre 100-120 compressões por minuto.



Lactente

- 1 socorrista: 30 compressões para 2 ventilações com bolsa-válvula-máscara.
- 2 socorristas: 15 compressões para 2 ventilações com bolsa-válvula-máscara.

Técnica:

- 1 socorrista

Coloque dois dedos no centro do tórax do lactente, logo abaixo da linha mamilar, na terço inferior do esterno. Não pressione a ponta do esterno. Comprima no mínimo um terço do diâmetro anteroposterior do tórax (em torno de 4 cm). No final de cada compressão, permita o retorno completo do tórax, não se apoie no tórax.

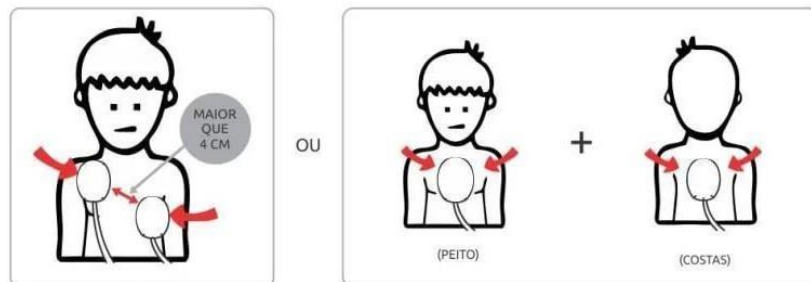


- 2 socorristas

Coloque os polegares lado a lado no centro do tórax do lactente, na terço inferior do esterno. Os polegares podem se sobrepor em lactentes muito pequenos. Envolver o tórax do lactente e apoiar as costas dele com os dedos de ambas as mãos. Com as mãos em torno do tórax do lactente, use os dois polegares para comprimir o esterno. Comprima no mínimo um terço do diâmetro anteroposterior do tórax (em torno de 4 cm). No final de cada compressão, permita o retorno completo do tórax, não se apoie no tórax. Mantendo sempre uma frequência entre 100-120 compressões por minuto.



- O técnico de enfermagem liga o DEA e aplica as pás pediátricas no tórax do paciente conforme orientações descritas no aparelho (caso a distância entre as pás pediátricas seja maior que 4 cm) e nos lactentes e criança pequenas coloque uma pá pediátrica no tórax e outra no dorso.



- Ao mesmo tempo em que o condutor (a) socorrista está realizando as compressões torácicas e a ventilação com ambu (intercalando 30:2, conforme protocolo para 1 socorrista), o técnico (a) punciona o acesso venoso periférico e instala uma torneirinha, enquanto já entra em contato com a regulação médica através de ligação para 192 colocado o telefone no viva-voz.

Caso haja terceiros na cena, orientá-los a fazer as compressões torácicas conforme protocolo e o condutor socorrista assume as ventilações, para que o técnico de enfermagem faça a punção venosa periférica.

- Seguir as instruções do DEA e, somente, interromper as compressões torácicas quando o mesmo estiver fazendo a leitura do ritmo cardíaco.

OBS.: Caso o DEA reconheça ritmo chocável, a equipe deve se certificar de que todos estejam afastados antes de disparar o choque.

- Após liberação do acesso venoso, é possível que o técnico de enfermagem intercale com o condutor socorrista a função de ventilação e compressões torácicas (técnica com dois socorristas 15:2).
 - Para ventilar, o socorrista deve se posicionar de joelhos atrás da cabeça da vítima e segurar o reanimador manual (AMBU) com a técnica EC, ou seja, os dedos polegar e indicador formando um C segurando a máscara na face e os demais dedos formando um E no ângulo da mandíbula, assim garantindo um posicionamento efetivo da máscara. A máscara na face deve estar com a parte estreita na ponte do nariz.
- Lembre-se sempre que para as ventilações serem eficazes, é necessário abrir as vias aéreas.

Para isso podem ser realizadas duas técnicas: a de inclinação da cabeça – elevação do queixo, ou anteriorização da mandíbula. A manobra de anteriorização da mandíbula é usada quando a inclinação de cabeça não funciona ou quando há suspeita de lesão na coluna.



- Administrar medicação **SOMENTE** quando prescrito pelo médico e confirmar quando realizada pelo Tablet ou por telefone quando estão em conversa de áudio.
- Checar pulso a cada 2 minutos, quando o DEA for fazer a leitura do ritmo.
- Se o pulso retornar comunicar a regulação, lateralizar o paciente em prancha e manter as pás do DEA conectadas na vítima.

MEDICAÇÃO – CONFORME PRESCRIÇÃO DO MÉDICO REGULADOR:

Criança	• Dose IV de epinefrina/adrenalina: 1mg Aspirar em 01 seringa de 1ml = 1 ampola de 1ml, a cada 3 a 5 minutos OBS.: Flush de 20ml de SF0,9% após cada medicação, com elevação do membro.
Lactente	• Dose IV de epinefrina/adrenalina: 0,01 mg/kg Deve-se diluir 1 ml de Epinefrina para mais 9 ml de Água Destilada, desta solução (Epinefrina 1:10.000) deve-se administrar 0,1 ml/kg de peso a cada 3 a 5 minutos por via EV, sempre seguido de "flush" de 5 ml de Solução Fisiológica 0,9% e elevação do membro.

Um time eficaz comunica-se continuamente. Se o socorrista contar as compressões em voz alta, o outro que está administrando as ventilações poderá prever quando elas devem ser realizadas. Isso ajuda o socorrista a se preparar para administrar as ventilações eficazmente e minimizar as interrupções nas compressões.

RESPONSABILIDADE DA EQUIPE DE USB:

- Reconhecer os sinais de gravidade descritos neste POP e informar **IMEDIATAMENTE** à Regulação que indicará o local do deslocamento.
- Caso desloque antes de terminar a avaliação, deverá finalizá-la dentro da Unidade de Saúde para completar a ficha de atendimento.

OBS.: Por se tratar de uma equipe de USB, sem o médico na cena, o objetivo principal do atendimento é reconhecer possíveis **SINAIS DE ALARME** e deslocar o paciente o mais rápido possível, conforme já descrito acima.

Em casos de médicos dos municípios tripulando a ambulância, orientá-los a preencher o **CHECK LIST DO TRANSPORTE SEGURO (se for o caso CHECK LIST DO TRANSPORTE DO RECÉM-NASCIDO)**.

ANTES DE ENCERRAR A OCORRÊNCIA:**EQUIPE DE ATENDIMENTO:**

- Deve enviar ao médico regulador todos os medicamentos e materiais utilizados através do J16 e preencher completamente e corretamente os relatórios de atendimento escritos, além de enviar um resumo do caso pelo Tablet.

MÉDICO REGULADOR:

- Deve cobrar o J16 e o relato da ocorrência pelo Tablet, caso a equipe não informe.

GRADE DE REFERÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE

***HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE
UBERLÂNDIA***

Superintendência Regional de Saúde de Uberlândia

**Consórcio Público Intermunicipal de Saúde da Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo Norte – CISTRI – SAMU 192**

MAIO 2022



Consócio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI



SAÚDE



MINAS
GERAIS

GOVERNO
DIFERENTE.
ESTADO
EFICIENTE.

Especialidades	Grade SAMU 192 - HC UFU
Obstetrícia	Protocolo Atenção Parto e Nascimento <u>Gestantes:</u> • Cardiopatias Graves; • Nefropatias Graves; • Doenças sistêmicas (lúpus eritematoso, câncer e outros); • Portadoras de doenças infecciosas (HIV, toxoplasmose e citomegalovírus); • Isoimunização. <u>RN:</u> • Prematuros extremos (< 28 semanas); • Polimalformado; • Malformações específicas (gastrosquise, onfalocele, cardiopatias que exigem abordagem complexa). <i>OBS.: Nos municípios em que o Hospital das Clínicas é a maternidade de referência para Alto Risco: Gestante em trabalho de parto de alto risco (prematuridade); gestantes de qualquer idade gestacional com suspeita de eclampsia ou pré-eclampsia; gestantes com amniorrexe clinicamente evidente antes de 37 semanas e que tenham indicação da interrupção da gestação; prenhez ectópica rota; abortamento complicado com hemorragia.</i>
Neurologia	• AVC agudo (T < 4h para chegar ao HCU (ECG >9))



SAMU
192

Consócio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macroregião do Triângulo do Norte

CISTRI



SAÚDE



MINAS
GERAIS

GOVERNO
DIFERENTE.
ESTADO
EFICIENTE.

Neurocirurgia	• AVC hemorrágico (confirmado por tomografia de crânio) com sinais: - Hipertensão intracraniana (confirmado por TC de crânio: desvio de linha media, apagamento dos sulcus e giros, apagamento das cisternas da base e dos ventrículos, hipodensidade temporal e do uncus). • Hemorragia em fossa posterior independente do volume.
Cardiovascular	• IAM com Supradesnivelamento de ST (T < 11 h para chegar ao HCU) • IAM com Supra/Infracom dor refratária e/ou instabilidade hemodinâmica e elétrica • BAVT
Cirurgia Vascular	• Oclusão Arterial Aguda • Aneurisma de aorta abdominal/torácica com suspeita ou confirmação de ruptura por exame de imagem
Oftalmologia	• Trauma ocular com suspeita de perfuração. • Queimadura química ocular. • Corpo estranho retido. • Perda súbita da visão/sem percepção à luz recente.
Clínica Médica	• Hemorragia Digestiva Alta com necessidade de EDA de urgência
Cirurgia Geral	• Abdome agudo perfurativo
Ortopedia	• Síndrome da cauda equina
Urologia	• Priapismo há menos de 24h • Fratura peniana • Torção testicular há menos de 24h (confirmada por ultrassonografia)



Consócio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macroregião do Triângulo do Norte

CISTRI



SAÚDE



MINAS
GERAIS

GOVERNO
DIFERENTE.
ESTADO
EFICIENTE.

Trauma

TRAUMA CONTUSO

1. Fratura de face grave com necessidade de IOT

2. Trauma torácico fechado há < 6 horas associado a:

- Pneumotórax aberto (ferida torácica aspirativa ou “soprante”)
- Hipoxemia persistente ou instabilidade hemodinâmica
- Hemotórax com saída de > 500ml na passagem ou fluxo maior que 100ml/h nas primeiras 4 horas
- Suspeita de fístula broncopleurál (escape aéreo intenso e persistente)
- >2 fraturas arcos costais em > 60 anos com necessidade de O₂
- Suspeita de tamponamento cardíaco (turgência jugular/abafamento de bulhas/hipotensão)
- Suspeita radiográfica de ruptura diafragmática
- Alargamento de mediastino >8cm associado a trauma de alta energia ou queda > 3,5 metros
- Esmagamento torácico (asfixia traumática)

3. Trauma Abdominal há < 6 horas associado a:

- Instabilidade hemodinâmica
- Sinais de franca irritação peritoneal
- Evisceração
- US com líquido em cavidade em moderada a grande quantidade

4. TCE há < 6 horas associado a:

- Escala de Coma de Glasgow (ECG) < 9
- Fratura de crânio exposta ou com afundamento
- ECG < 13 + sinais de fratura de base de crânio
- Rebaixamento de > 2 pontos na escala

5. TRM há < 12 horas associado a:

- Qualquer déficit neurológico



Consócio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macroregião do Triângulo do Norte

CISTRI



SAÚDE



MINAS
GERAIS

GOVERNO
DIFERENTE.
ESTADO
EFICIENTE.

6. Trauma Musculoesquelético há < 6 horas associado a:

- Suspeita clínica de instabilidade pélvica
- Luxação de quadril
- Fratura bilateral de fêmur
- Fratura de fêmur + tíbia
- Amputação traumática de membro
- Tríade Terrível do Cotovelo
- Síndrome compartimental
- Fratura exposta (somente se o município de origem não tiver capacidade resolutiva)

FERIMENTOS POR ARMA DE FOGO

- Envolvendo cabeça, pescoço, tronco, extremidades proximais ao cotovelo e joelho
- Risco de perda de membros

FERIMENTOS POR ARMA BRANCA

- Associada a instabilidade hemodinâmica
- Com suspeita de lesão cardíaca (região anterior do tórax)
- Abdominal com evidência de penetração em cavidade
- De membros com suspeita de lesão arterial



Consócio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI



SAÚDE



MINAS
GERAIS

GOVERNO
DIFERENTE.
ESTADO
EFICIENTE.

QUEIMADURAS

- Suspeita de lesão por inalação
- > 20% de área de superfície corporal (ASC) - 2º grau
- > 10% de ASC - 2º grau em crianças, >50 anos ou comorbidades (insuficiência renal crônica, diabetes, imunossupressão)
- de 3º grau
- Químicas ou Elétricas
- 2º grau envolvendo face, mãos, pés, genitália, períneo e grandes articulações
- Associadas a politraumatismo

POPULAÇÕES ESPECIAIS

1. Trauma em Gestante há < 6 horas associado a:

- > 20 semanas + trauma toracoabdominal de alta energia
- > 20 semanas + Hemorragia vaginal pós traumática

2. Trauma Pediátrico há < 6 horas associado a:

- necessidade de IOT
- Hemo /Pneumotórax
- Contusão Pulmonar com hipoxemia associada
- Trauma abdominal associado a dor abdominal, tatuagem traumática, peritonite, instabilidade hemodinâmica, US com líquido em cavidade
- TCE com ECG < 15, déficits focais, >2 vômitos, cefaléia persistente, sonolência excessiva, crises convulsivas
- Queimaduras 2º grau > 10% ASC
- Fraturas expostas, luxações com necessidade de redução sob sedação
- Espancamento
- Qualquer lesão penetrante
- Traumas graves, mesmo que a fratura seja fechada



Consócio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI



SAÚDE



MINAS
GERAIS

GOVERNO
DIFERENTE.
ESTADO
EFICIENTE.

Pediatria	• Choque séptico • Hiperbilirrubinemia indireta com indicação de exsanguinação • Cetoacidose diabética grave • Crise asma grave refratária • Estado de mal epilético • Hipertensão intracraniana • Ingesta de substâncias tóxicas, objetos pontiagudos ou corpo estranho com sinais de obstrução • Dengue D • Anemia falciforme + sintomas neurológicos • Insuficiência respiratória aguda grave • Abdome agudo
------------------	---

Tipologia dos Estabelecimentos de Saúde (RESOLUÇÃO SES/MG Nº 7.826, DE 05 DE NOVEMBRO DE 2021)

1 Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC-UFU) :

CNES	Tipologia Valor em Saude	Tipologia na Rede de Atenção Parto e Nascimento	Tipologia no Rede Resposta	Tipologia da Rede de Odontologia Hospitalar
2146355	Macrorregional/Microrregional	Instituição GAR	Nível I Trauma Tipo A + Nível I AVC + Nível I Cardio Vasculares	Serviços de Assistência Odontológica Hospitalar do Componente bucomaxilofacial/Pacientes com necessidades especiais .

Centro Parto Normal : 5 PPP

GRADES DE REFERÊNCIA MUNICÍPIOS - CISTRI-SAMU 192

MAIO 2022

Superintendência Regional de Saúde de Uberlândia

Superintendência Regional de Saúde de Ituiutaba

**Consórcio Público Intermunicipal de Saúde da Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo Norte – CISTRI – SAMU 192**



Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE MINAS GERAIS
SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DE UBERLÂNDIA
NÚCLEO DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE – NRAS

IMPORTANTE

Seta vermelha:



- Indica que esta Unidade de Saúde é a 2ª Referência para atendimento do paciente nesta especialidade.
- O paciente poderá ser encaminhado para a 2ª Referência pelo SAMU ou via SUSfácil, quando a unidade de 1ª Referência for insuficiente para atender o caso.
- A unidade de 1ª Referência (pré – hospitalar) poderá acionar o SAMU para encaminhamento do caso atendido, caso necessário.

- Ocorrências/situações avaliadas pela equipe de USA/USB no âmbito da Atenção Primária à Saúde, serão orientados/conduzidos a Unidade Básica de Saúde de sua área de abrangência, conforme anexo I.



SAMU
192

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE MINAS GERAIS
SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DE UBERLÂNDIA
NÚCLEO DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE – NRAS

REGIÃO ARAGUARI/UBERLÂNDIA



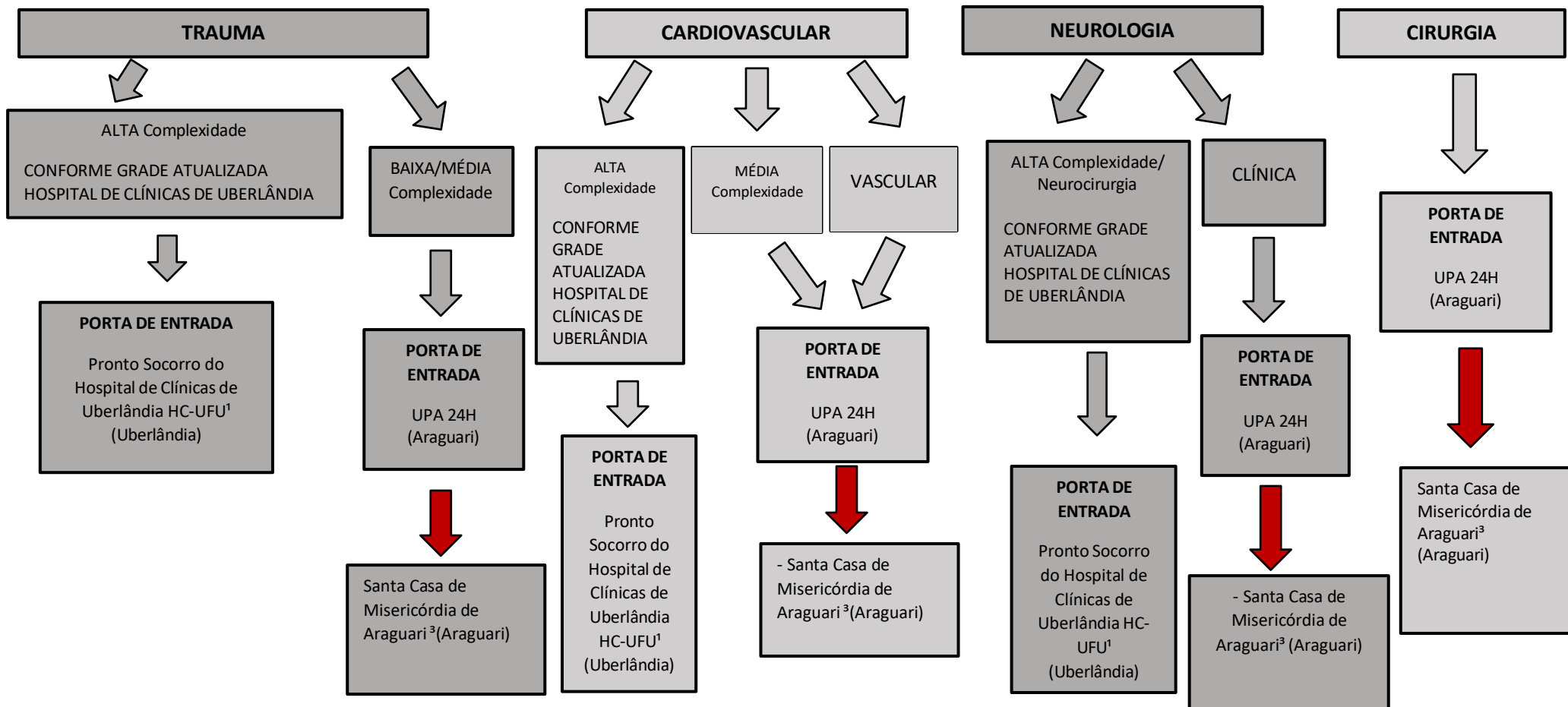
**SAMU
192**

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

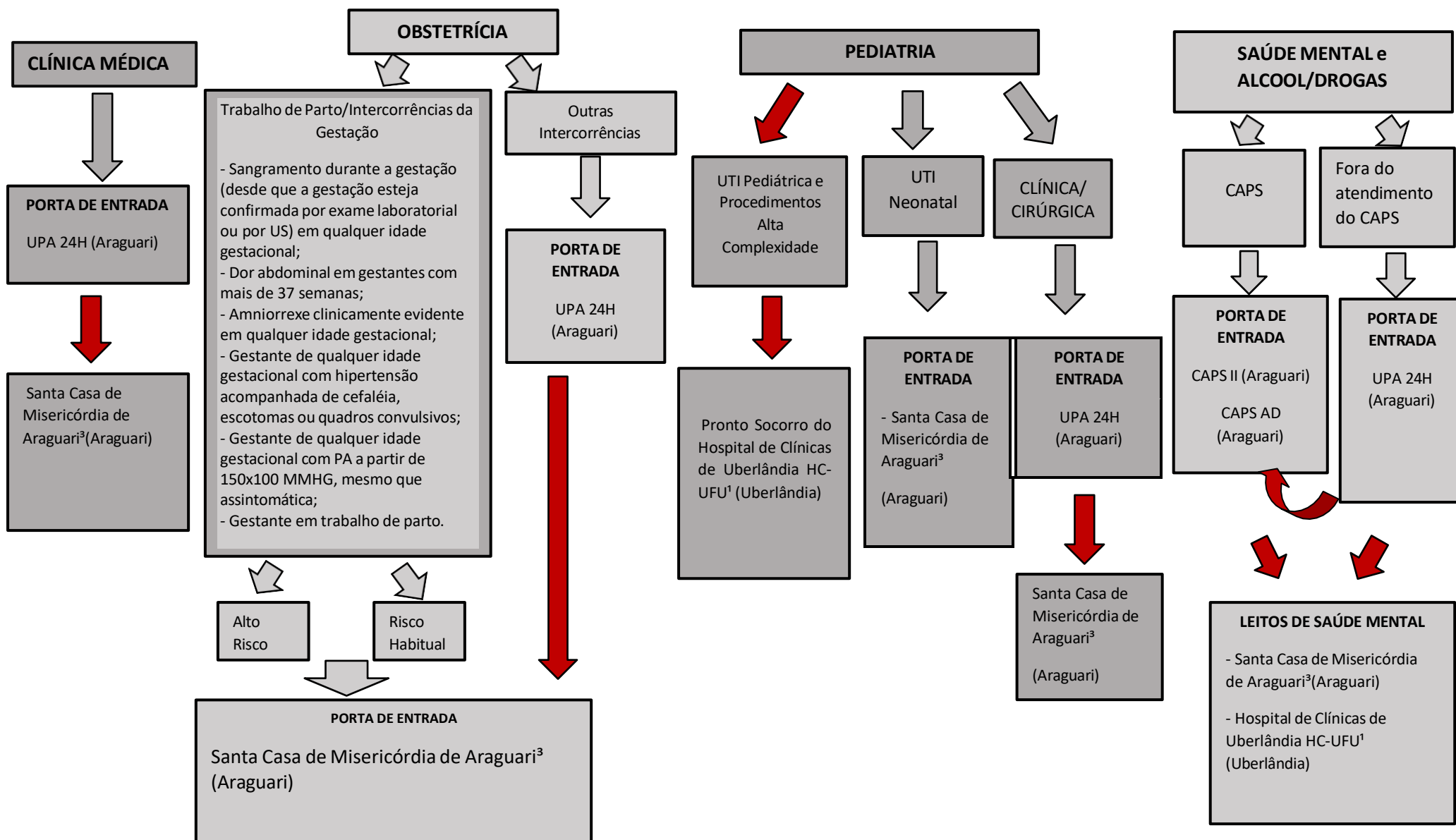
CISTRI

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE MINAS GERAIS
SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DE UBERLÂNDIA
NÚCLEO DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE – NRAS

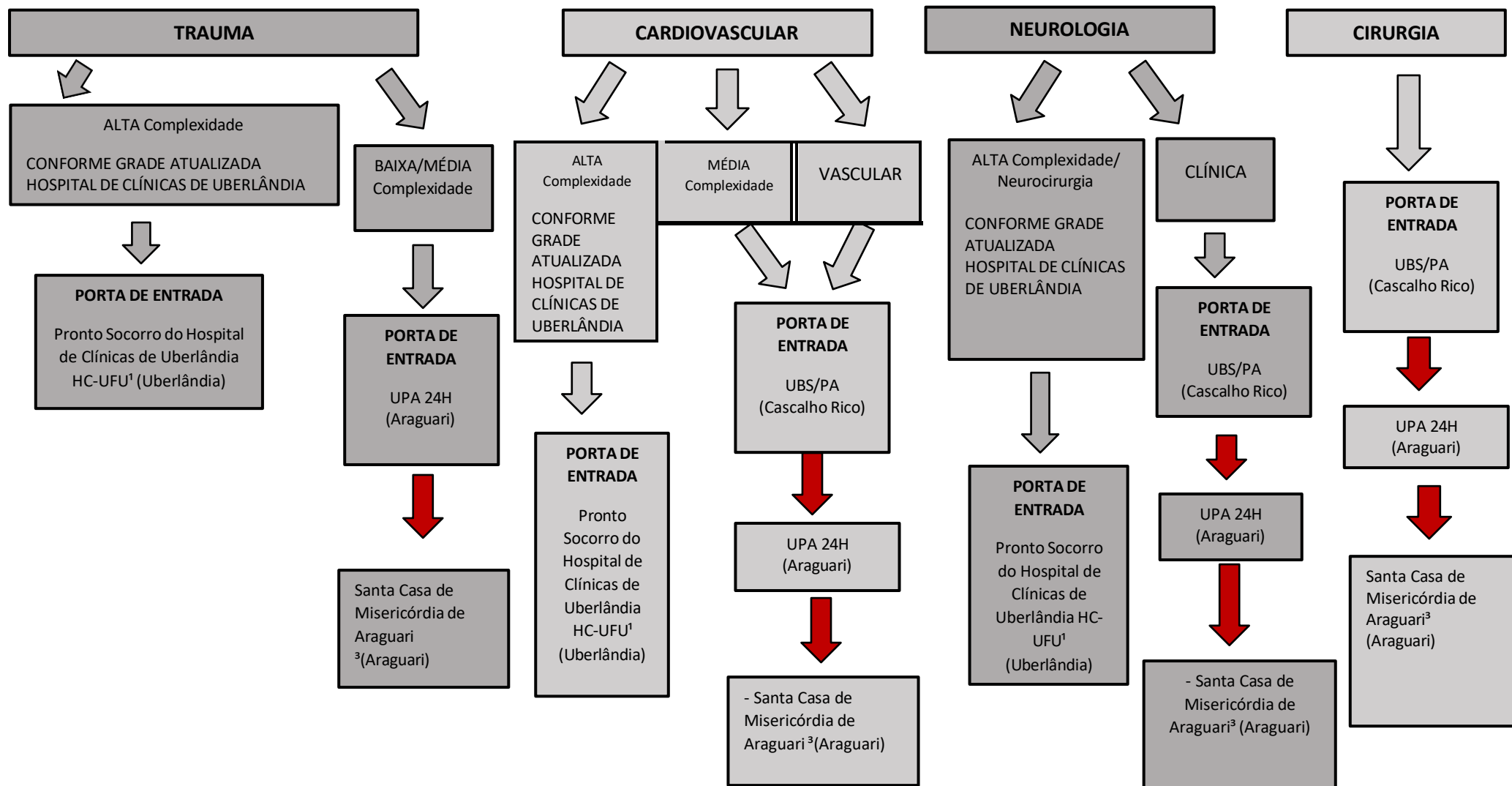
ARAGUARI – Paciente Regulado pelo SAMU



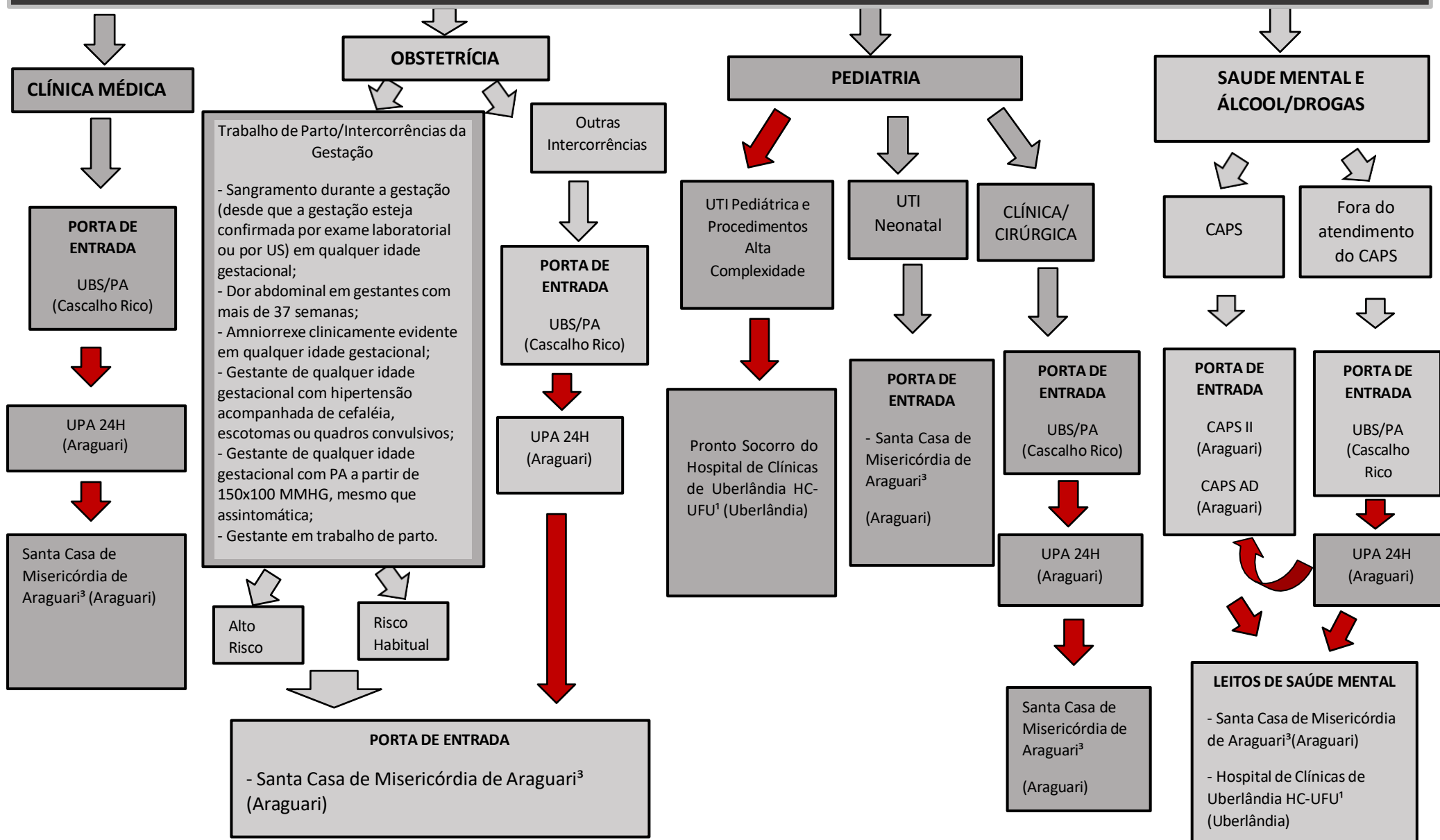
ARAGUARI – Paciente Regulado pelo SAMU



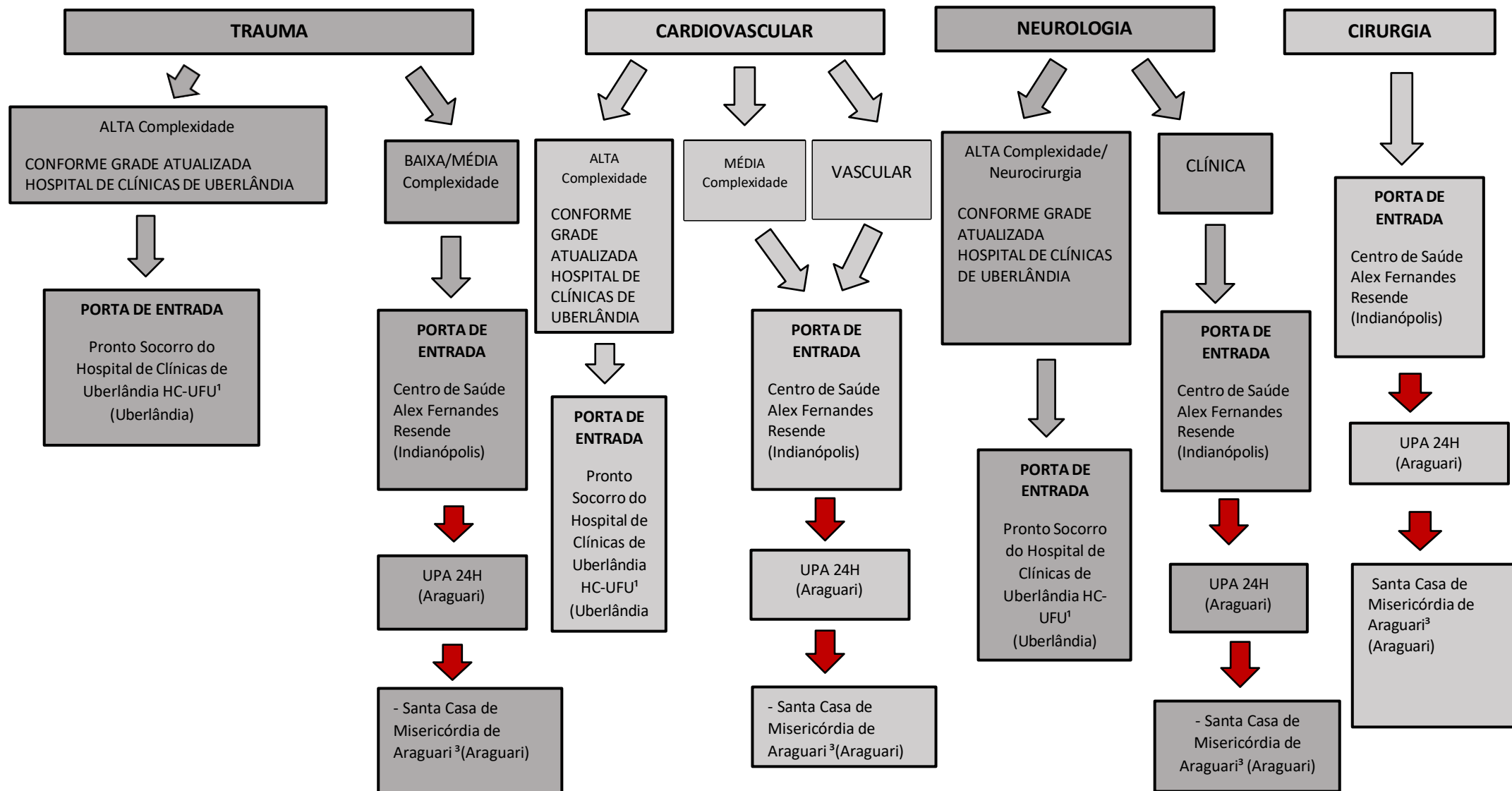
CASCALHO RICO – Paciente Regulado pelo SAMU



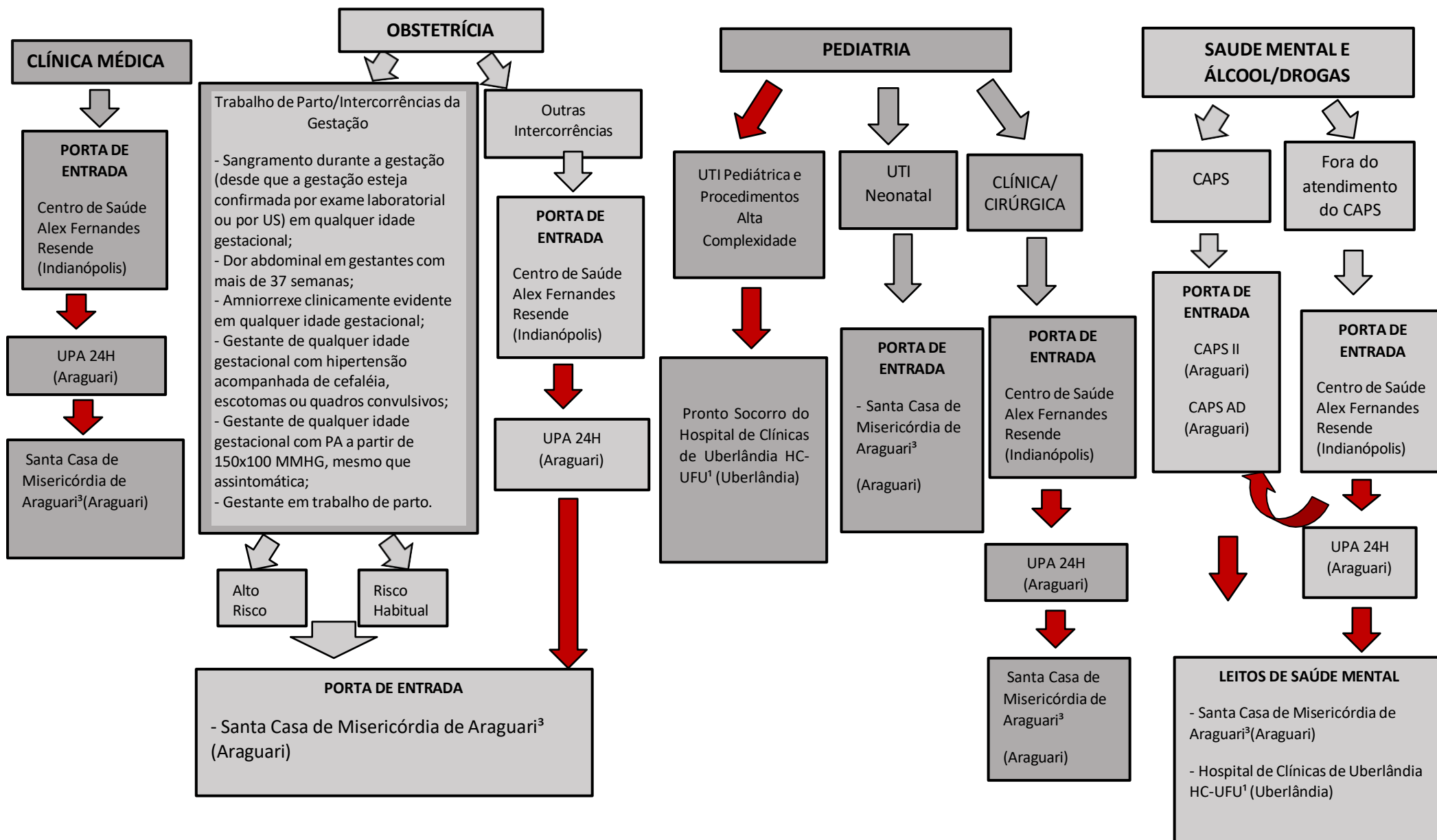
CASCALHO RICO – Paciente Regulado pelo SAMU



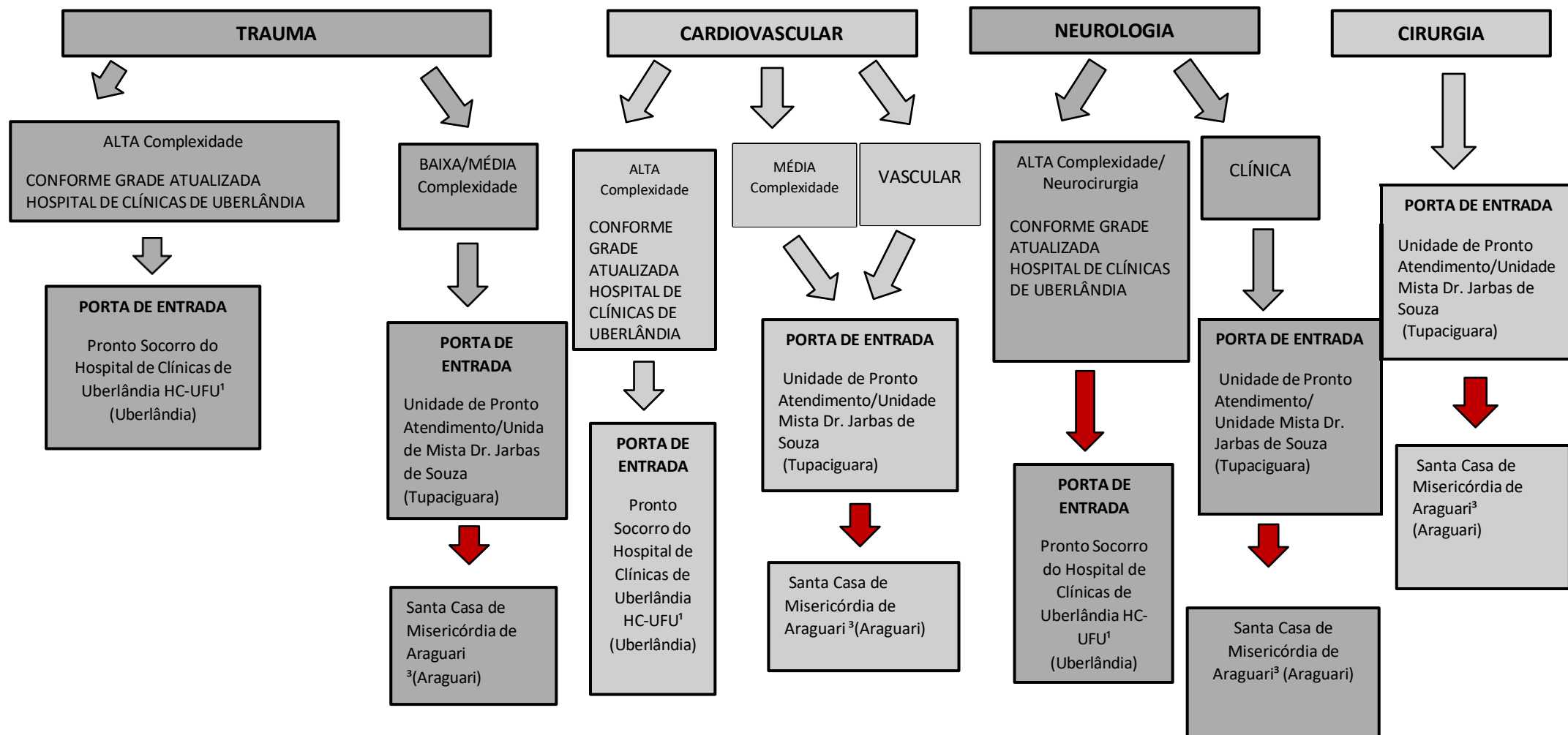
INDIANÓPOLIS – Paciente Regulado pelo SAMU



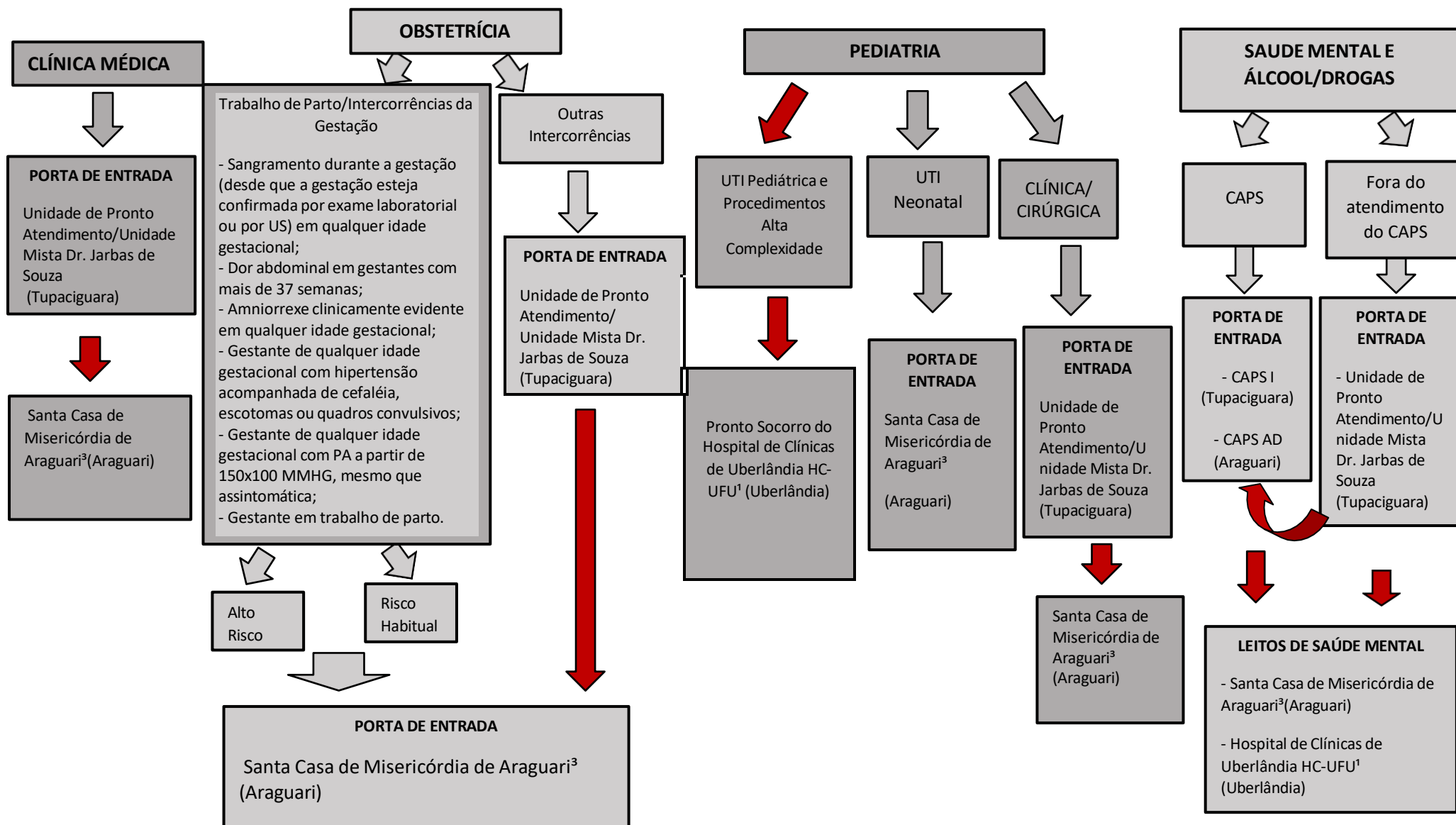
INDIANÓPOLIS – Paciente Regulado pelo SAMU



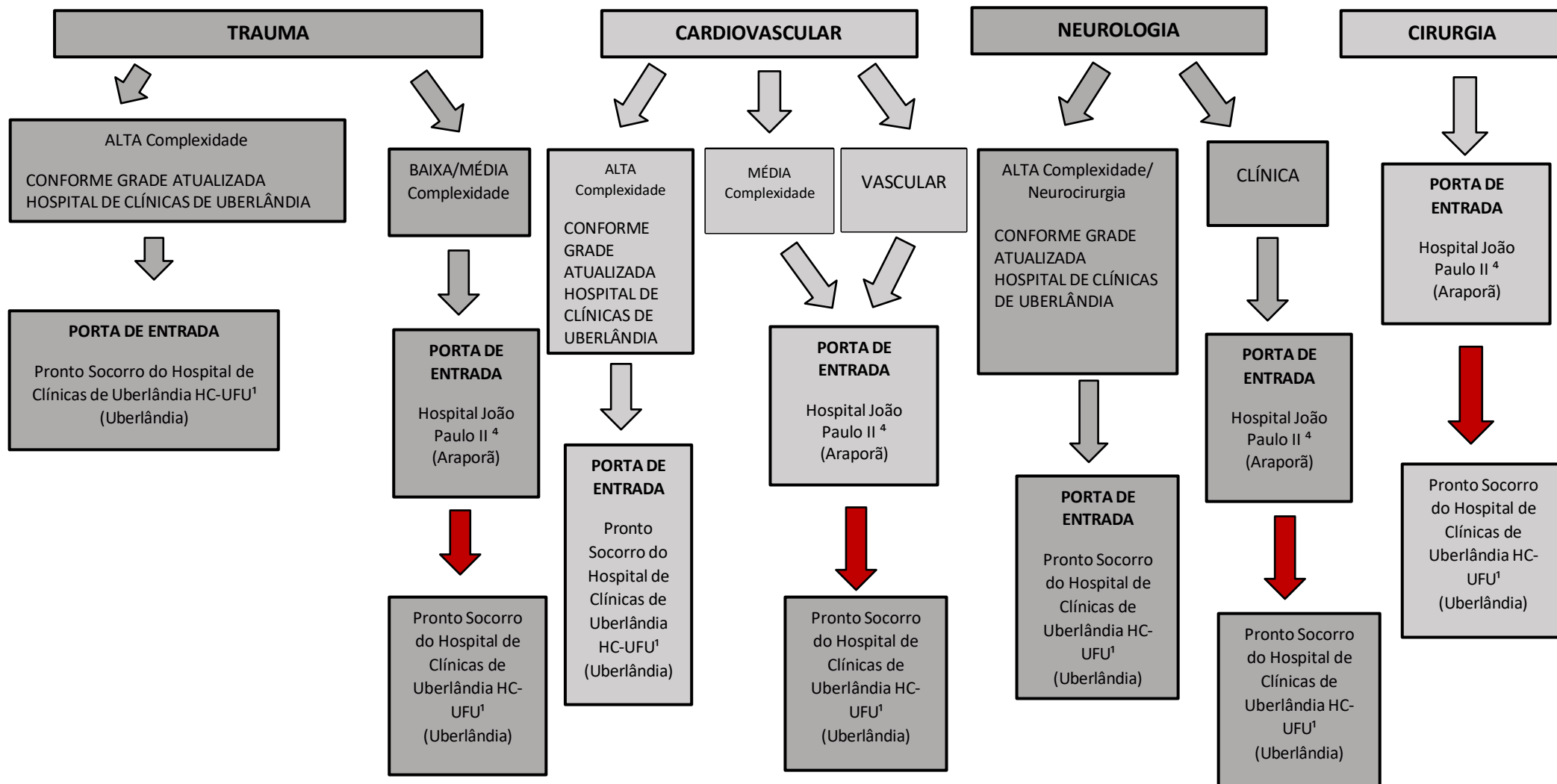
TUPACIGUARA – Paciente Regulado pelo SAMU



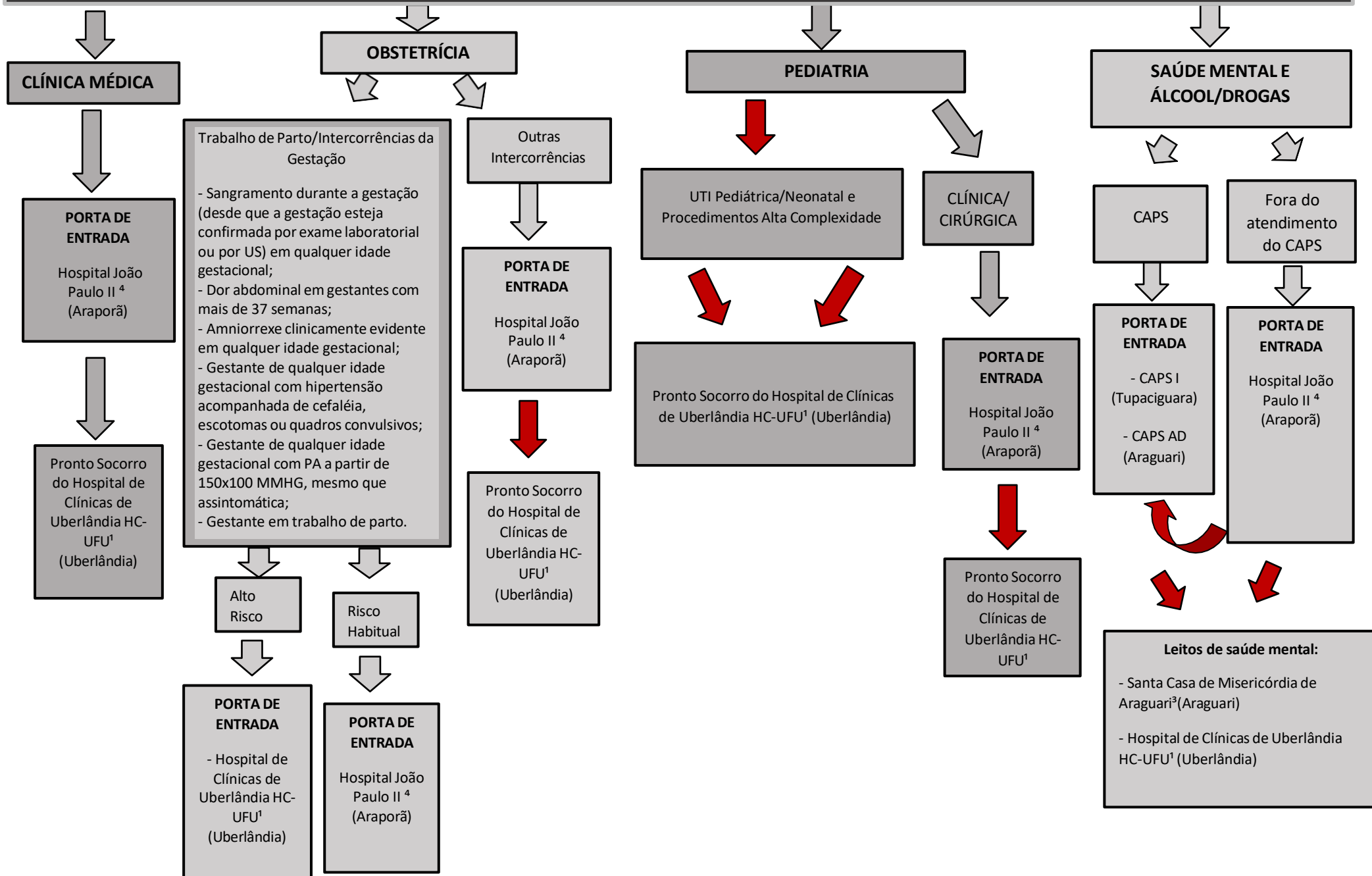
TUPACIGUARA – Paciente Regulado pelo SAMU



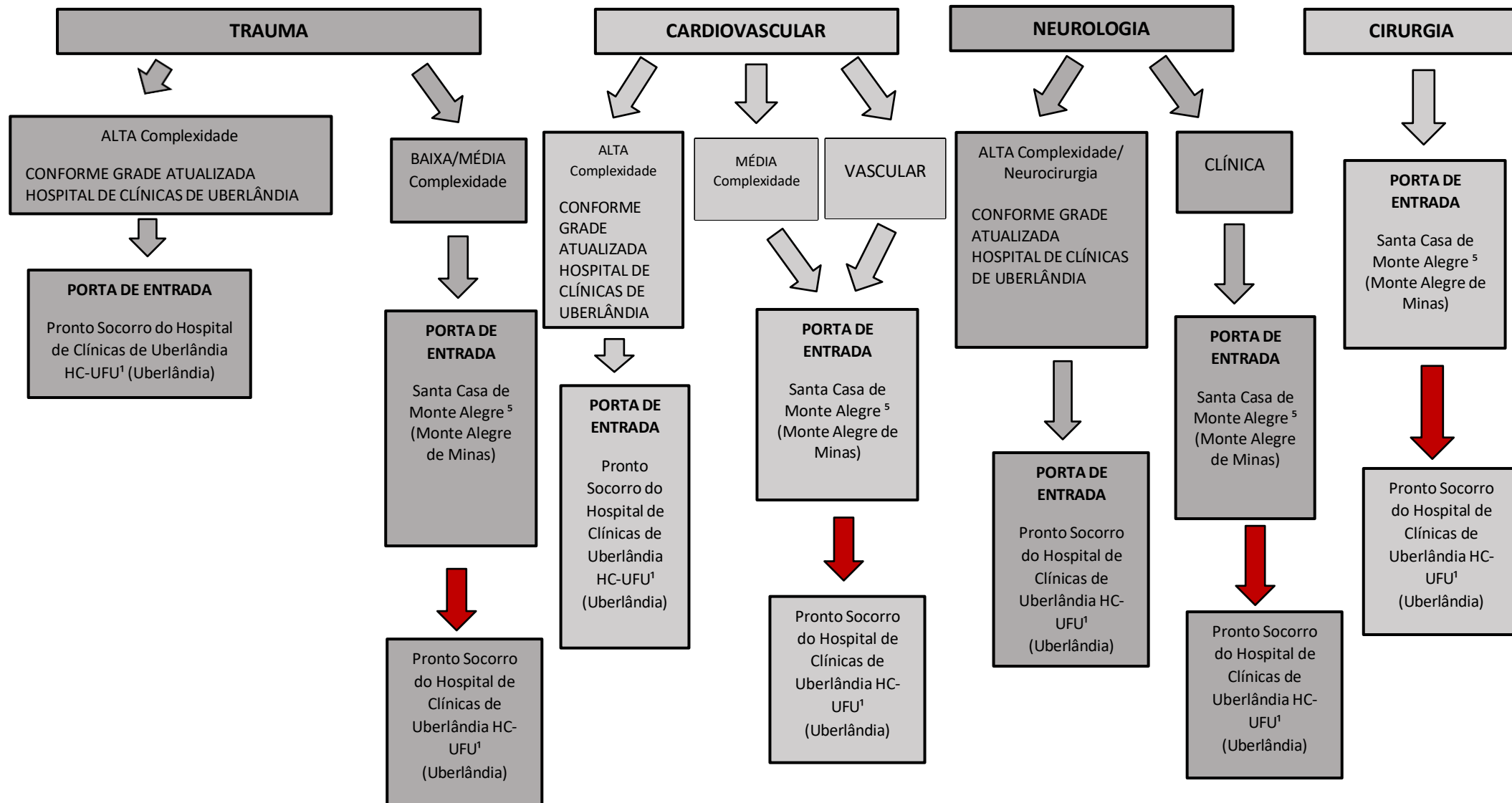
ARAPORÃ – Paciente Regulado pelo SAMU



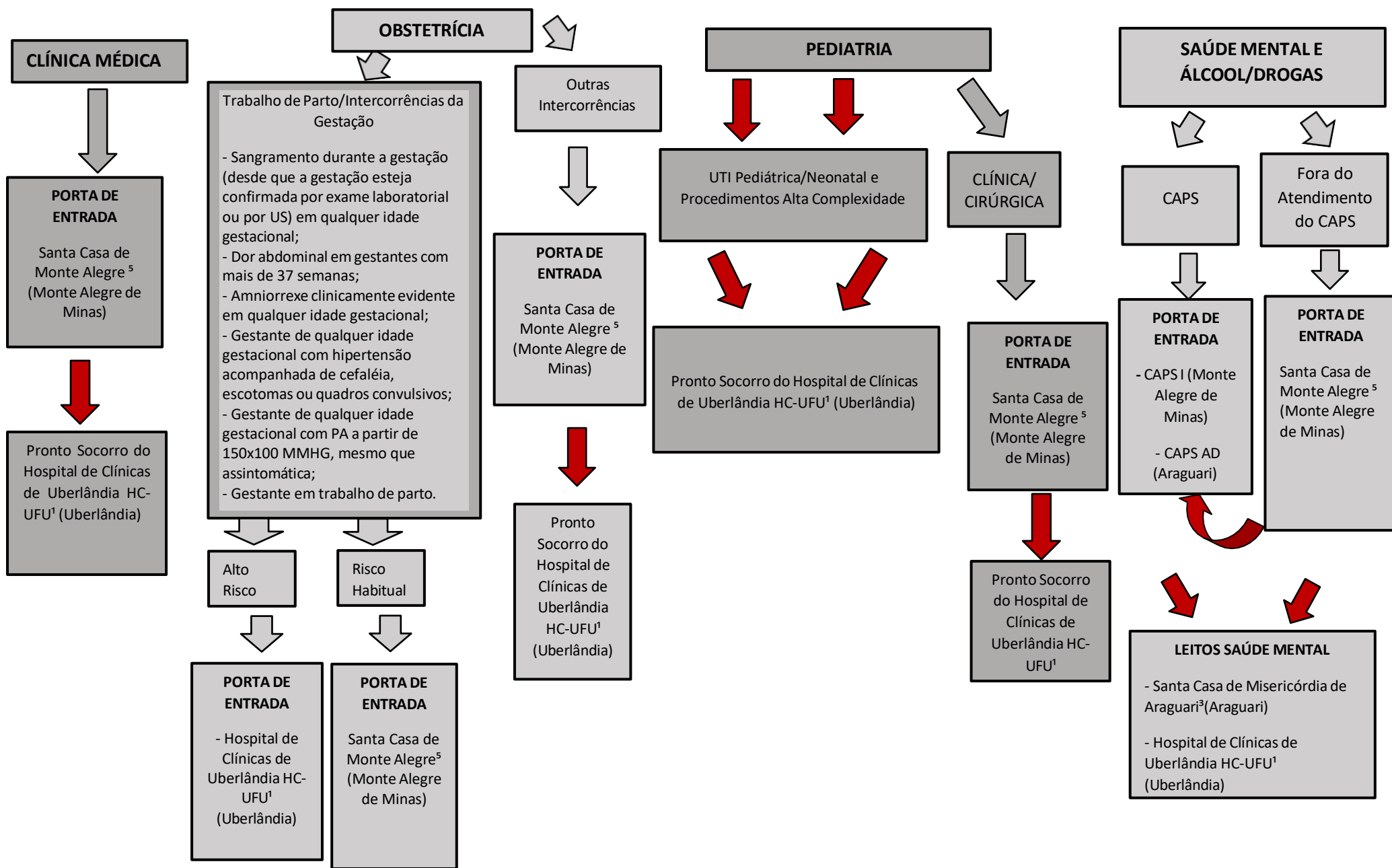
ARAPORÃ – Paciente Regulado pelo SAMU



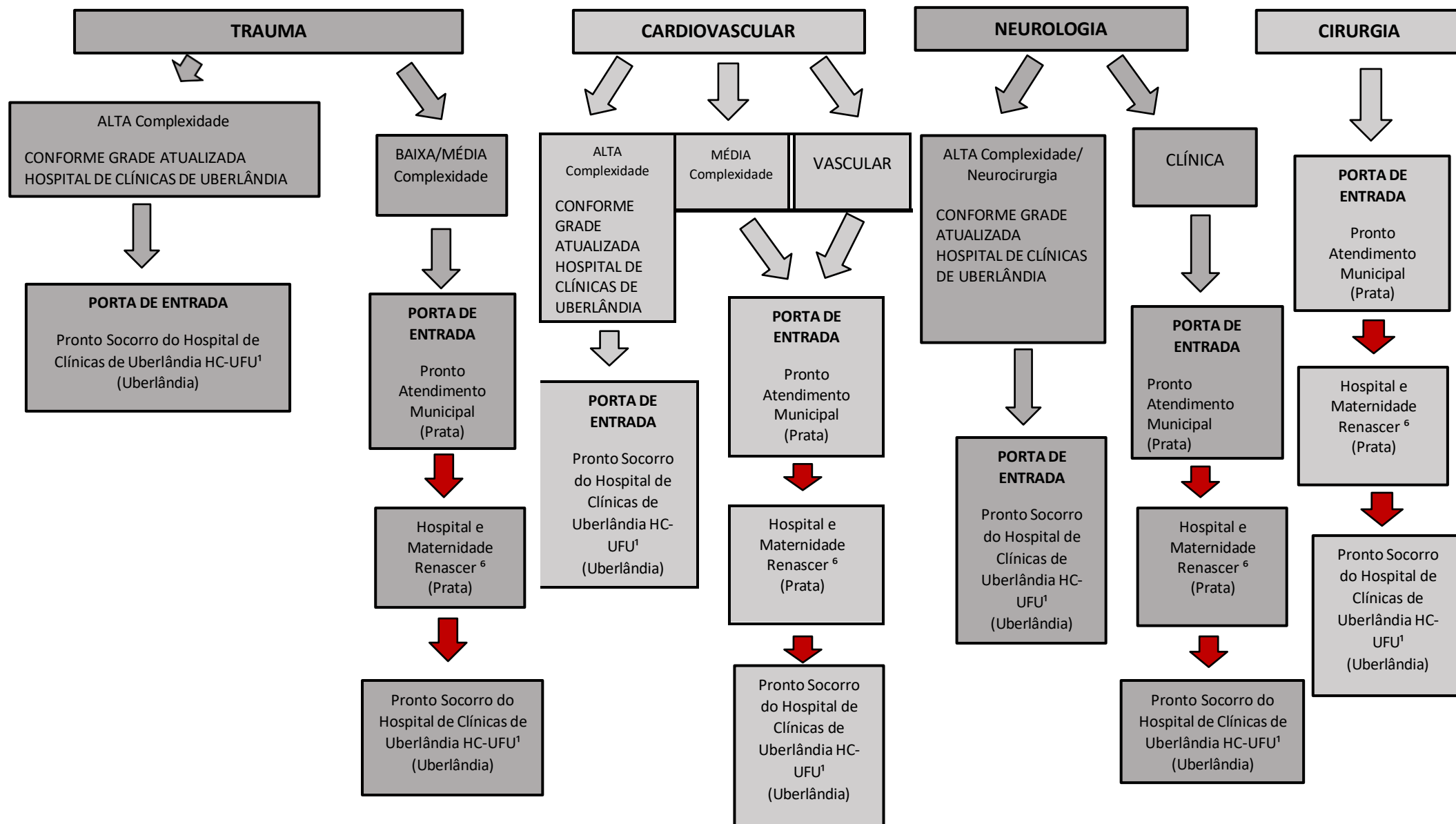
MONTE ALEGRE DE MINAS – Paciente Regulado pelo SAMU



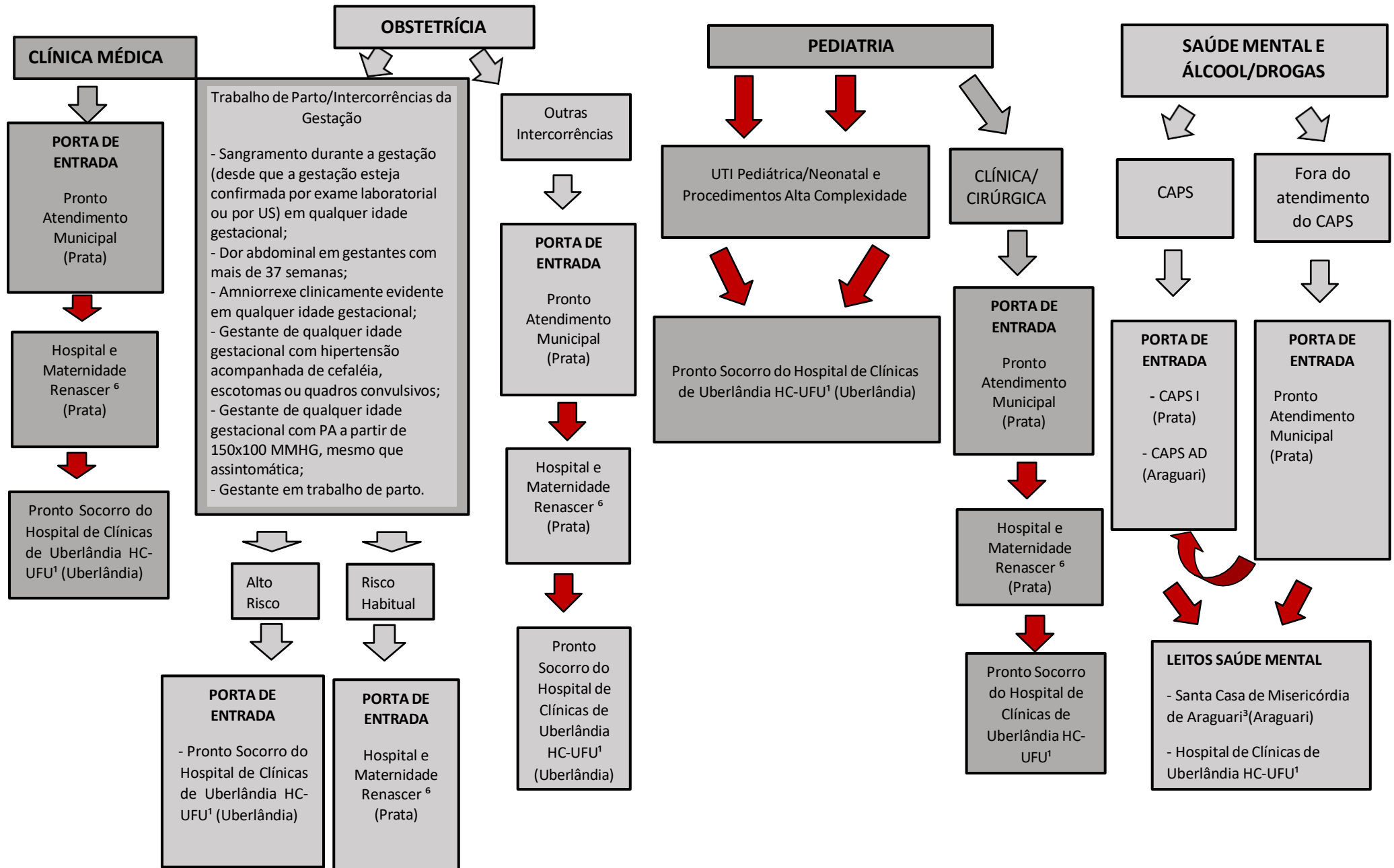
MONTE ALEGRE DE MINAS – Paciente Regulado pelo SAMU



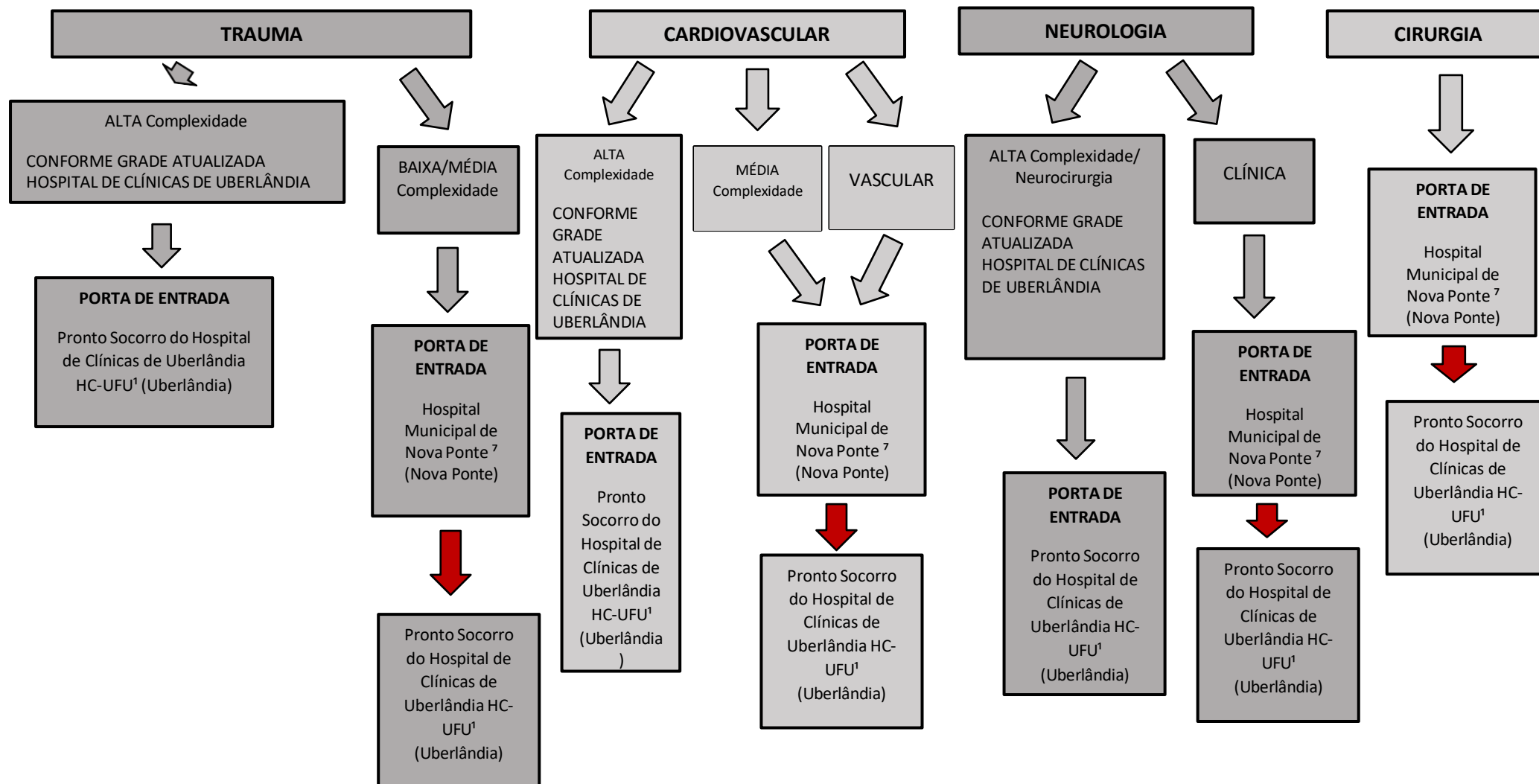
PRATA – Paciente Regulado pelo SAMU



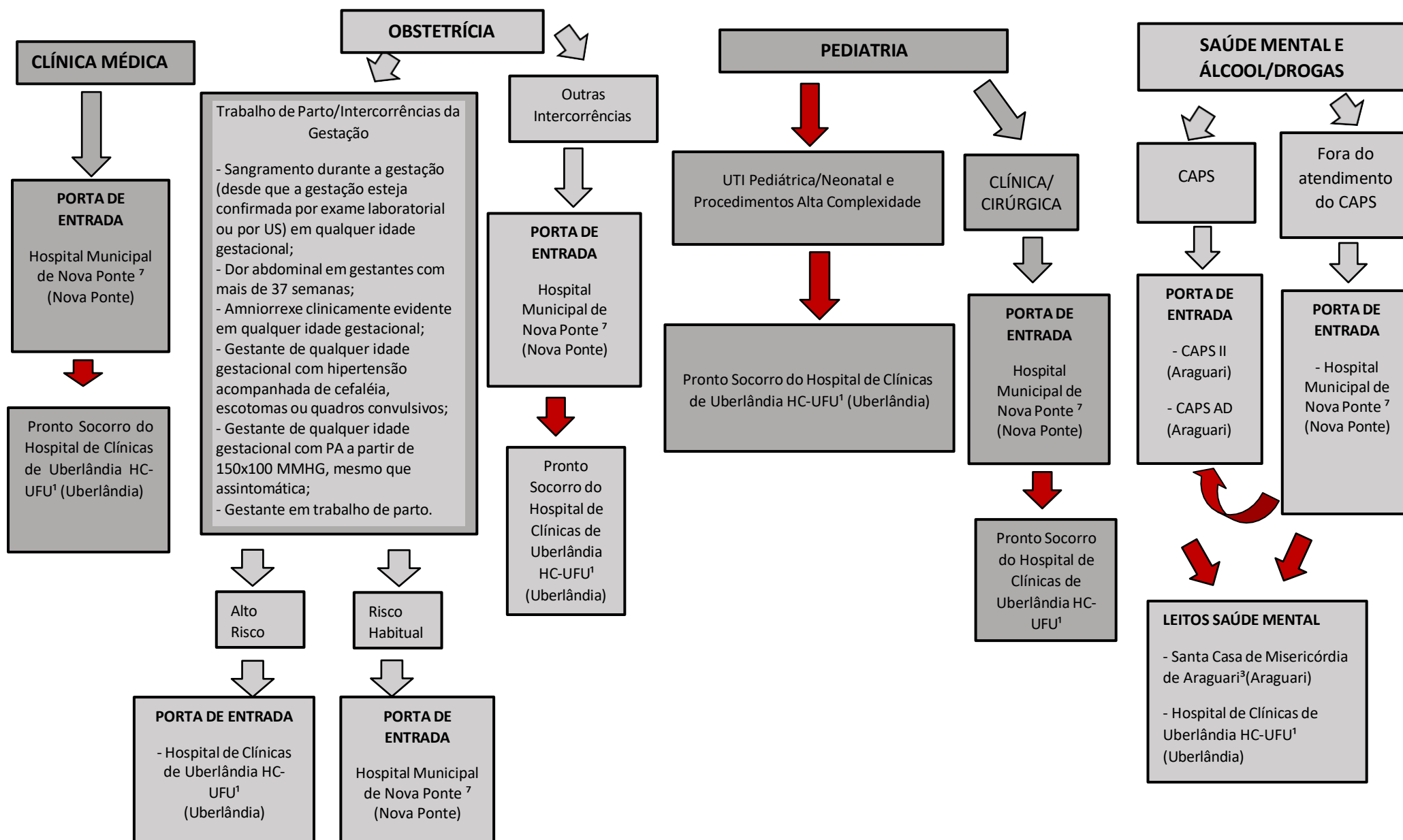
PRATA – Paciente Regulado pelo SAMU



NOVA PONTE – Paciente Regulado pelo SAMU



NOVA PONTE – Paciente Regulado pelo SAMU



Anexo I

MUNICÍPIO	MICRO	CNES	NOME DA UBSF / EQUIPE
ARAGUARI	Uberlândia/Araguari	2146150	UNIDADE BASICA DE SAUDE DA FAMILIA AMANHECE
ARAGUARI	Uberlândia/Araguari	6419771	UNIDADE BASICA DE SAUDE DA FAMILIA BOSQUE
ARAGUARI	Uberlândia/Araguari	2146290	UNIDADE BASICA DE SAUDE DA FAMILIA BRASILIA II
ARAGUARI	Uberlândia/Araguari	2146290	UNIDADE BASICA DE SAUDE DA FAMILIA BRASILIA I
ARAGUARI	Uberlândia/Araguari	2146185	UNIDADE BASICA DE SAUDE DA FAMILIA GUTIERREZ
ARAGUARI	Uberlândia/Araguari	6994776	UNIDADE BASICA DE SAUDE DA FAMILIA MARIA EUGENIA II
ARAGUARI	Uberlândia/Araguari	6994776	UNIDADE BASICA DE SAUDE DA FAMILIA MARIA EUGENIA I
ARAGUARI	Uberlândia/Araguari	6908284	UNIDADE BASICA DE SAUDE DA FAMILIA MIRANDA I
ARAGUARI	Uberlândia/Araguari	3488721	UNIDADE BASICA DE SAUDE DA FAMILIA MIRANDA II
ARAGUARI	Uberlândia/Araguari	4033981	UNIDADE BASICA DE SAUDE DA FAMILIA NOVO HORIZONTE
ARAGUARI	Uberlândia/Araguari	3001296	UNIDADE BASICA DE SAUDE DA FAMILIA PARAISO II
ARAGUARI	Uberlândia/Araguari	3001296	UNIDADE BASICA DE SAUDE DA FAMILIA PARAISO I
ARAGUARI	Uberlândia/Araguari	2146282	UNIDADE BASICA DE SAUDE DA FAMILIA SANTA TEREZINHA I
ARAGUARI	Uberlândia/Araguari	2146282	UNIDADE BASICA DE SAUDE DA FAMILIA SANTA TEREZINHA III
ARAGUARI	Uberlândia/Araguari	6337074	UNIDADE BASICA DE SAUDE DA FAMILIA SANTA TEREZINHA II
ARAGUARI	Uberlândia/Araguari	2146320	UNIDADE BASICA DE SAUDE DA FAMILIA SAO SEBASTIAO II
ARAGUARI	Uberlândia/Araguari	2146320	UNIDADE BASICA DE SAUDE DA FAMILIA SAO SEBASTIAO I
ARAGUARI	Uberlândia/Araguari	9141146	UNIDADE BASICA DE SAUDE DA FAMILIA CHANCIA
ARAGUARI	Uberlândia/Araguari	2146142	UNIDADE BASICA DE SAUDE DA FAMILIA INDEPENDÊNCIA I
ARAGUARI	Uberlândia/Araguari	2146142	UNIDADE BASICA DE SAUDE DA FAMILIA INDEPENDÊNCIA II
ARAGUARI	Uberlândia/Araguari	7989865	UNIDADE BASICA DE SAUDE DA FAMILIA PORTAL DE FATIMA I
ARAGUARI	Uberlândia/Araguari	7989865	UNIDADE BASICA DE SAUDE DA FAMILIA PORTAL DE FATIMA II
ARAPORÃ	Uberlândia/Araguari	2145715	UNIDADE BASICA DE SAUDE JOÃO FERREIRA DA COSTA
ARAPORÃ	Uberlândia/Araguari	2145723	UNIDADE BASICA DE SAUDE LINDALVA FERREIRA DE CASTRO
ARAPORÃ	Uberlândia/Araguari	7250754	UNIDADE BASICA DE SAUDE ELEUZA MARIA OLIVEIRA
CASCALHO RICO	Uberlândia/Araguari	2145758	CENTRO DE SAUDE CASCALHO RICO

INDIANÓPOLIS	Uberlândia/Araguari	2145332	POSTO DE SAUDE ANGICO
INDIANÓPOLIS	Uberlândia/Araguari	3301222	CENTRO DE SAUDE DONA LICA
INDIANÓPOLIS	Uberlândia/Araguari	7528175	CENTRO DE SAUDE ALEX FERNANDES RESENDE
MONTE ALEGRE DE MINAS	Uberlândia/Araguari	2145928	CENTRO DE SAUDE DONA ANTUNINHA DELFINO
MONTE ALEGRE DE MINAS	Uberlândia/Araguari	3000737	UNIDADE SAUDE DA FAMILIA ALFREDO ALVES MARTINS
MONTE ALEGRE DE MINAS	Uberlândia/Araguari	5387833	UNIDADE DE SAUDE DA F. DONA LUCI BITTENCOURT DE FREITAS
MONTE ALEGRE DE MINAS	Uberlândia/Araguari	3050645	UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA FREI LUCAS FERRARO
MONTE ALEGRE DE MINAS	Uberlândia/Araguari	3616096	UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA MARINA GOMES DA SILVA
NOVA PONTE	Uberlândia/Araguari	2145510	CENTRO DE SAUDE DR JOSE SOARES DE FARIA
NOVA PONTE	Uberlândia/Araguari	6501753	CENTRO DE SAUDE HOMILTON PEREIRA DE RESENDE
NOVA PONTE	Uberlândia/Araguari	2145472	CENTRO DE SAUDE ODELMO LEAO CARNEIRO
PRATA	Uberlândia/Araguari	2145642	UBSF CRUZEIRO DO SUL
PRATA	Uberlândia/Araguari	7184247	UBSF OLIVEIRA V
PRATA	Uberlândia/Araguari	7184247	UBSF OLIVEIRA IV
PRATA	Uberlândia/Araguari	2145561	UBSF BELA VISTA
PRATA	Uberlândia/Araguari	5830052	UAPS COLINA PARK
PRATA	Uberlândia/Araguari	7529724	UBSF JARDIM BRASIL
PRATA	Uberlândia/Araguari	7529716	UBSF PRIMAVERA
PRATA	Uberlândia/Araguari	7529708	UBSF ESPERANÇA
TUPACIGUARA	Uberlândia/Araguari	5776279	PSF DR FLAVIO ULH SOARES
TUPACIGUARA	Uberlândia/Araguari	5776546	PSF DR JOSE CARLOS RODRIGUES DA SILVA
TUPACIGUARA	Uberlândia/Araguari	3431487	UNIDADE PRO SAUDE NOVA ESPERANCA
TUPACIGUARA	Uberlândia/Araguari	3121275	UNIDADE PRO SAUDE VO MALAQUIA
TUPACIGUARA	Uberlândia/Araguari	7554397	PSF PALMERIO ARAUJO COSTA

Anexo II

MUNICÍPIO	MICRO	CNES	NOME DO ESTABELECIMENTO
ARAGUARI	Uberlândia/Araguari	2146126	UPA 24H
ARAGUARI	Uberlândia/Araguari	2145960	SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ARAGUARI
ARAGUARI	Uberlândia/Araguari	2765365	CAPS II ARAGUARI
ARAGUARI	Uberlândia/Araguari	5663598	CAPS AD ARAGUARI
ARAPORÃ	Uberlândia/Araguari	2760916	HOSPITAL JOÃO PAULO II
CASCALHO RICO	Uberlândia/Araguari	2145758	CENTRO DE SAUDE CASCALHO RICO/UBS
INDIANÓPOLIS	Uberlândia/Araguari	7528175	CENTRO DE SAUDE ALEX FERNANDES RESENDE
MONTE ALEGRE DE MINAS	Uberlândia/Araguari	2776022	SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MONTE ALEGRE
MONTE ALEGRE DE MINAS	Uberlândia/Araguari	7681321	CAPS I MONTE ALEGRE
NOVA PONTE	Uberlândia/Araguari	2775964	HOSPITAL MUNICIPAL DE NOVA PONTE
PRATA	Uberlândia/Araguari	2145588	PRONTO ATENDIMENTO MUNICIPAL DO PRATA
PRATA	Uberlândia/Araguari	2145685	HOSPITAL E MATERNIDADE RENASCER
PRATA	Uberlândia/Araguari	7822596	CAPS I PRATA
TUPACIGUARA	Uberlândia/Araguari	2797542	UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO/UNIDADE MISTA DR JARBAS DE SOUZA
TUPACIGUARA	Uberlândia/Araguari	7221010	CAPS I TUPACIGUARA
UBERLÂNDIA	Uberlândia/Araguari	2146355	HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA

Tipologia dos Estabelecimentos de Saúde

1 Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC-UFU):

- Hospital Polivalente, conforme Anexo Único da Resolução SES/MG nº 4.448, 20/08/2014.
- Hospital Especializado tipo II, conforme Portaria nº 2.395, 11/10/2011.

2 Hospital Santo Antônio (Araguari)

- Hospital Geral de Urgência Nível III, conforme Anexo Único da Resolução SES/MG nº 4.448, 20/08/2014.

3 Santa Casa de Misericórdia de Araguari (Araguari)

- Hospital Geral de Urgência Nível II, conforme Anexo Único da Resolução SES/MG nº 4.448, 20/08/2014.
- Hospital Geral, conforme Portaria nº 2.395, 11/10/2011.

4 Hospital João Paulo II (Araporã)

- Hospital de Urgência Nível IV, conforme Anexo Único da Resolução SES/MG nº 4.448, 20/08/2014.

5 Santa Casa de Monte Alegre de Minas (Monte Alegre de Minas)

- Hospital de Urgência Nível III, conforme Anexo Único da Resolução SES/MG nº 4.448, 20/08/2014.

6 Hospital e Maternidade Renascer (Prata)

- Hospital de Urgência Nível III, conforme Anexo Único da Resolução SES/MG nº 4.448, 20/08/2014.

7 Hospital Municipal de Nova Ponte (Nova Ponte)

- Hospital de Urgência Nível IV, conforme Anexo Único da Resolução SES/MG nº 4.448, 20/08/2014.



SAMU
192

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE MINAS GERAIS
SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DE UBERLÂNDIA
NÚCLEO DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE – NRAS

REGIÃO ITUIUTABA



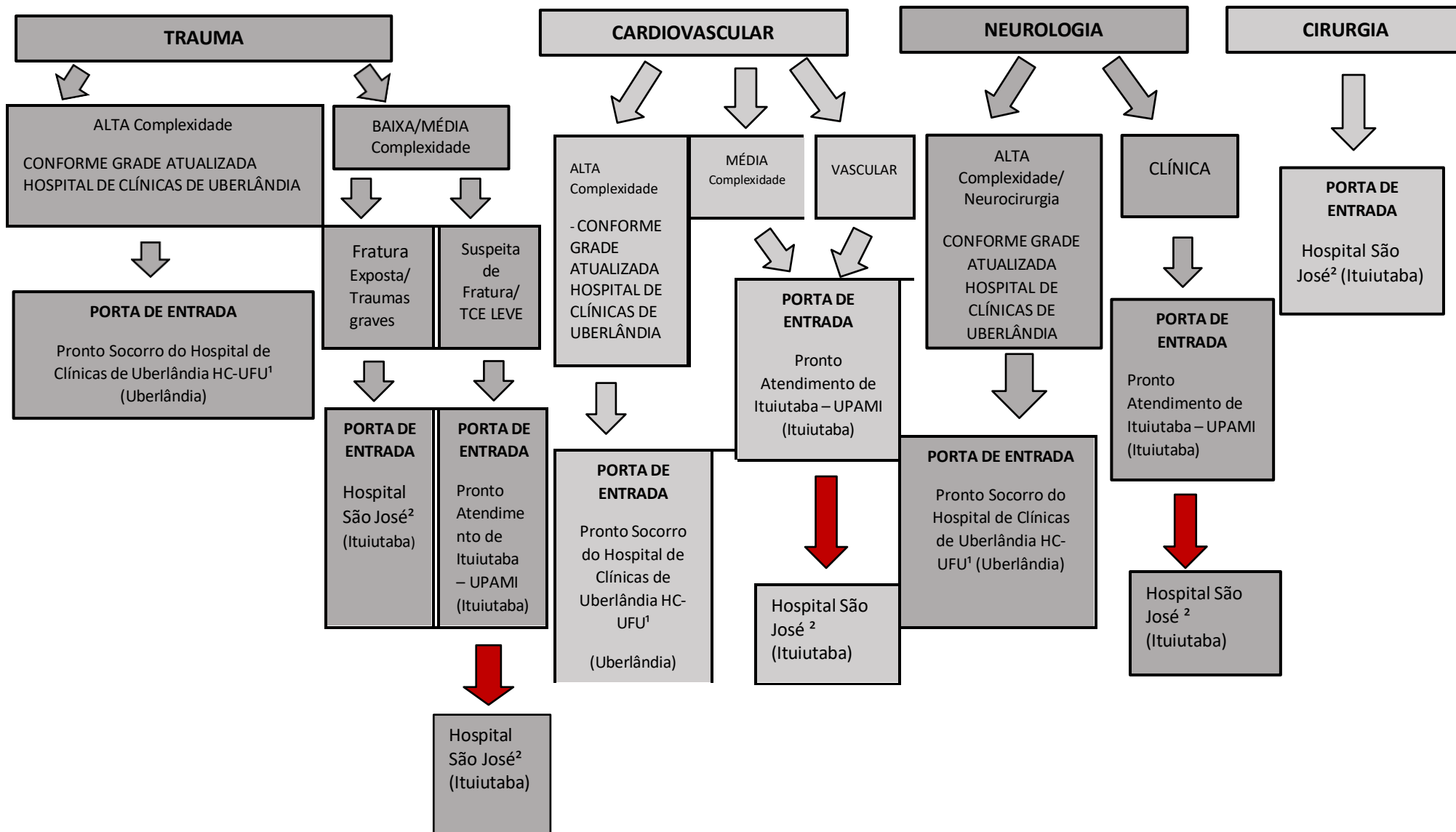
**SAMU
192**

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

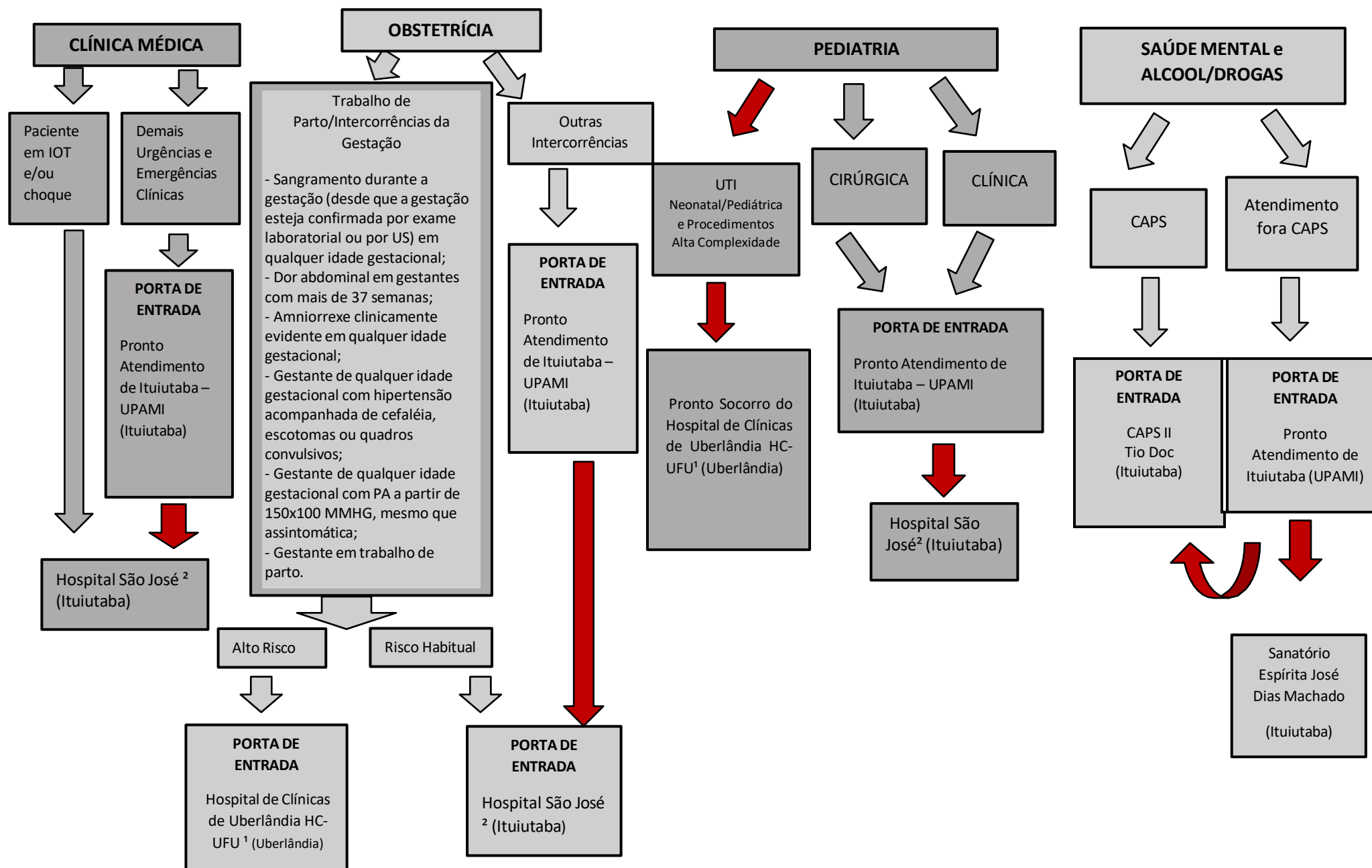
CISTRI

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE MINAS GERAIS
SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DE UBERLÂNDIA
NÚCLEO DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE – NRAS

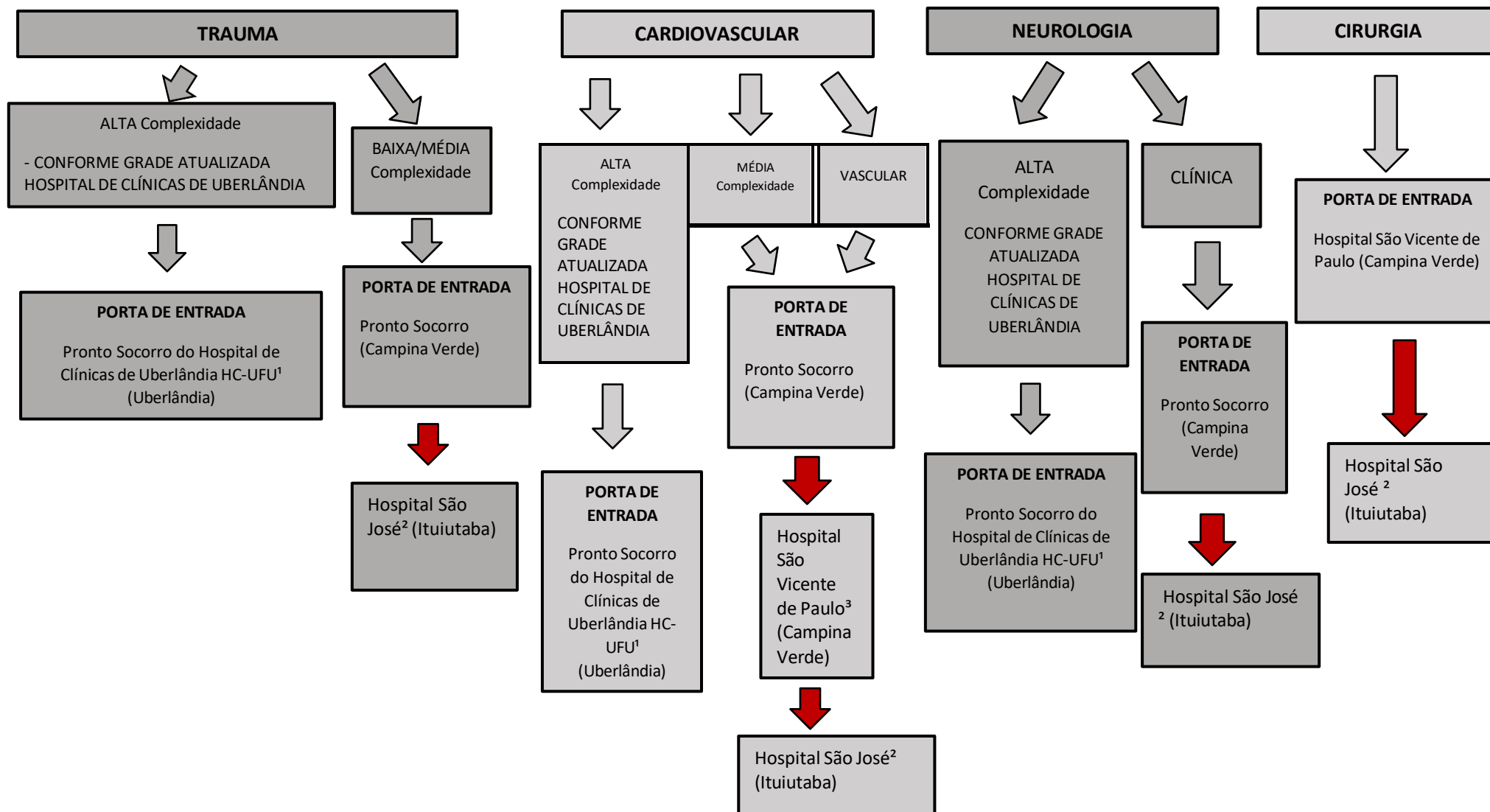
ITUIUTABA – Paciente Regulado pelo SAMU



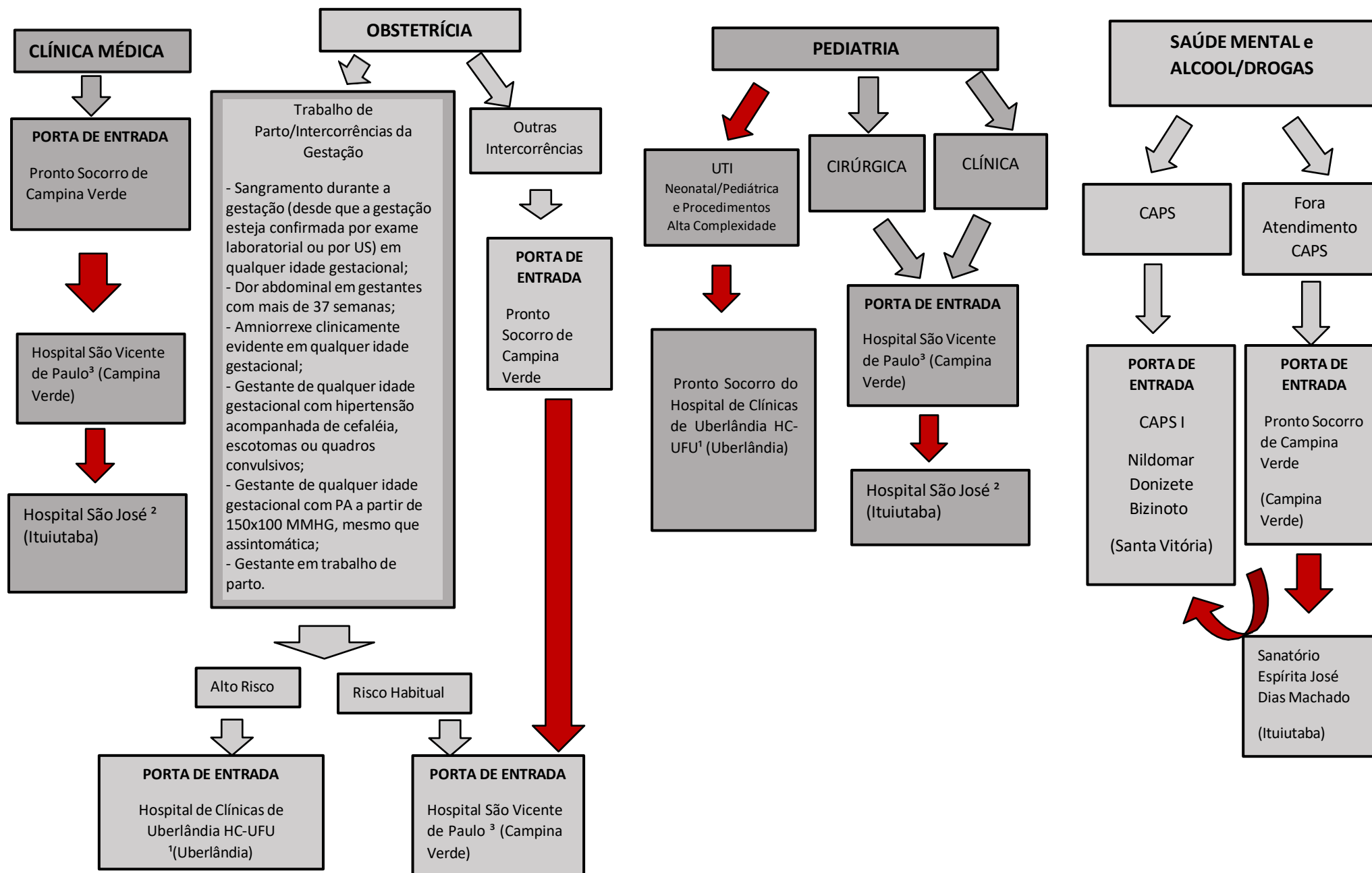
ITUIUTABA – Paciente Regulado pelo SAMU



CAMPINA VERDE – Paciente Regulado pelo SAMU



CAMPINA VERDE – Paciente Regulado pelo SAMU





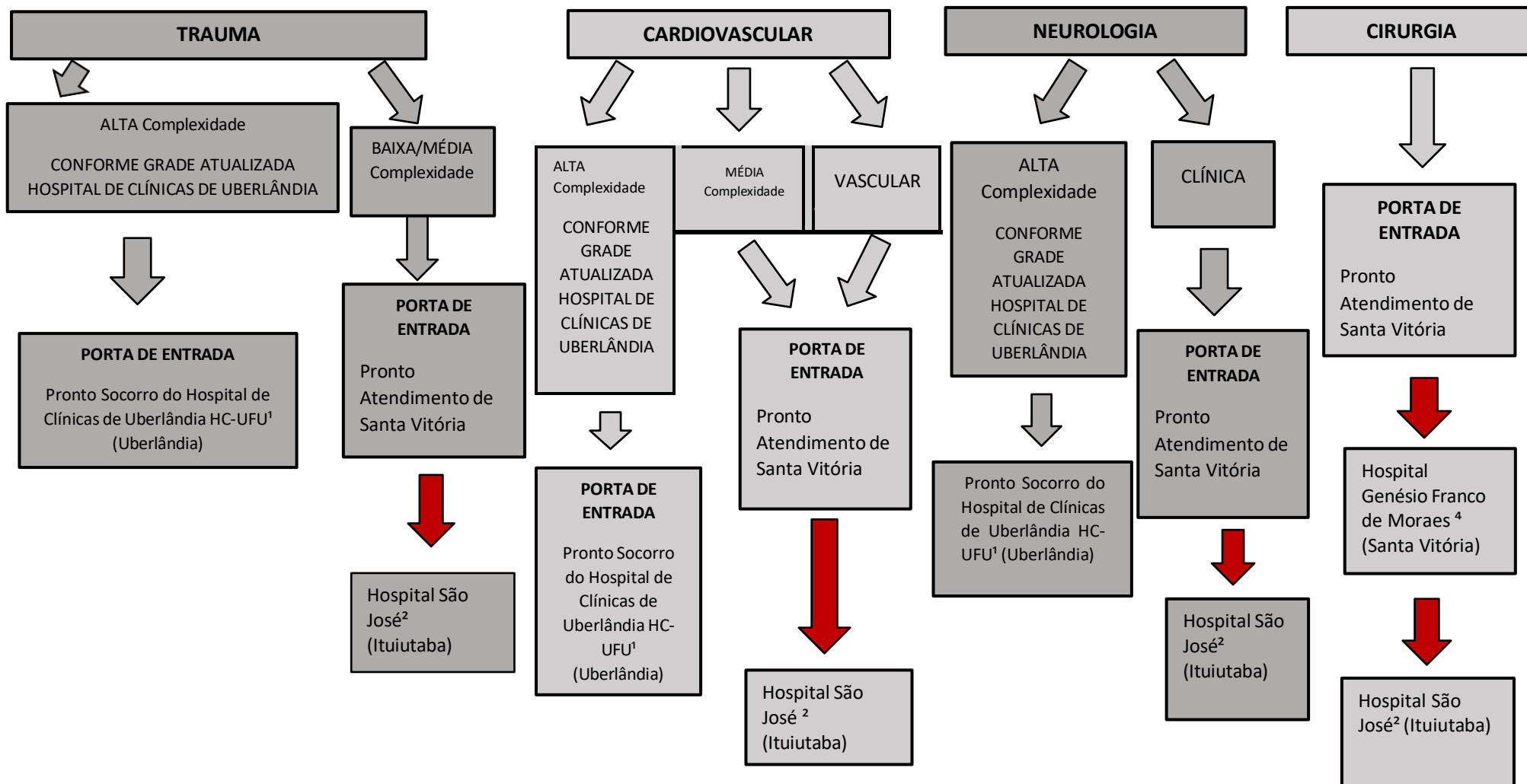
**SAMU
192**

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

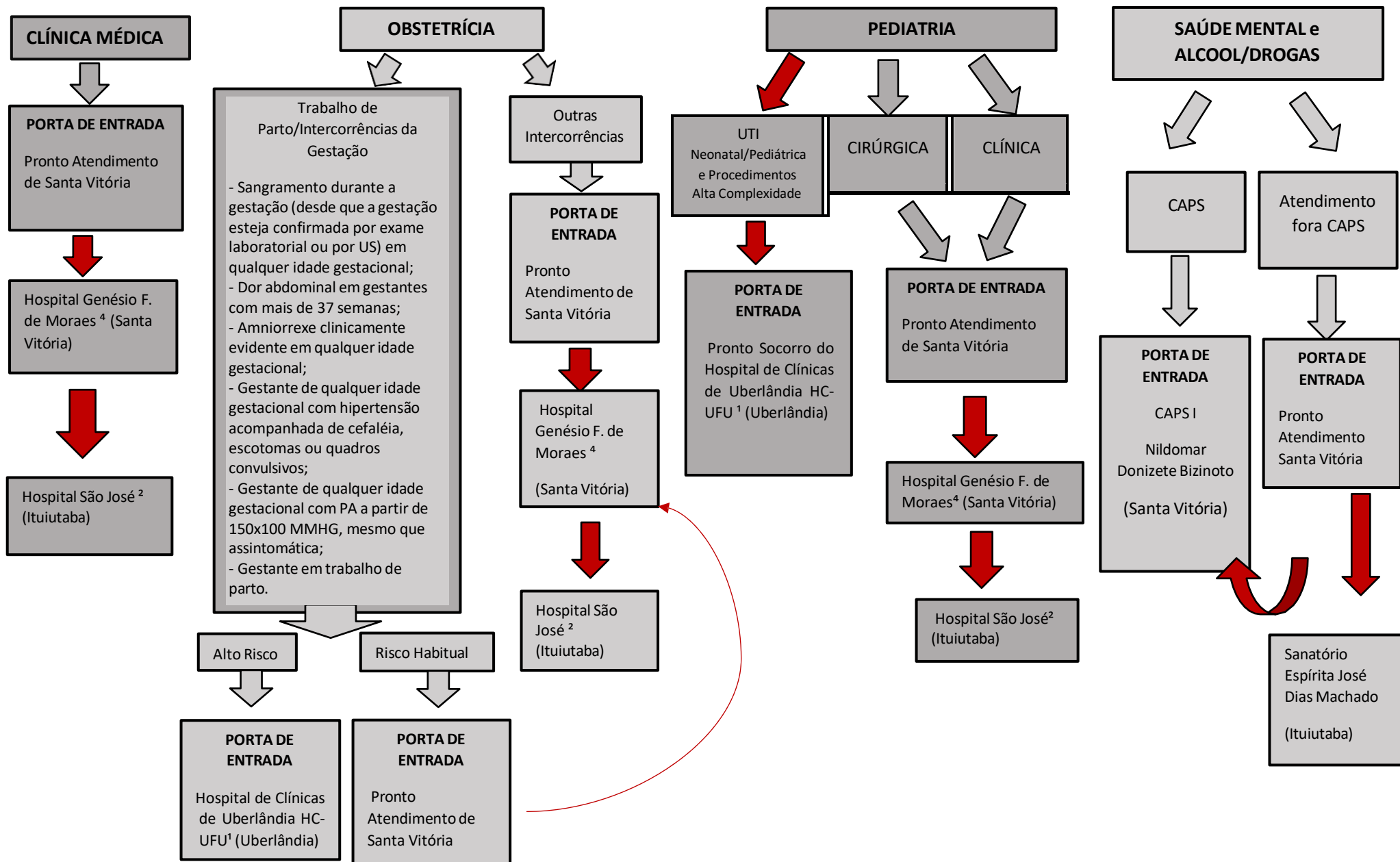
CISTRI

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE MINAS GERAIS
SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DE UBERLÂNDIA
NÚCLEO DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE – NRAS

SANTA VITÓRIA – Paciente Regulado pelo SAMU



SANTA VITÓRIA – Paciente Regulado pelo SAMU





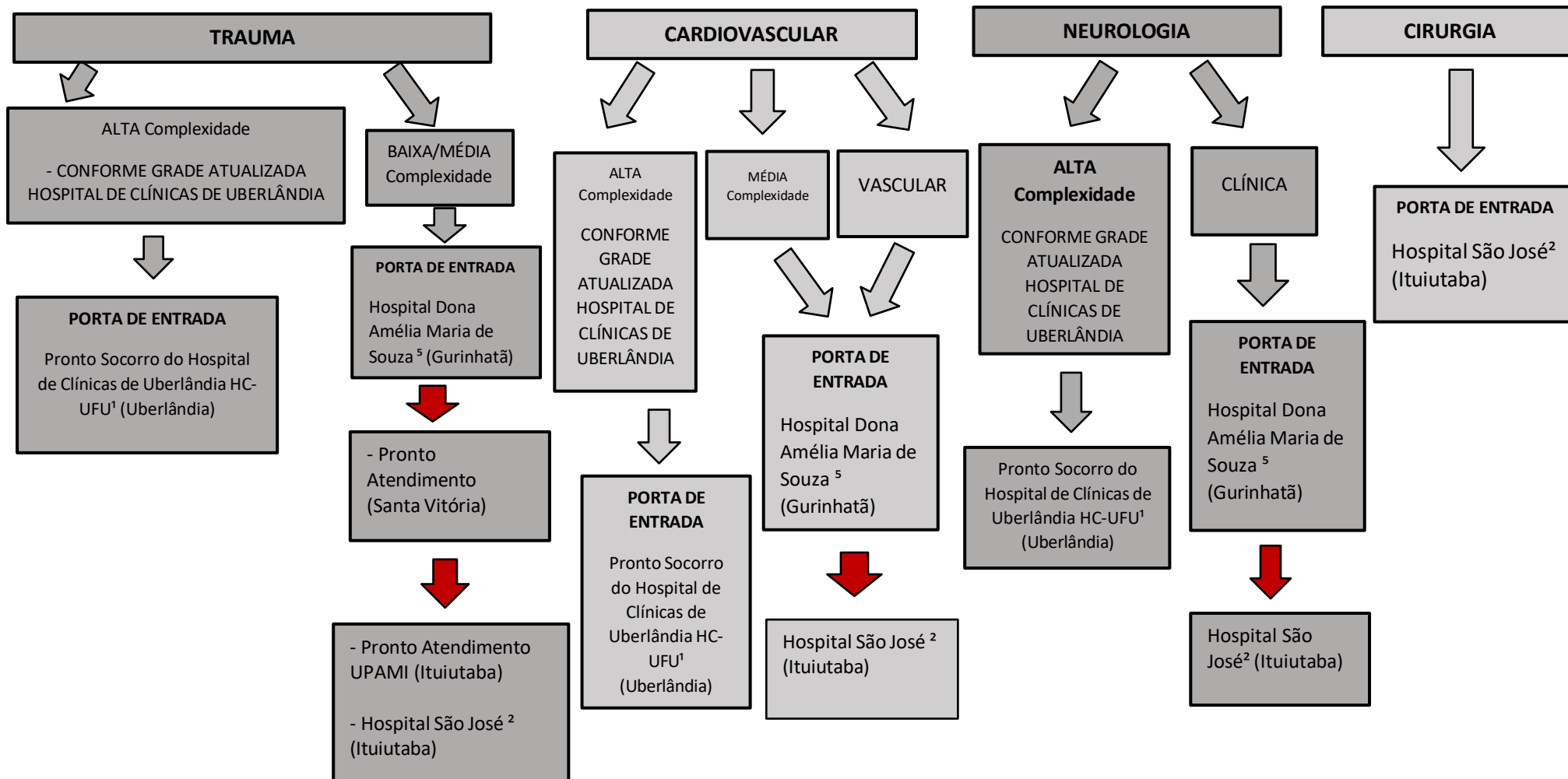
**SAMU
192**

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

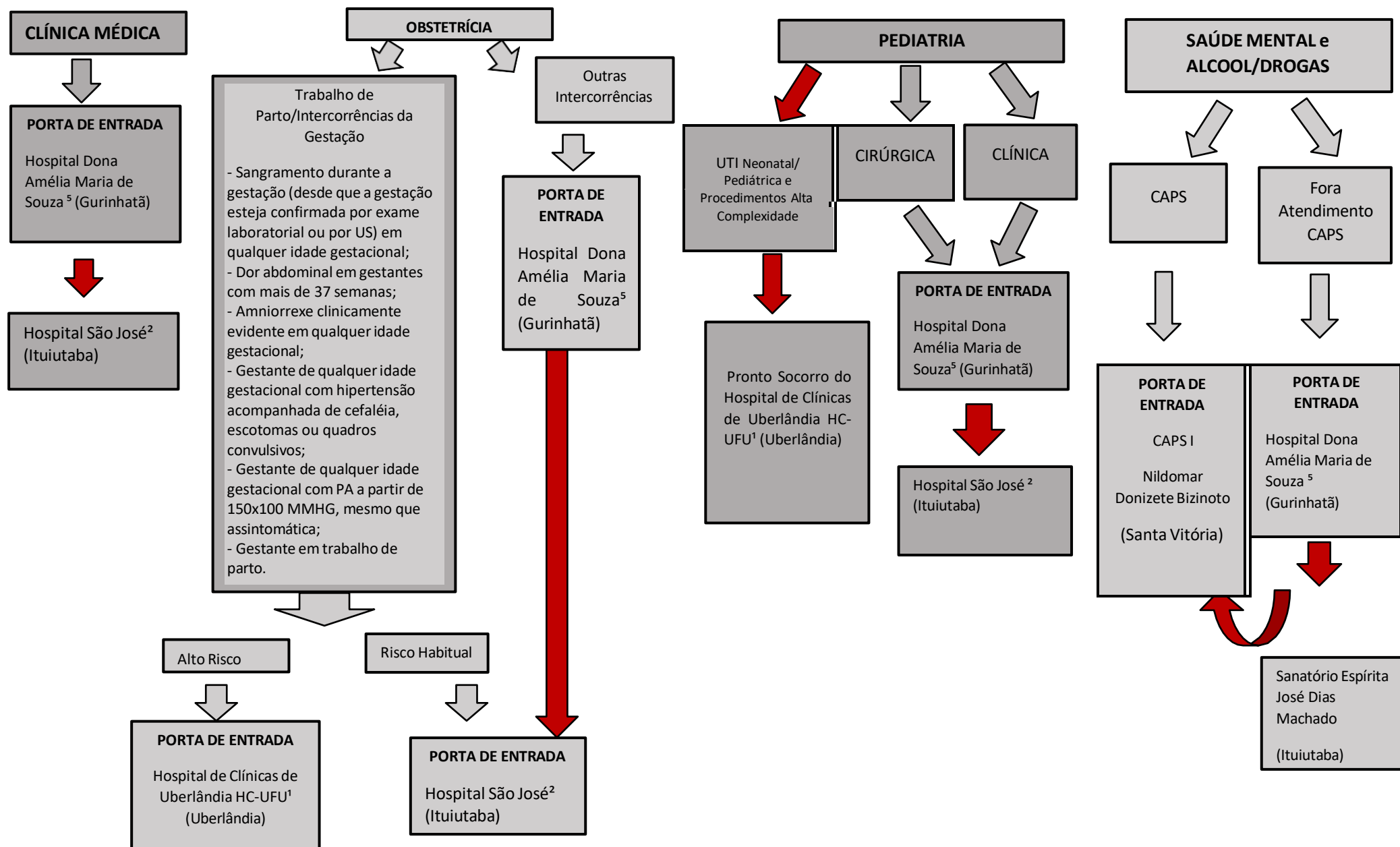
CISTRI

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE MINAS GERAIS
SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DE UBERLÂNDIA
NÚCLEO DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE – NRAS

GURINHATÃ – Paciente Regulado pelo SAMU



GURINHATÃ – Paciente Regulado pelo SAMU





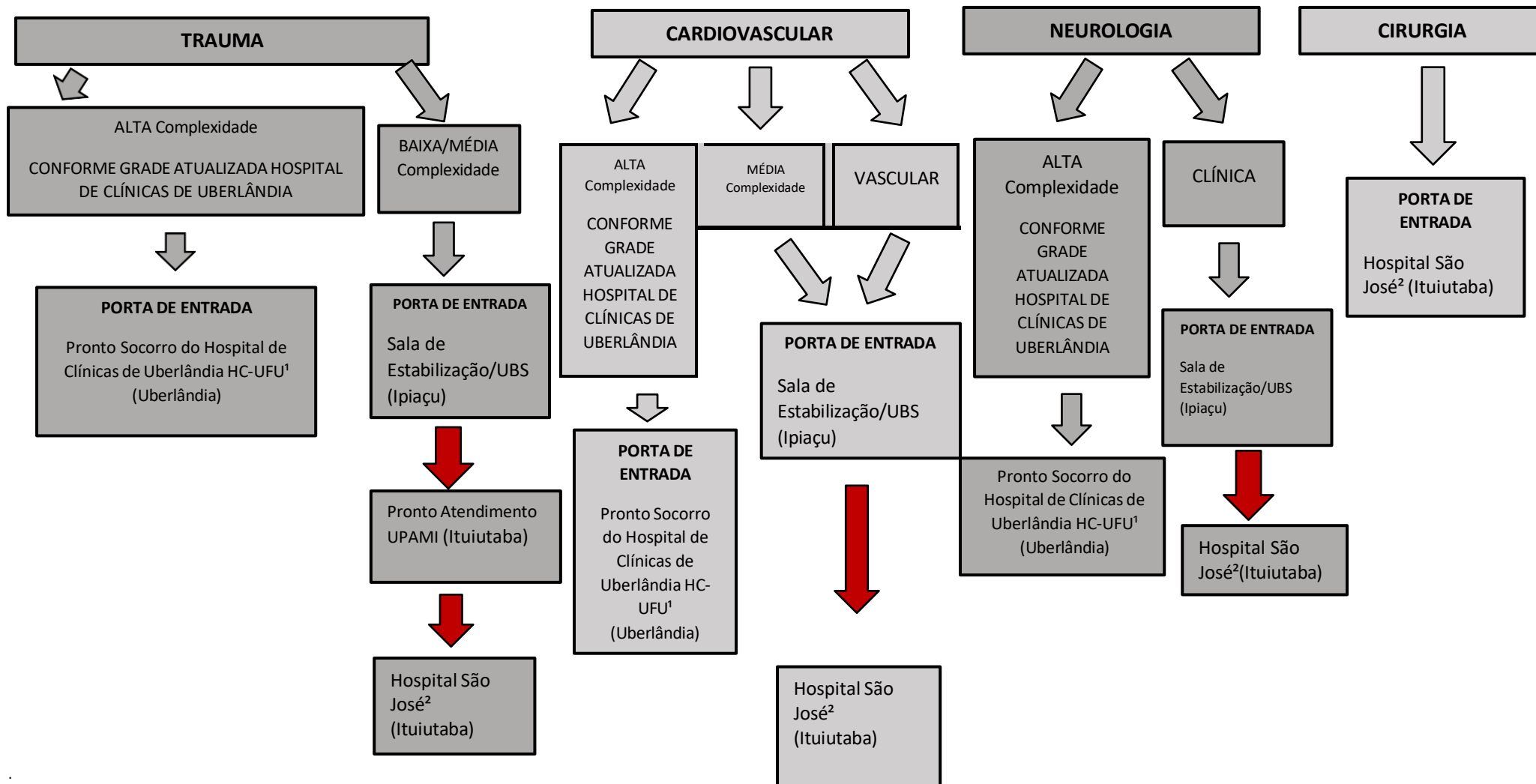
**SAMU
192**

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macroregião do Triângulo do Norte

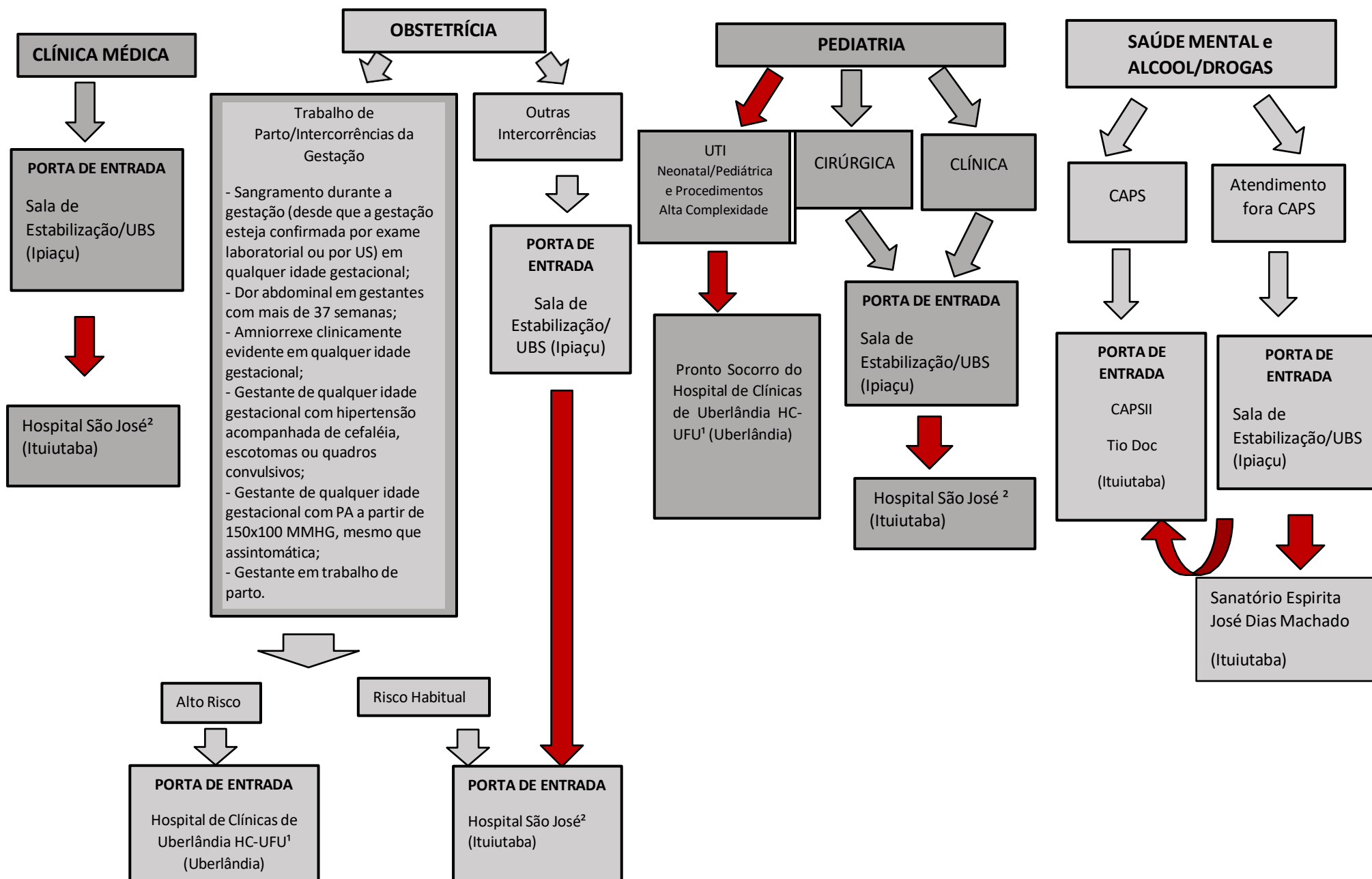
CISTRI

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE MINAS GERAIS
SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DE UBERLÂNDIA
NÚCLEO DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE – NRAS

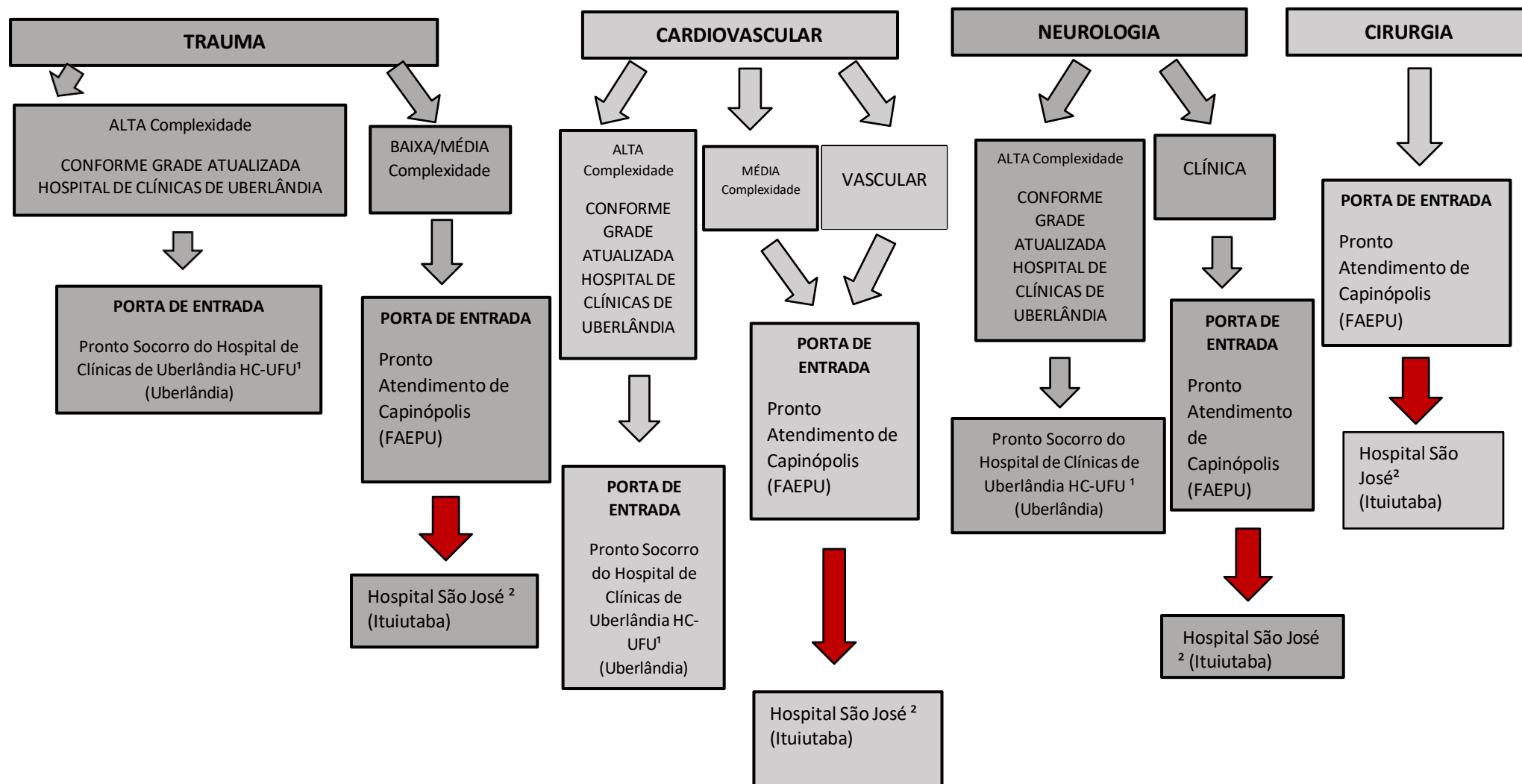
IPIAÇU – Paciente Regulado pelo SAMU



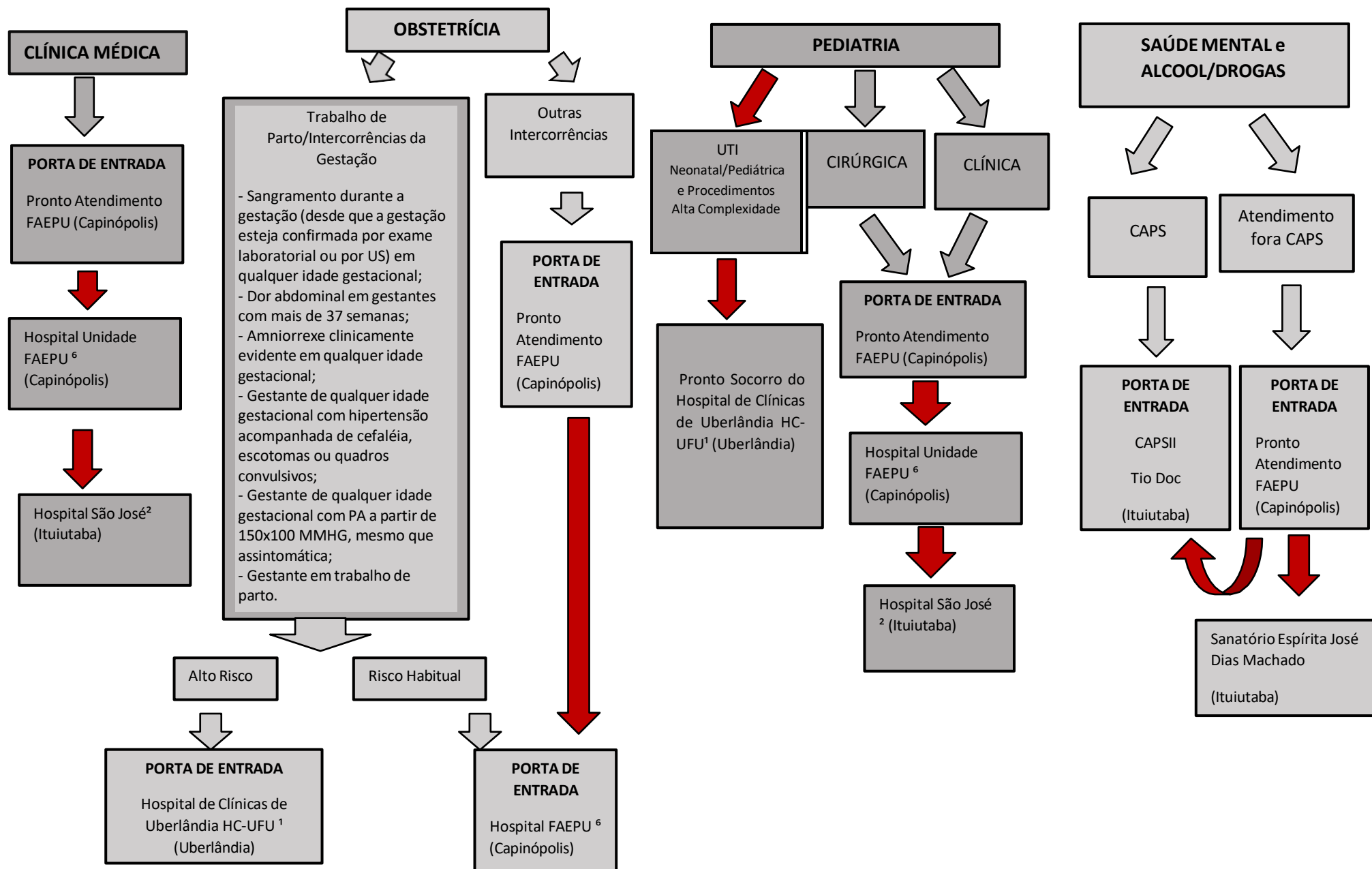
IPIAÇU – Paciente Regulado pelo SAMU



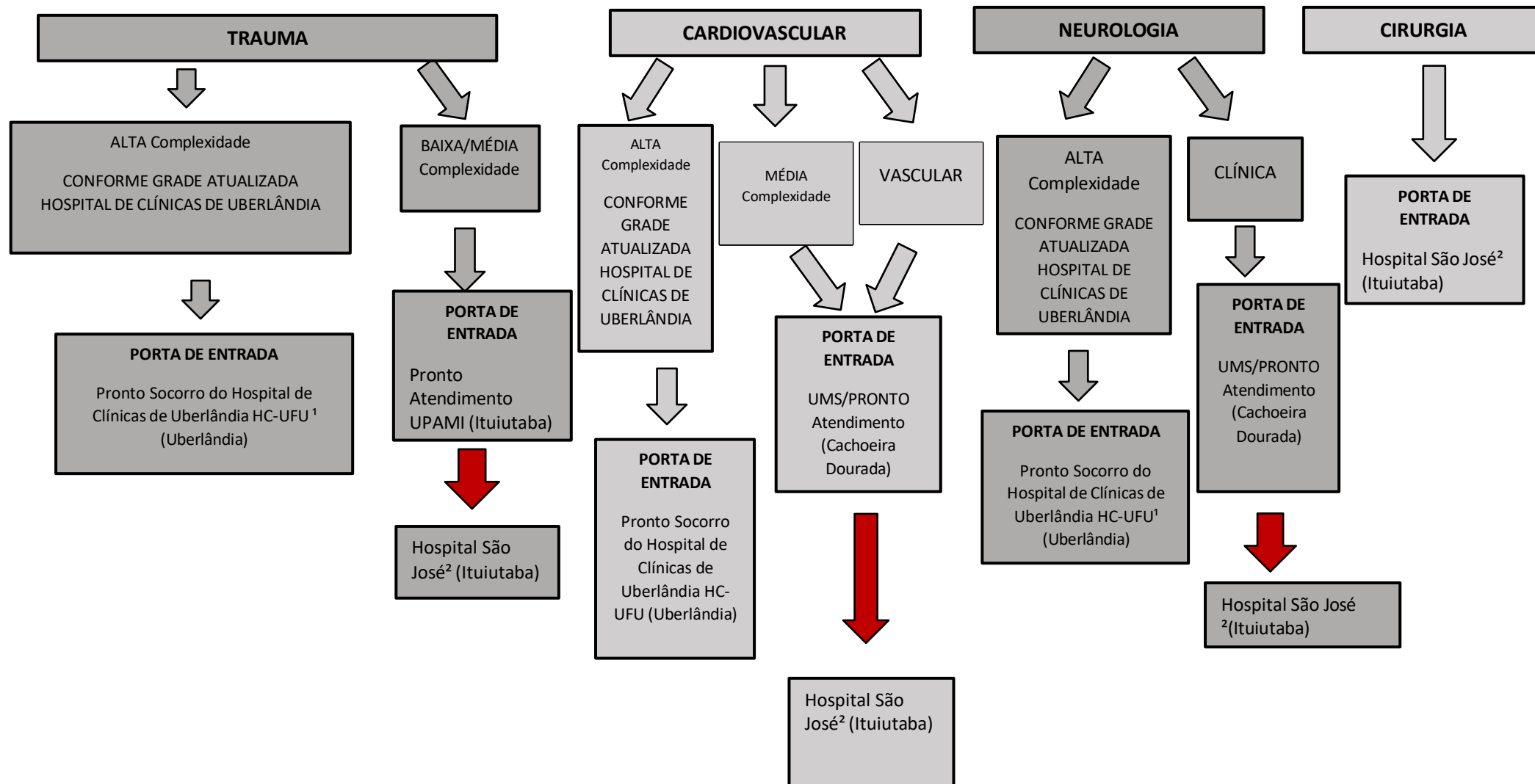
CAPINÓPOLIS – Paciente Regulado pelo SAMU



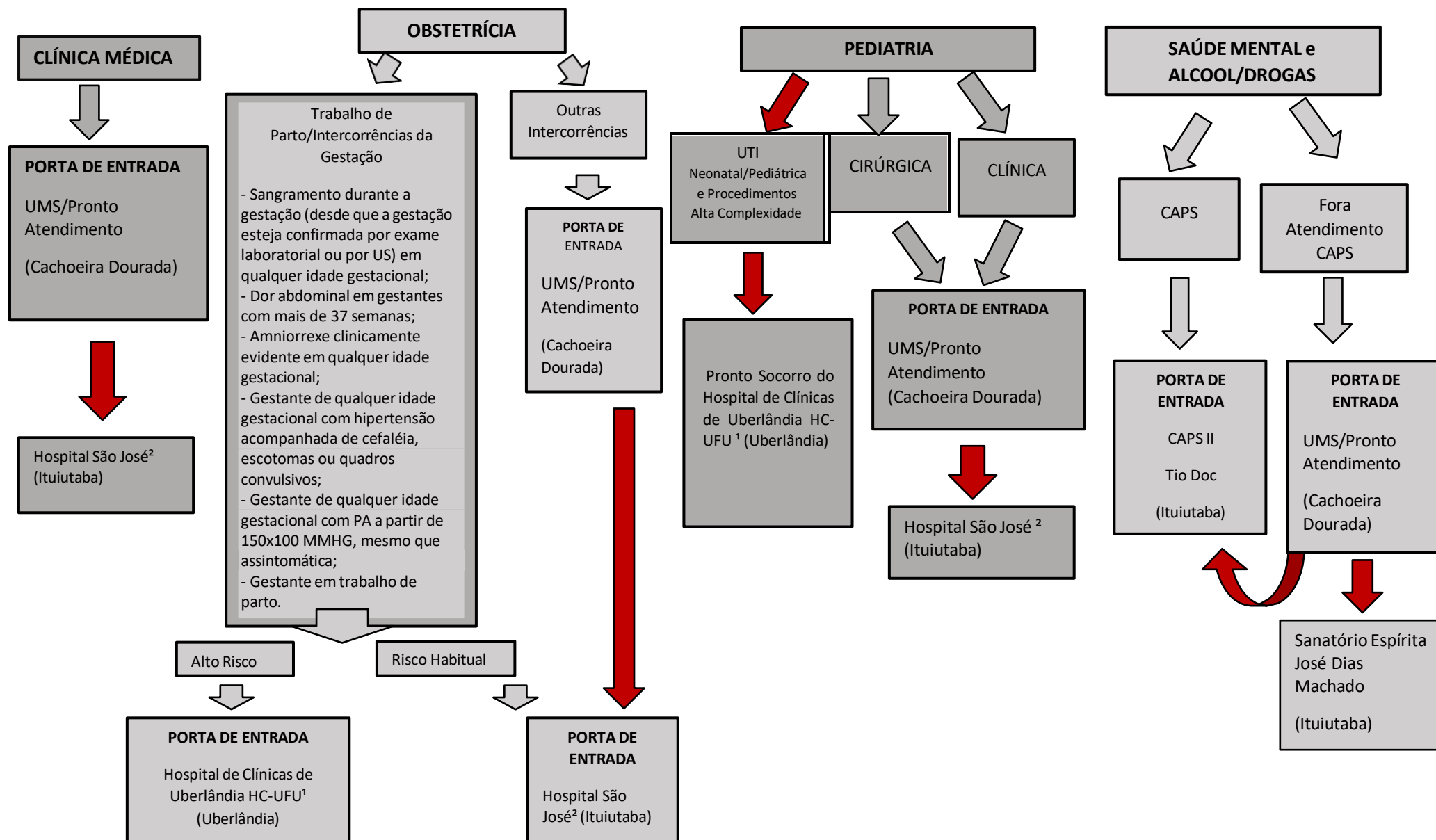
CAPINÓPOLIS – Paciente Regulado pelo SAMU



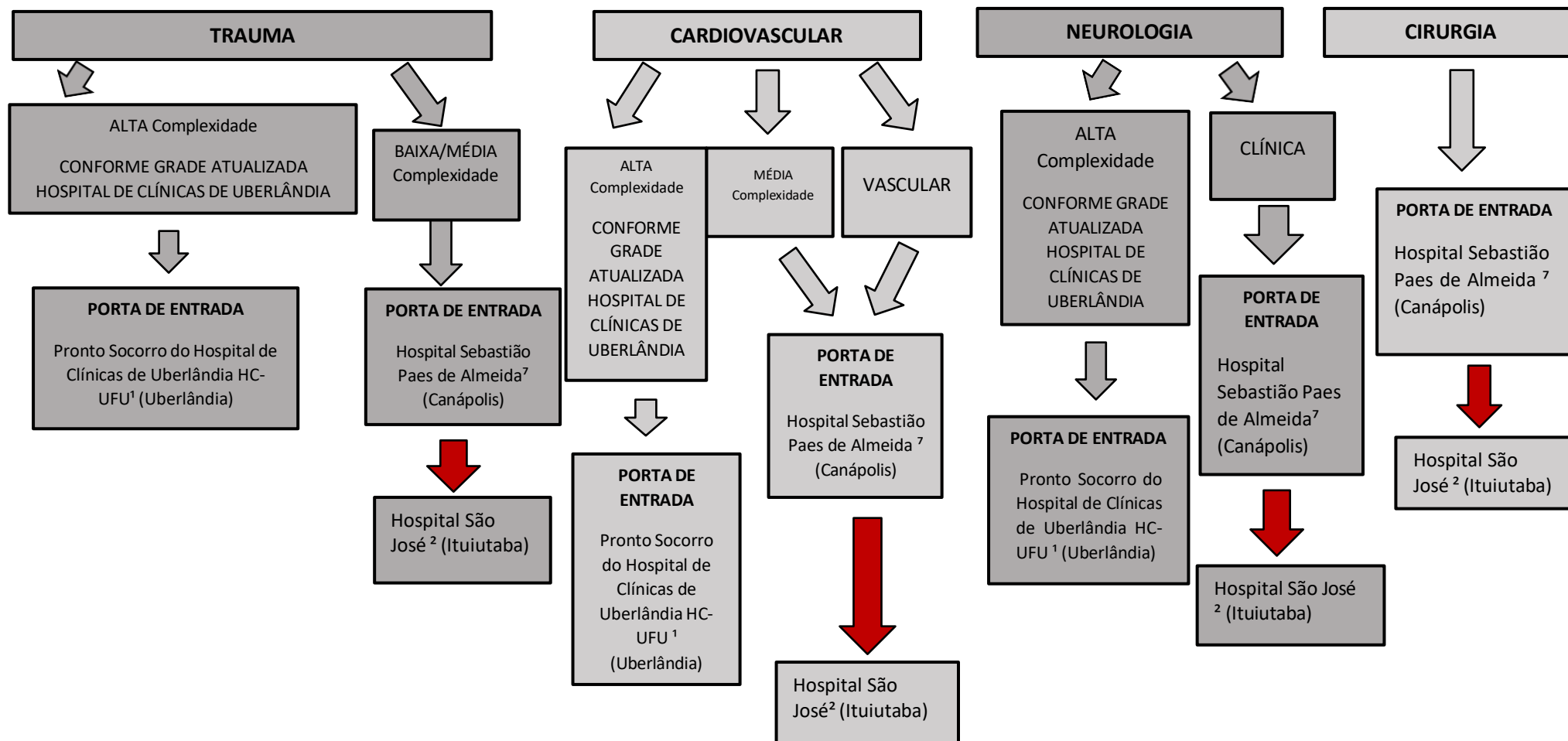
CACHOEIRA DOURADA – Paciente Regulado pelo SAMU



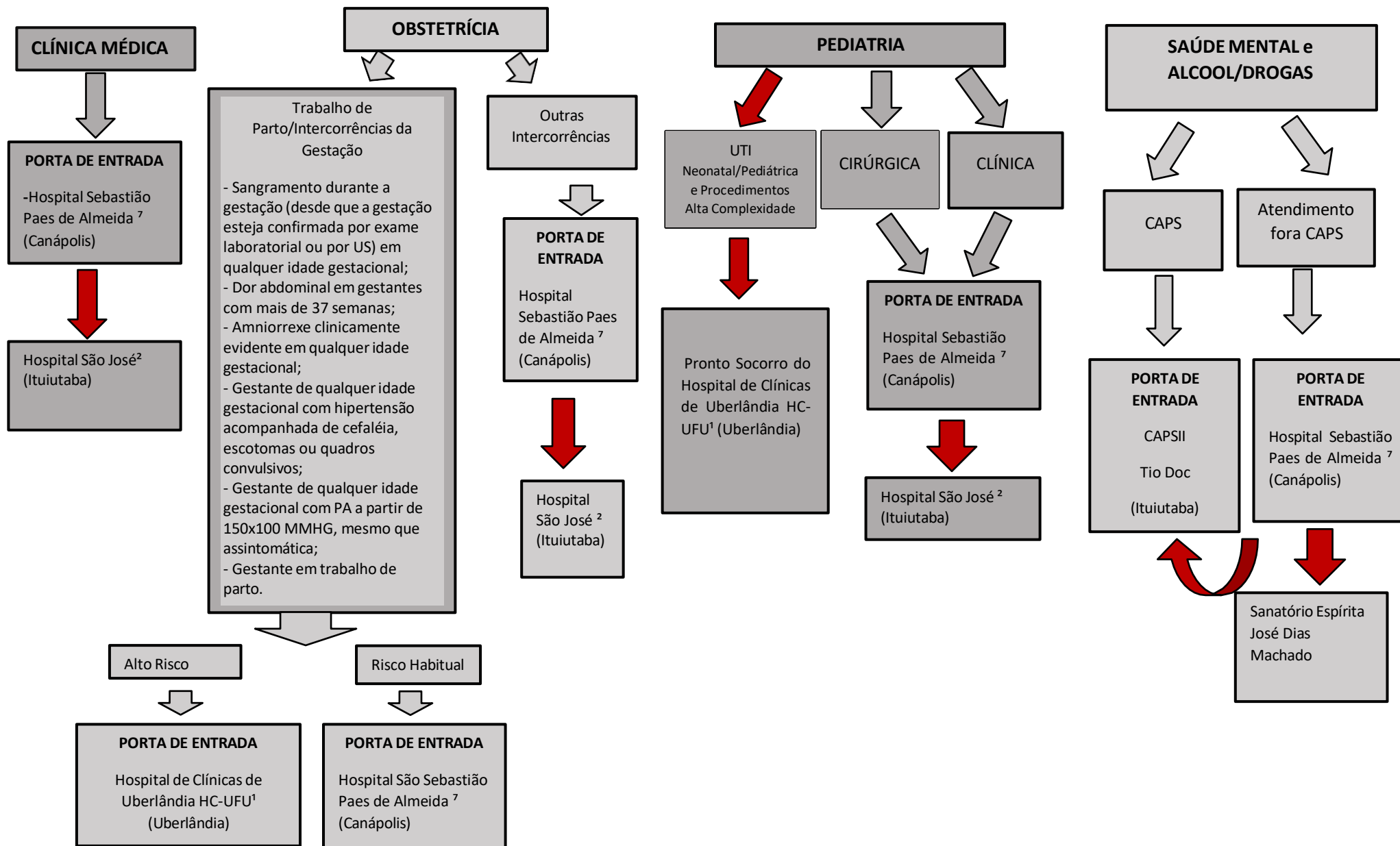
CACHOEIRA DOURADA – Paciente Regulado pelo SAMU



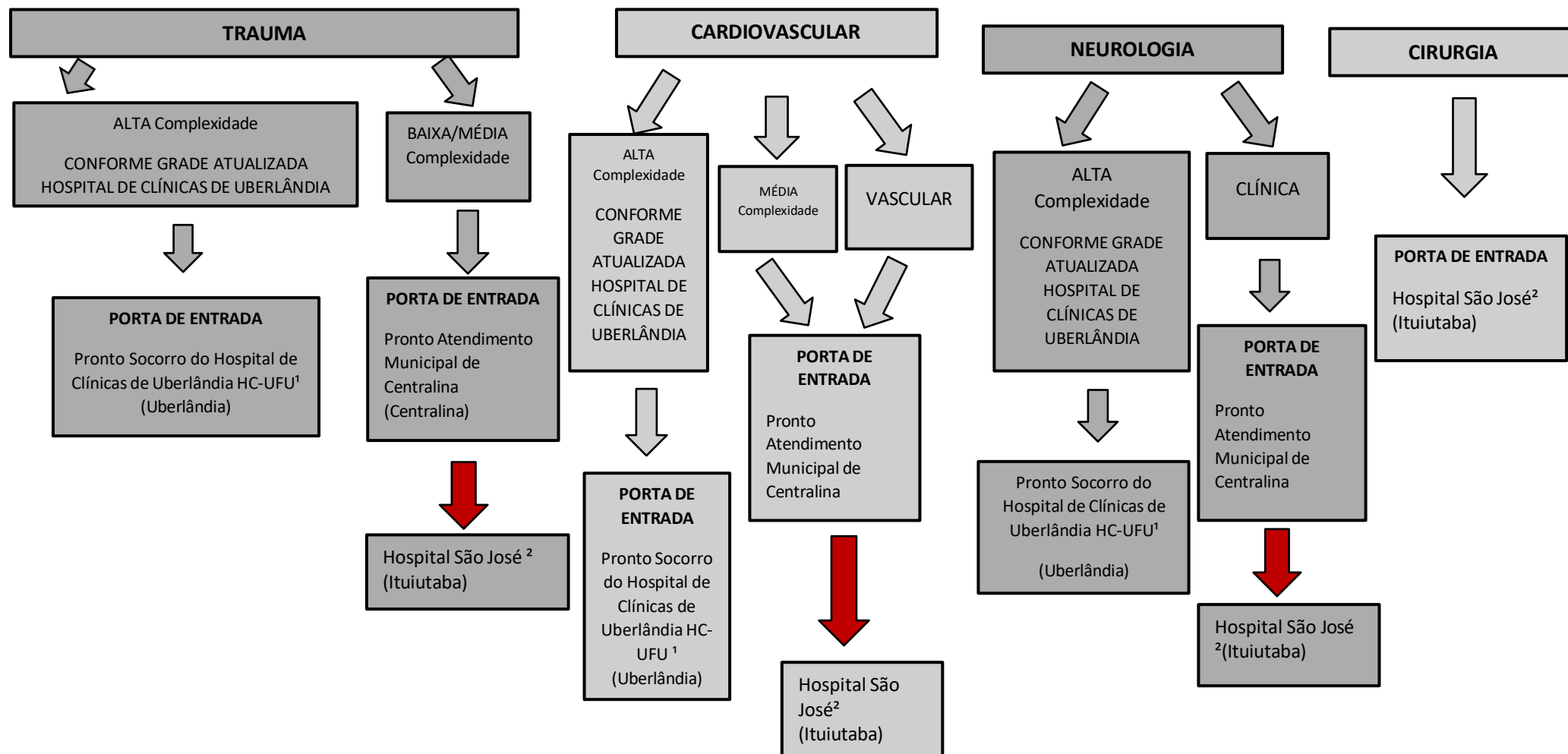
CANÁPOLIS – Paciente Regulado pelo SAMU



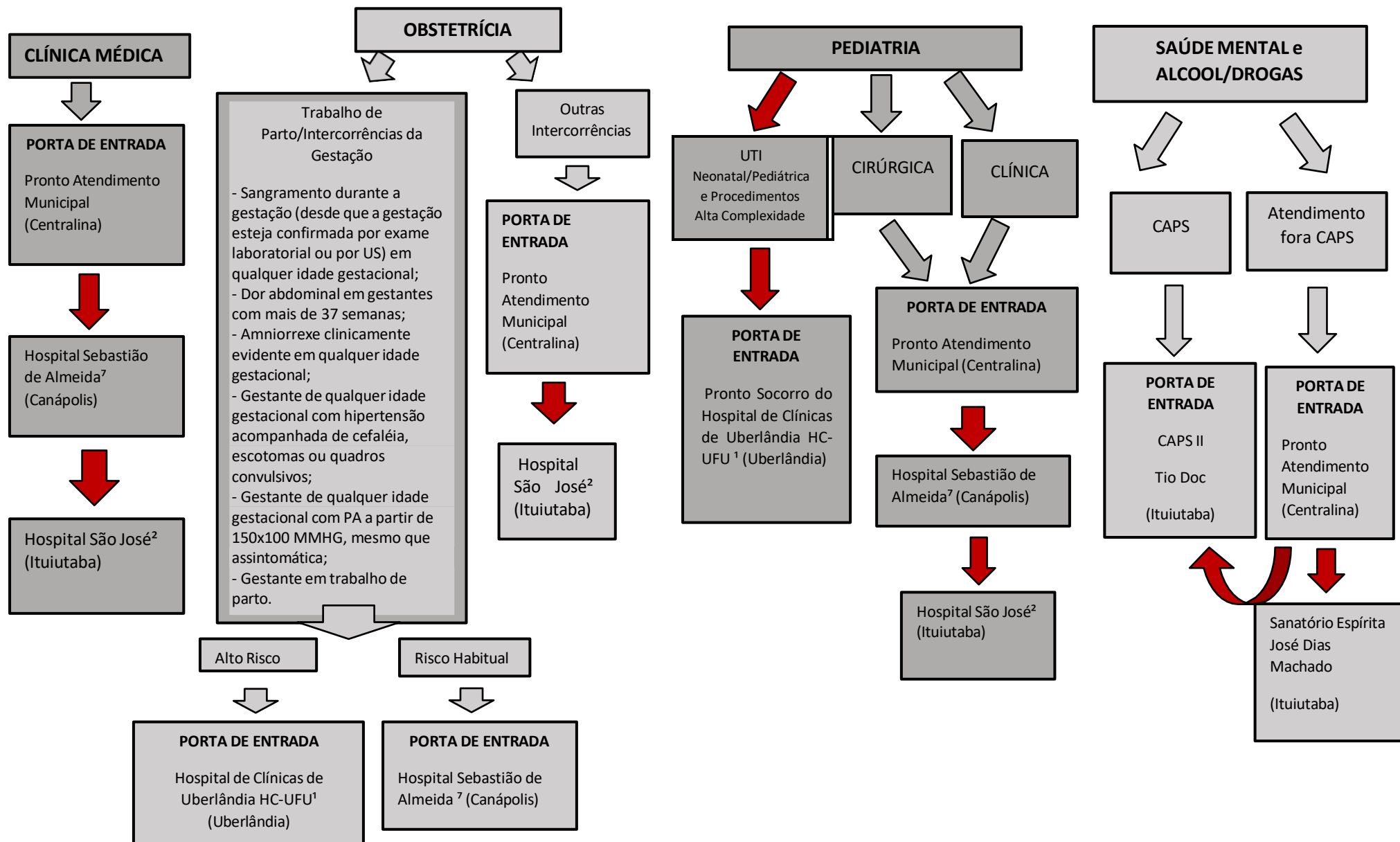
CANÁPOLIS – Paciente Regulado pelo SAMU



CENTRALINA – Paciente Regulado pelo SAMU



CENTRALINA – Paciente Regulado pelo SAMU



Anexo I

MUNICÍPIO	CNES	NOME DA UBSF / EQUIPE
CACHOEIRA DOURADA	2121794	PSF ALVARO OZORIO RODRIGUES
CAMPINA VERDE	2141159	ESF JOAO LUIZ FRANCA
CAMPINA VERDE	7171293	UBS NICOLAU GERALDO FERREIRA
CAMPINA VERDE	7171293	UBS NICOLAU GERALDO FERREIRA
CAMPINA VERDE	2758881	ESF DR ADEMAR GERALDO DE QUEIROZ
CAMPINA VERDE	6283772	ESF ANA CANDIDA DA SILVA
CANÁPOLIS	2121743	PSF1 CASA DE SAUDE JOAQUIM RODRIGUES COSTA
CANÁPOLIS	2121778	PSF3 HERMENEGILDO DE FREITAS
CANÁPOLIS	6367569	PSF4 UNIDADE BASICA DE SAUDE DA FAMILIA BOLIVAR JOSE SANTANA
CANÁPOLIS	2121751	PSF02 CASA DE SAUDE DR OSVALDO PINTO
CAPINÓPOLIS	2121840	CENTRO DE SAUDE DR CASSIO MACEDO
CAPINÓPOLIS	2121875	CENTRO DE SAUDE OTAVIO BERNADELI
CAPINÓPOLIS	2121867	CENTRO DE SAUDE AUGUSTO ALVES GARCIA
CAPINÓPOLIS	2121832	CENTRO DE SAUDE FAMILIA JARBAS FONTOURA
CAPINÓPOLIS	7289596	PSF OSVALDO PRADO
CENTRALINA	2121549	PSF CASA DE SAUDE SEBASTIAO BATISTA DE AGUIAR COSTELA
CENTRALINA	2121522	PSF CASA DE SAUDE D MARIA TOSTA
CENTRALINA	2121530	PSF CASA DE SAUDE DR ARISTON SANTANA DE ARAUJO
GURINHATÃ	2215152	PSF URBANO D FRANCISCA TOSCANO CARDOSO
GURINHATÃ	9210067	UBS RURAL ORLANDINO BENTO DE OLIVEIRA
GURINHATÃ	2215160	PSF RURAL DIVINO GONCALVES PEREIRA



SAMU
192

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE MINAS GERAIS
SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DE UBERLÂNDIA
NÚCLEO DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE – NRAS

IPIAÇU	2215179	UNIDADE BASICA DE SAUDE JOSIAS BEZERRA DA SILVA
IPIAÇU	2121921	UNIDADE BASICA DE SAUDE IRENE THEODORA DE OLIVEIRA
ITUIUTABA	2194740	PSF 02
ITUIUTABA	2194783	PSF 03
ITUIUTABA	2194759	PSF 04
ITUIUTABA	2194767	PSF 05
ITUIUTABA	2215241	PSF 06
ITUIUTABA	2194910	PSF 07
ITUIUTABA	2194880	PSF 08
ITUIUTABA	6007449	PSF 10
ITUIUTABA	6389244	PSF 11
ITUIUTABA	3935833	UBS DR OLIMPIO DE FREITAS COSTA NETO
ITUIUTABA	3935833	UBS DR OLIMPIO DE FREITAS COSTA NETO
SANTA VITÓRIA	2141167	PSF VICENTE BONITO
SANTA VITÓRIA	2141183	PSF ISIDORO CANDIDO FERREIRA
SANTA VITÓRIA	2141191	PSF JOSE PAULO FERNANDES
SANTA VITÓRIA	2194708	PSF DR JOSE CARLOS RODRIGUES DA SILVA
SANTA VITÓRIA	5877202	PSF AMADOR JOSE DOS SANTOS
SANTA VITÓRIA	7470339	PSF JOSE NILTON DE MEDEIROS

Anexo II

MUNICÍPIO	CNES	NOME DO ESTABELECIMENTO
CACHOEIRA DOURADA	2121794	UMS/PRONTO ATENDIMENTO CACHOEIRA DOURADA
CAMPINA VERDE	2121409	HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULO
CAMPINA VERDE	2121638	PRONTO SOCORRO MUNICIPAL DE CAMPINA VERDE
CANÁPOLIS	2121514	HOSPITAL SEBASTIÃO PAES DE ALMEIDA
CAPINÓPOLIS	7201109	PRONTO ATENDIMENTO DE CAPINÓPOLIS (FAEPU)
CENTRALINA	2194937	PRONTO ATENDIMENTO MUNICIPAL DE CENTRALINA
GURINHATÃ	2179237	HOSPITAL DONA AMÉLIA MARIA DE SOUZA
IPIAÇU	2121921	SALA DE ESTABILIZAÇÃO/UBS
ITUIUTABA	2200902	HOSPITAL SÃO JOSÉ
ITUIUTABA	2141213	PRONTO ATENDIMENTO DE ITUIUTABA (UPAMI)
ITUIUTABA	7397429	CAPS II TIO DOC
ITUIUTABA	2113791	SANATÓRIO ESPÍRITA JOSÉ DIAS MACHADO
SANTA VITÓRIA	2222353	PRONTO ATENDIMENTO DE SANTA VITÓRIA
SANTA VITÓRIA	2121808	HOSPITAL GENÉSIO FRANCO DE MORAES
SANTA VITÓRIA	7995083	CAPS I NILDOMAR DONIZETE BIZINOTO

Tipologia dos Estabelecimentos de Saúde

1Hospital de Clínicas HC-UFU (Uberlândia)

- Hospital Polivalente, conforme Anexo Único da Resolução SES/MG nº 4.448, 20/08/2014.
- Hospital Especializado tipo II, conforme Portaria nº 2.395, 11/10/2011.

2Hospital São José (Ituiutaba)

- Hospital Geral de Urgência Nível II, conforme Anexo Único da Resolução SES/MG nº 4.448, 20/08/2014.
- Hospital Geral, conforme Portaria nº 2.395, 11/10/2011.

3 Hospital São Vicente de Paulo (Campina Verde)

- Hospital de Urgência Nível III, conforme Anexo Único da Resolução SES/MG nº 4.448, 20/08/2014.

4 Hospital Genésio Franco de Moraes (Santa Vitória)

- Hospital de Urgência Nível III, conforme Anexo Único da Resolução SES/MG nº 4.448, 20/08/2014.

5Hospital Municipal Dona Amélia Maria de Souza (Gurinhata)

- Hospital de Urgência Nível IV, conforme Anexo Único da Resolução SES/MG nº 4.448, 20/08/2014.

6 FAEPU Unidade Capinópolis (Capinópolis)

- Hospital de Urgência Nível III, conforme Anexo Único da Resolução SES/MG nº 4.448, 20/08/2014.

7 Hospital Sebastião Paes de Almeida (Canápolis)

- Hospital de Urgência Nível IV, conforme Anexo Único da Resolução SES/MG nº 4.448, 20/08/2014.



SAMU
192

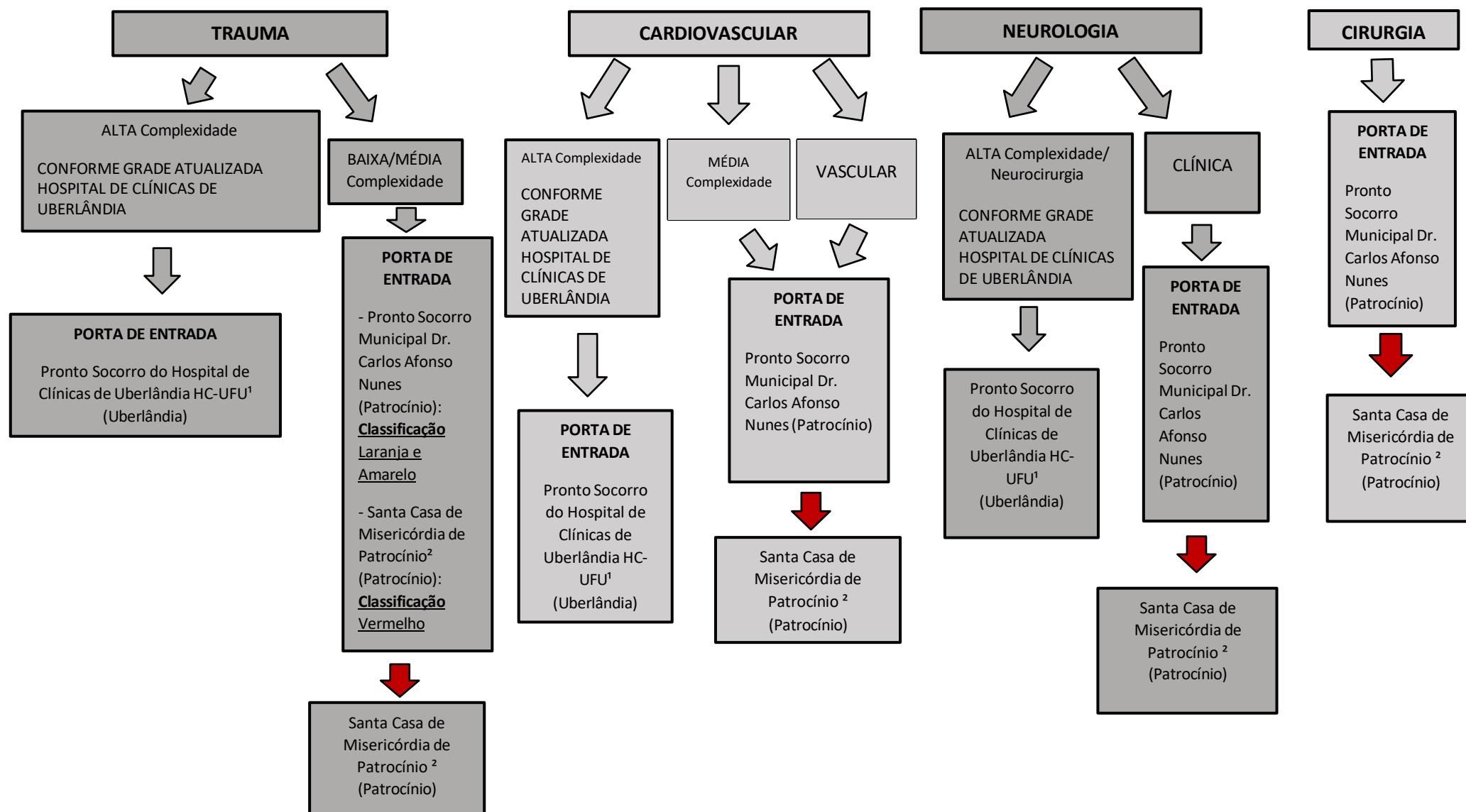
Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

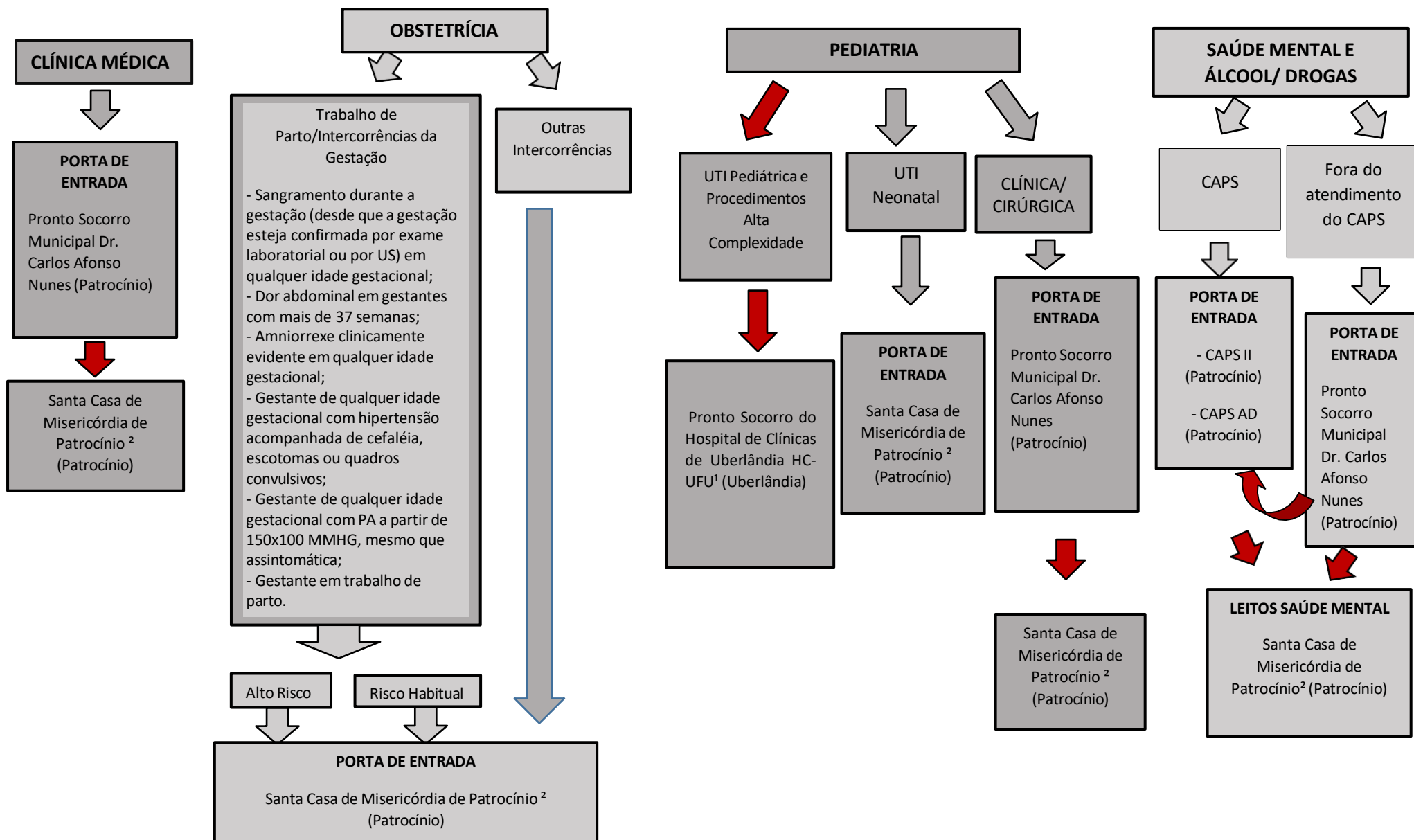
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE MINAS GERAIS
SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DE UBERLÂNDIA
NÚCLEO DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE – NRAS

REGIÃO PATROCÍNIO/ MONTE CARMELO

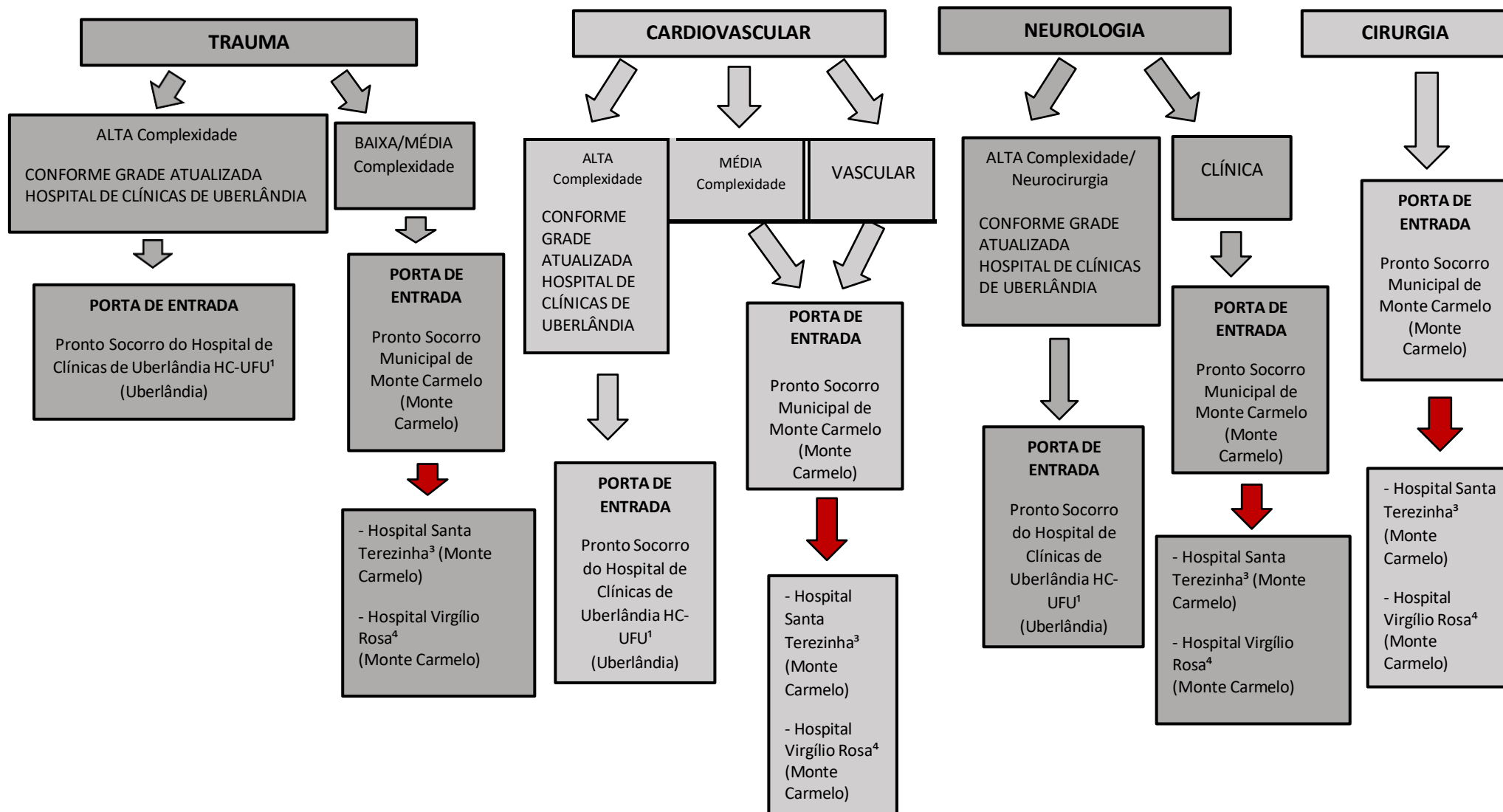
PATROCÍNIO – Paciente Regulado pelo SAMU



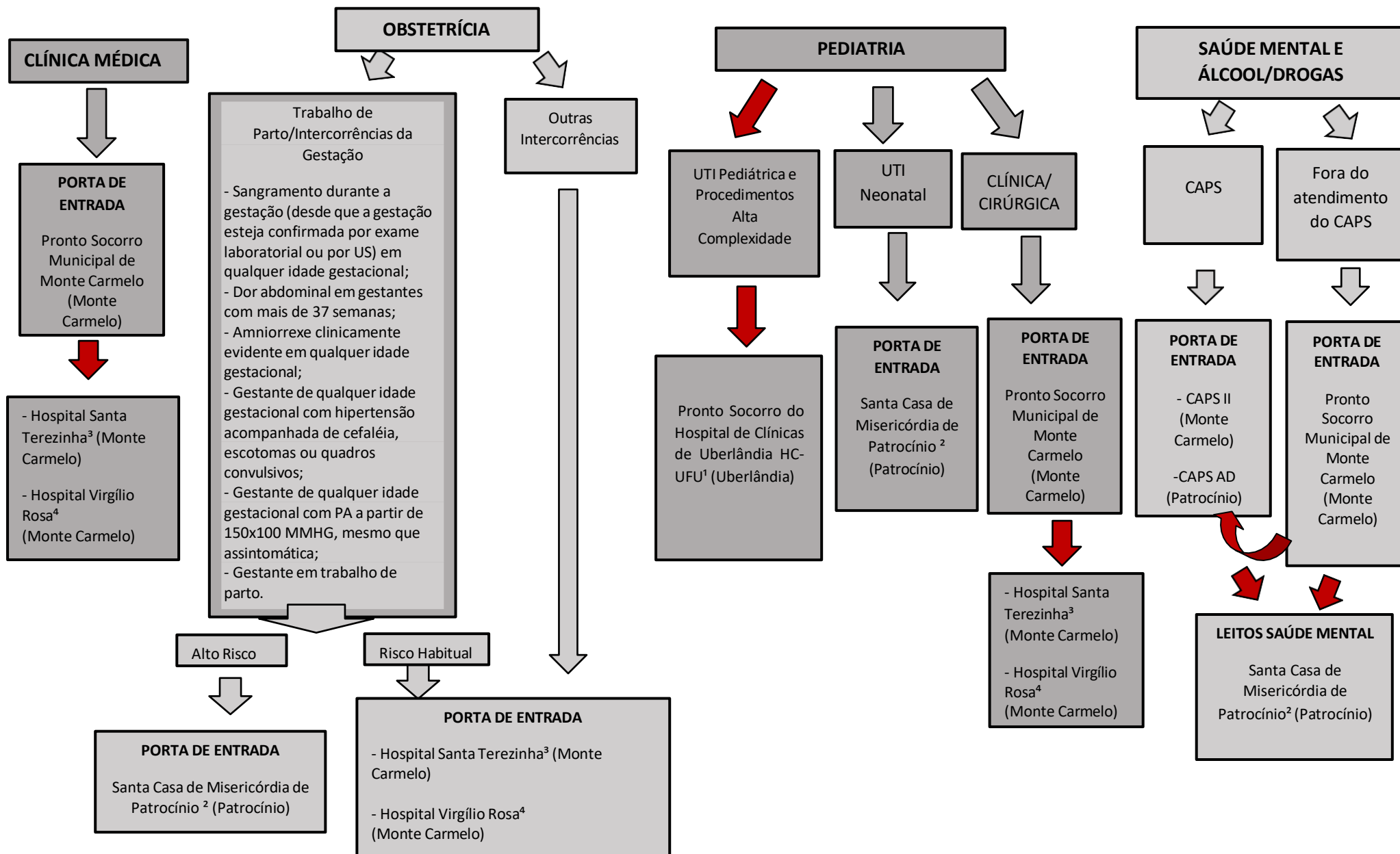
PATROCÍNIO – Paciente Regulado pelo SAMU



MONTE CARMELO – Paciente Regulado pelo SAMU



MONTE CARMELO – Paciente Regulado pelo SAMU



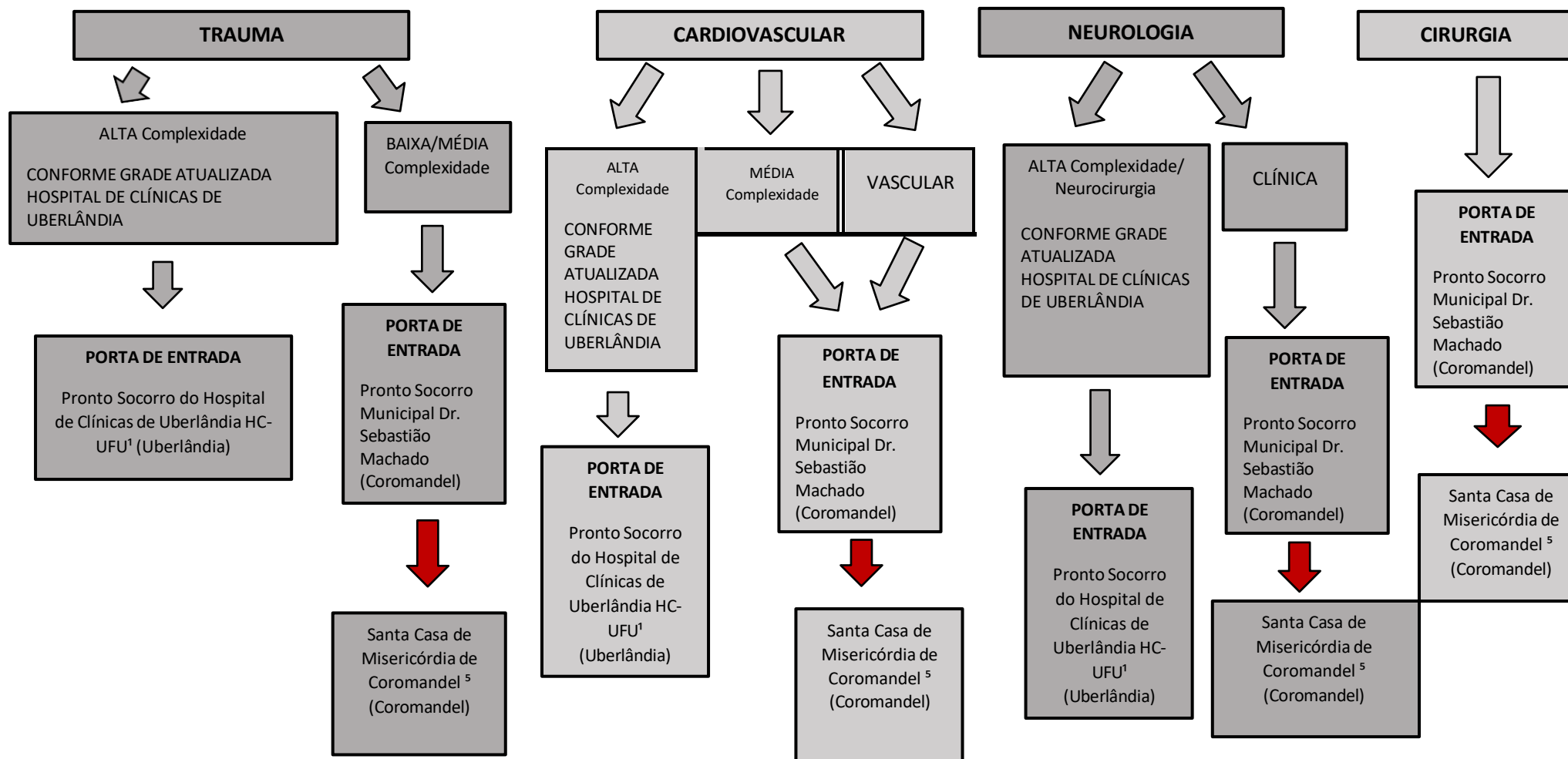


Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

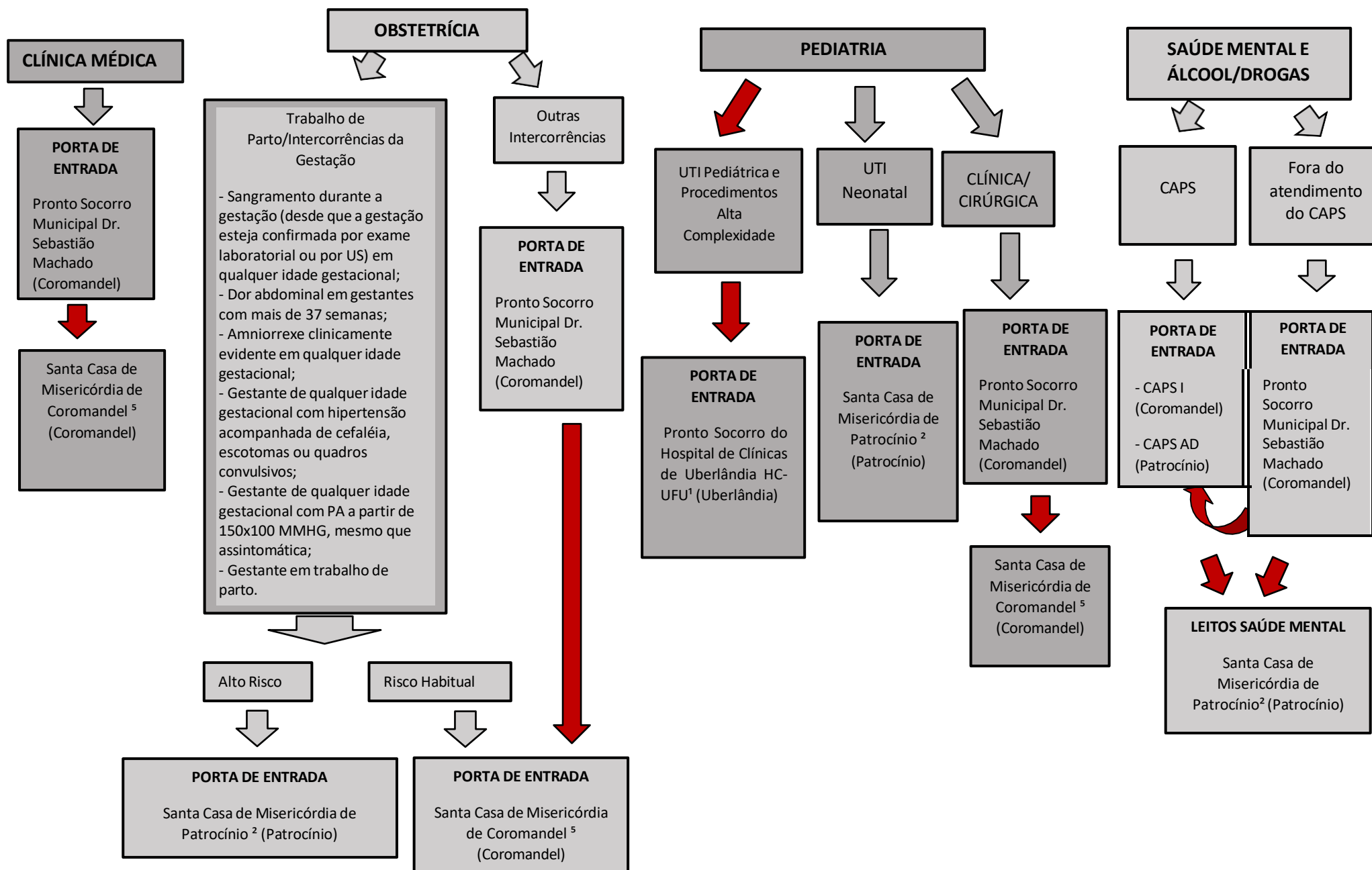
CISTRI

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE MINAS GERAIS
SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DE UBERLÂNDIA
NÚCLEO DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE – NRAS

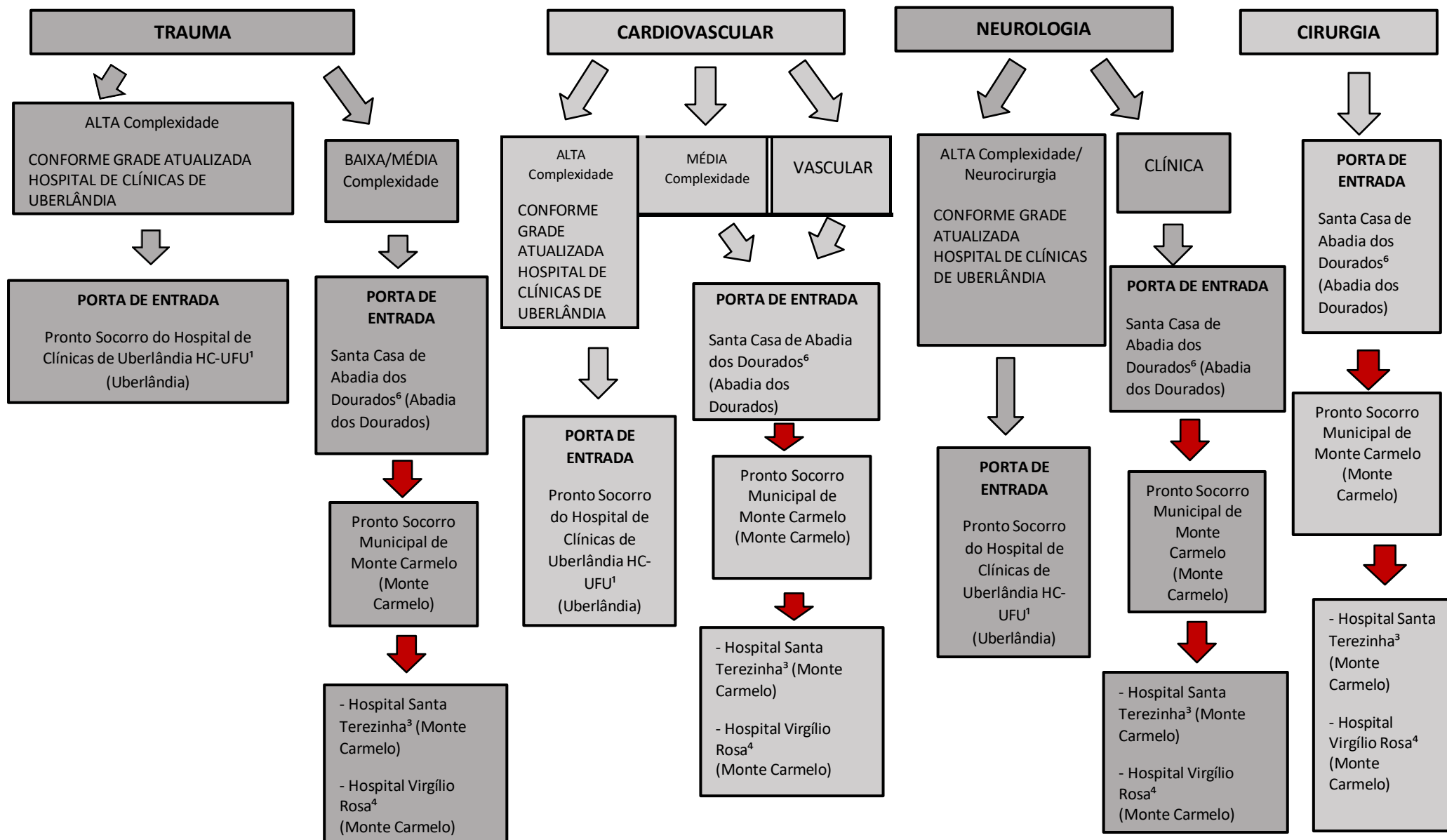
COROMANDEL – Paciente Regulado pelo SAMU



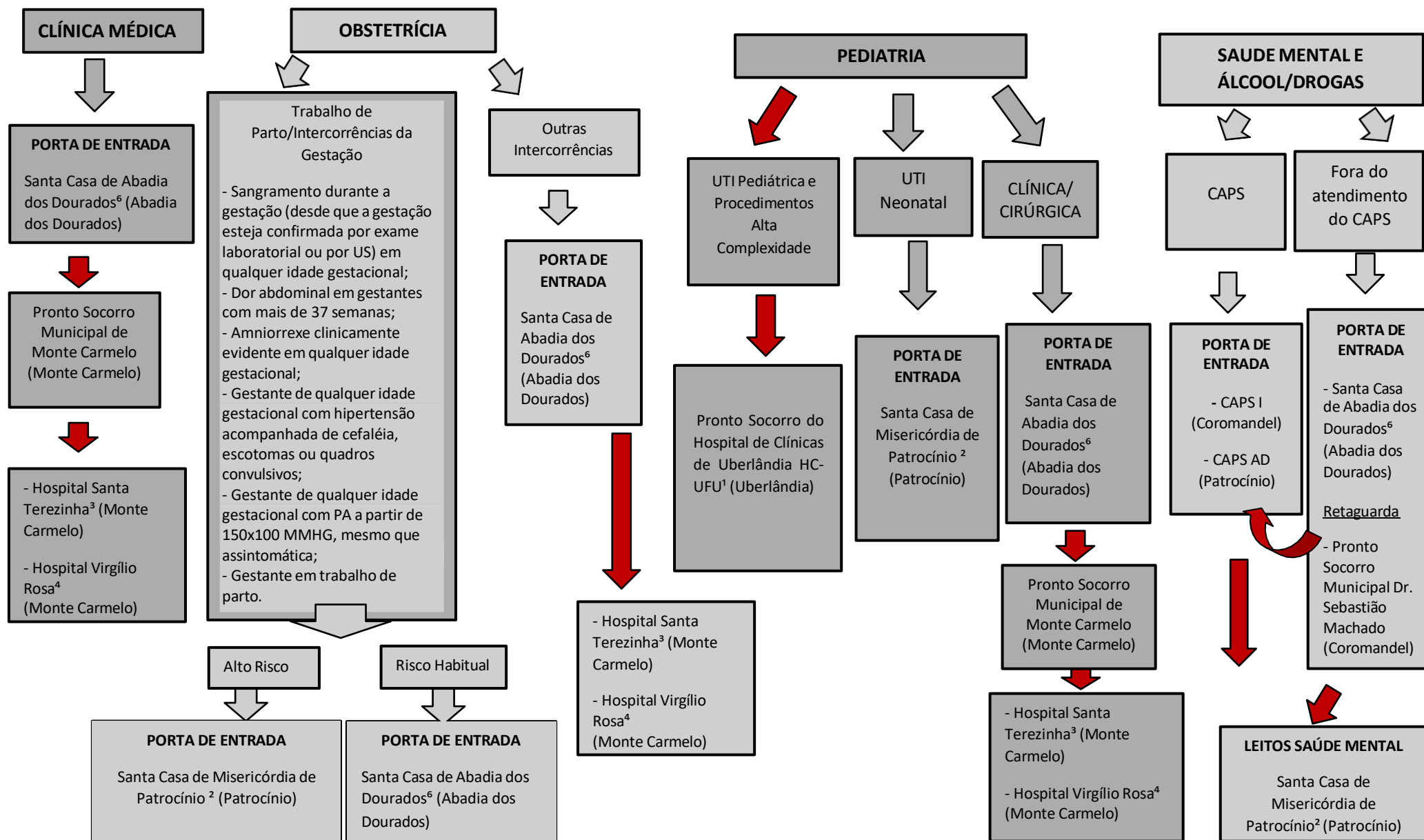
COROMANDEL – Paciente Regulado pelo SAMU



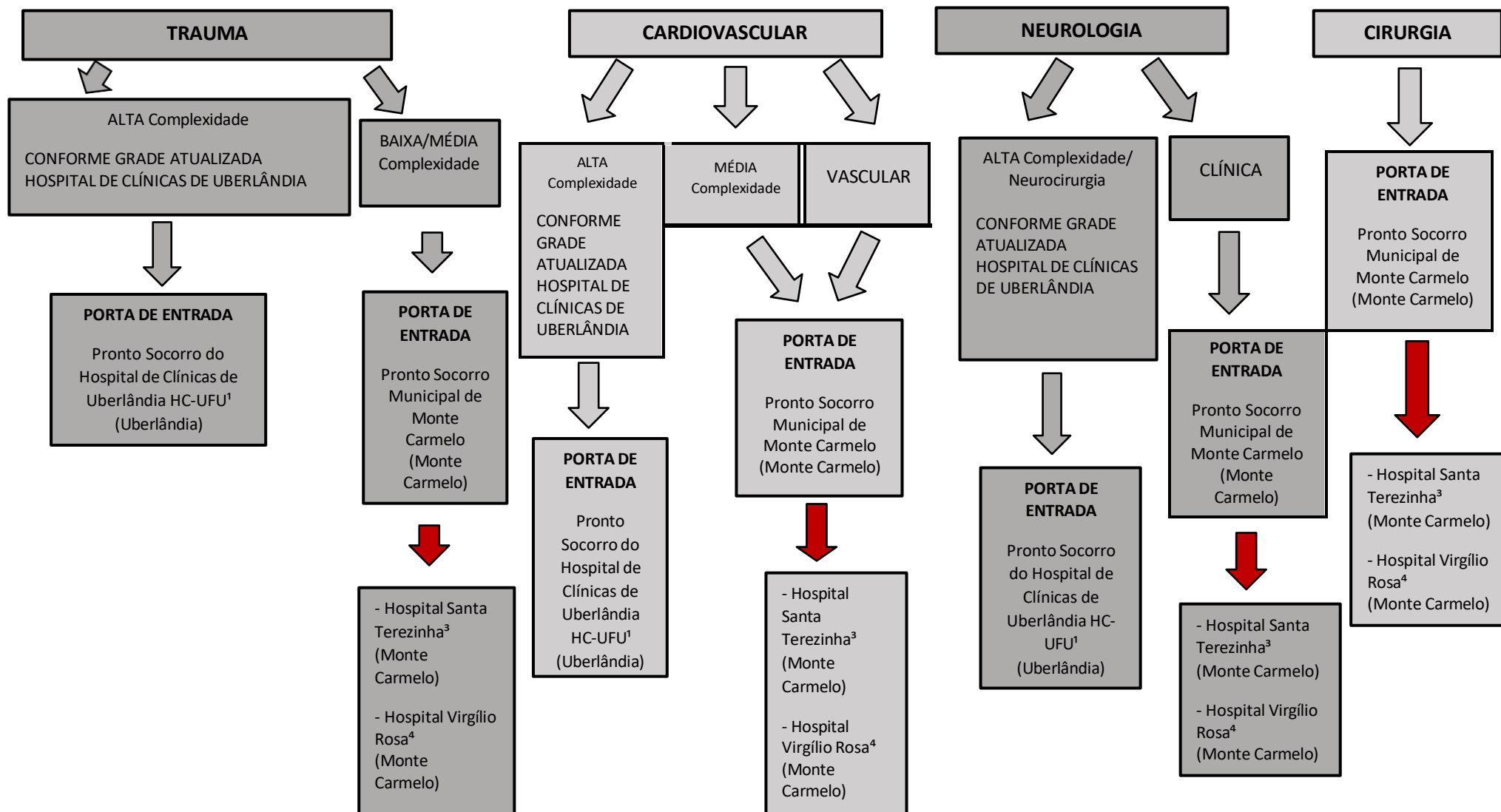
ABADIA DOS DOURADOS – Paciente Regulado pelo SAMU



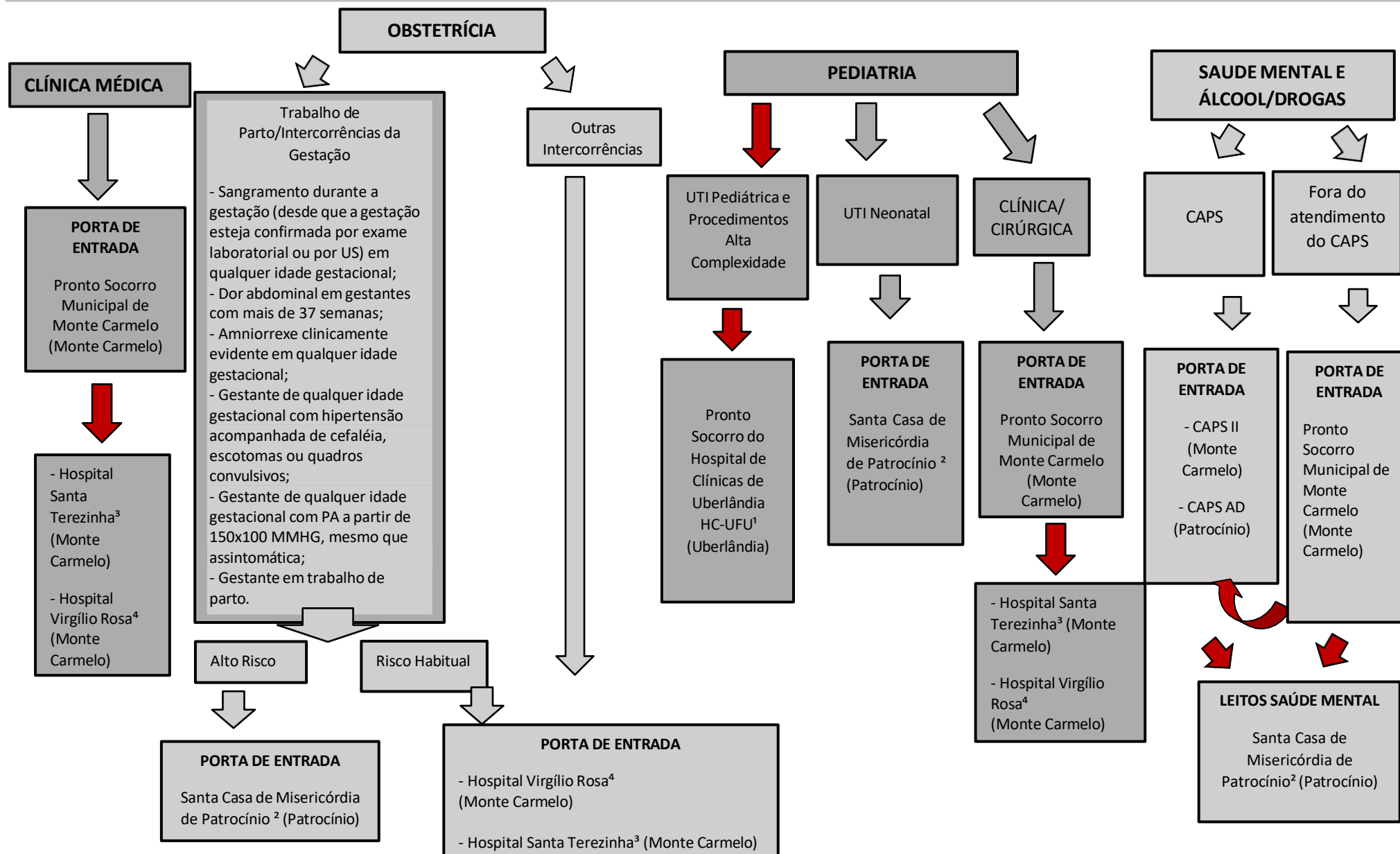
ABADIA DOS DOURADOS – Paciente Regulado pelo SAMU



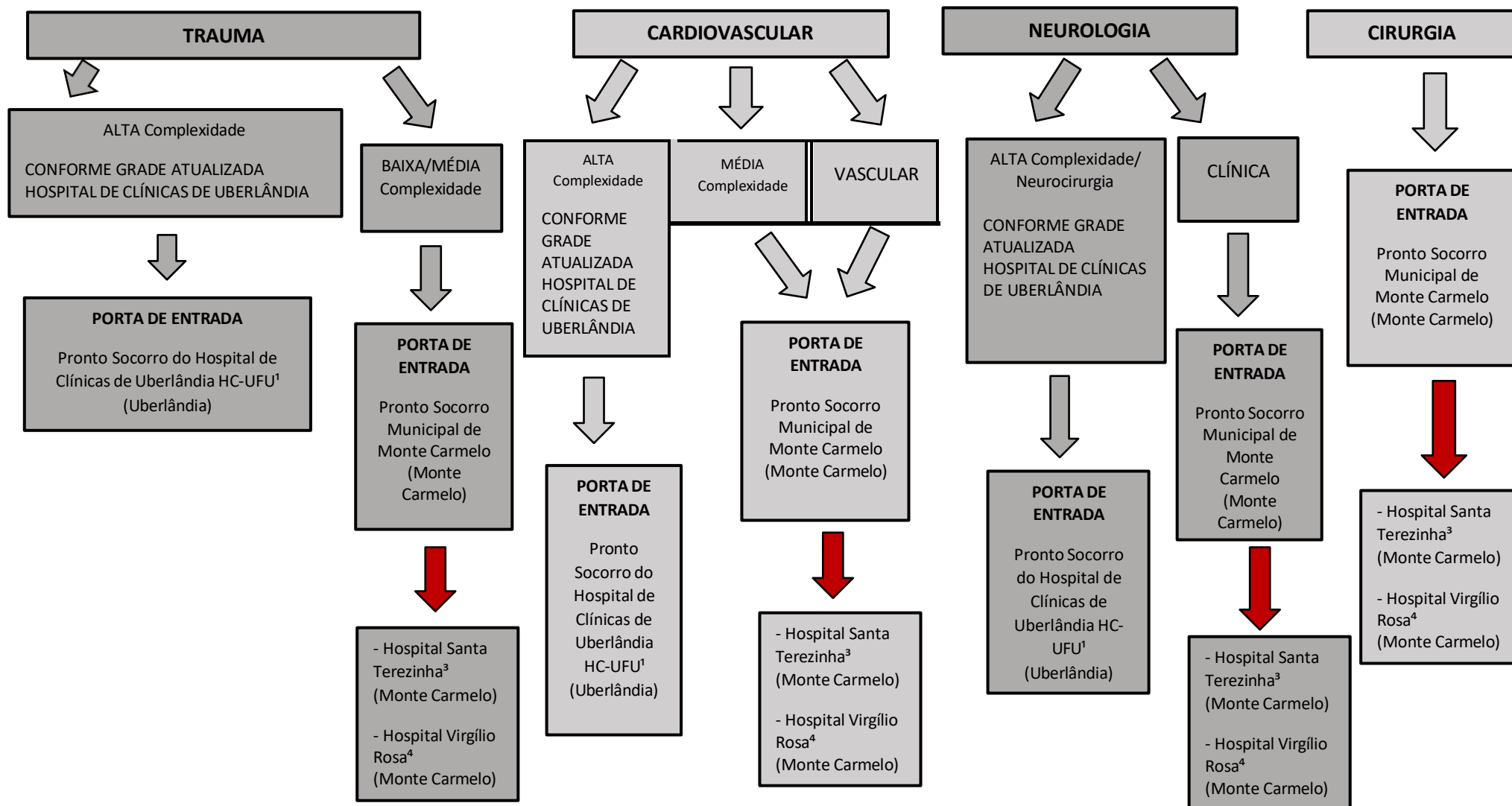
DOURADOQUARA– Paciente Regulado pelo SAMU



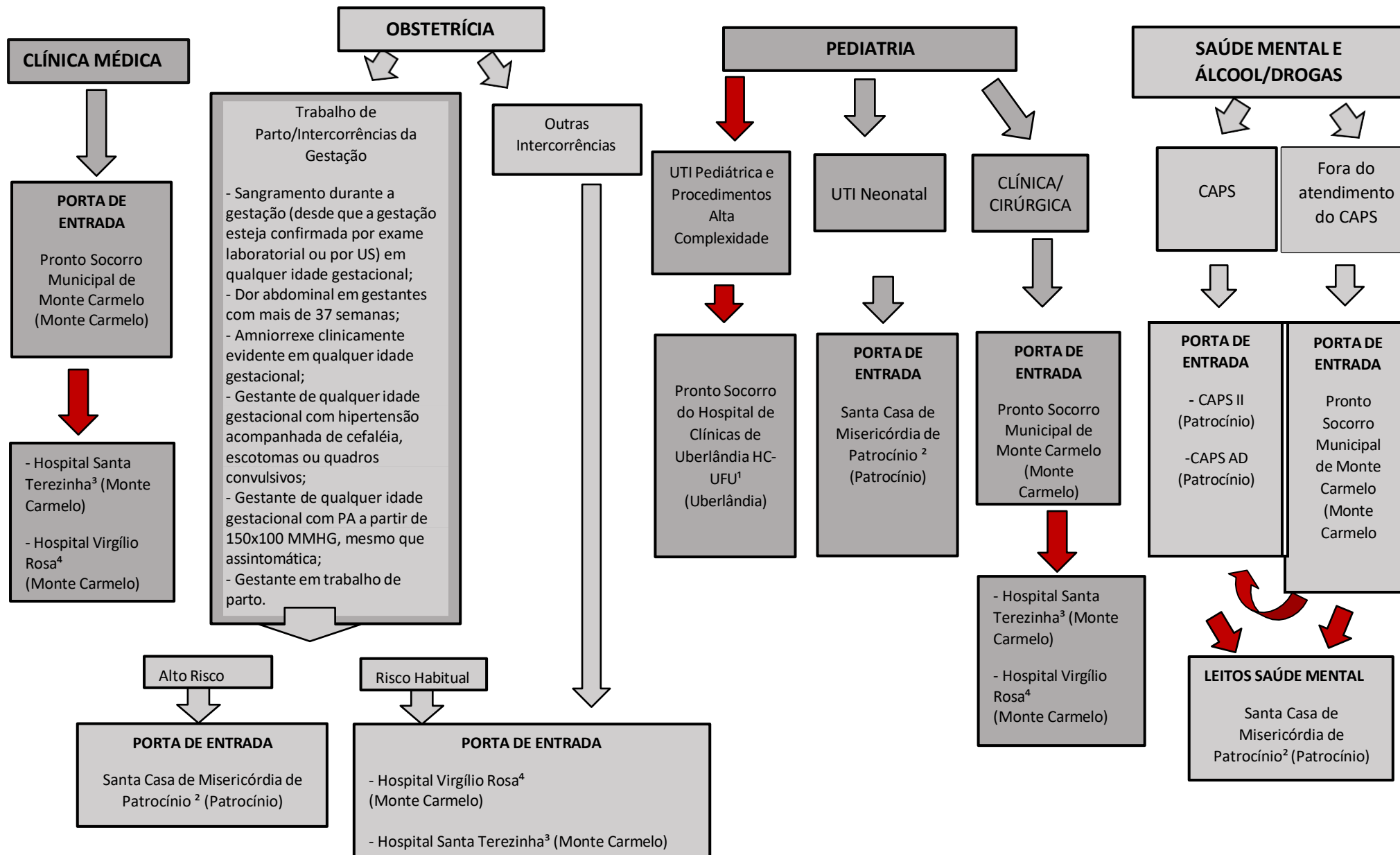
DOURADOQUARA– Paciente Regulado pelo SAMU



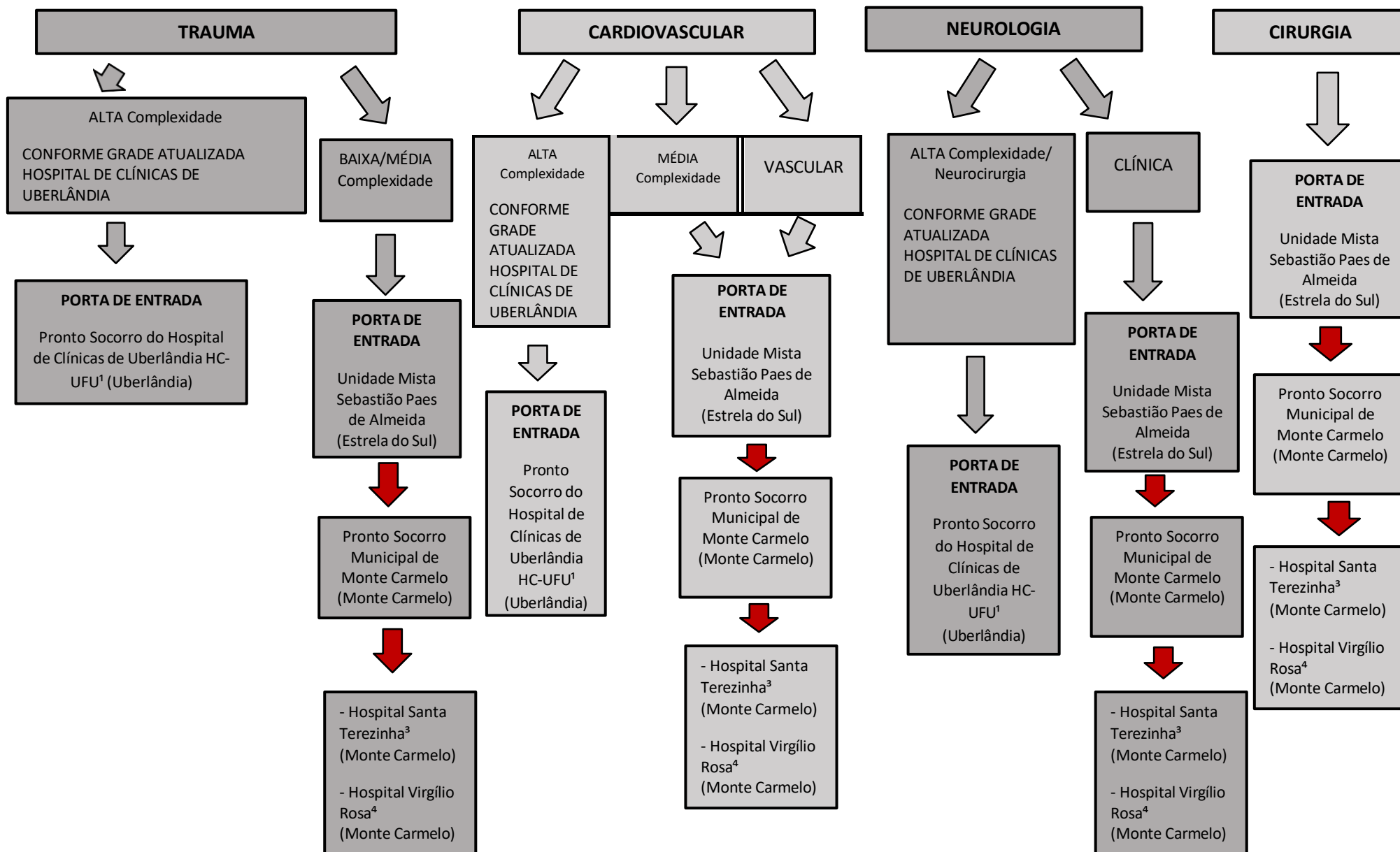
GRUPIARA– Paciente Regulado pelo SAMU



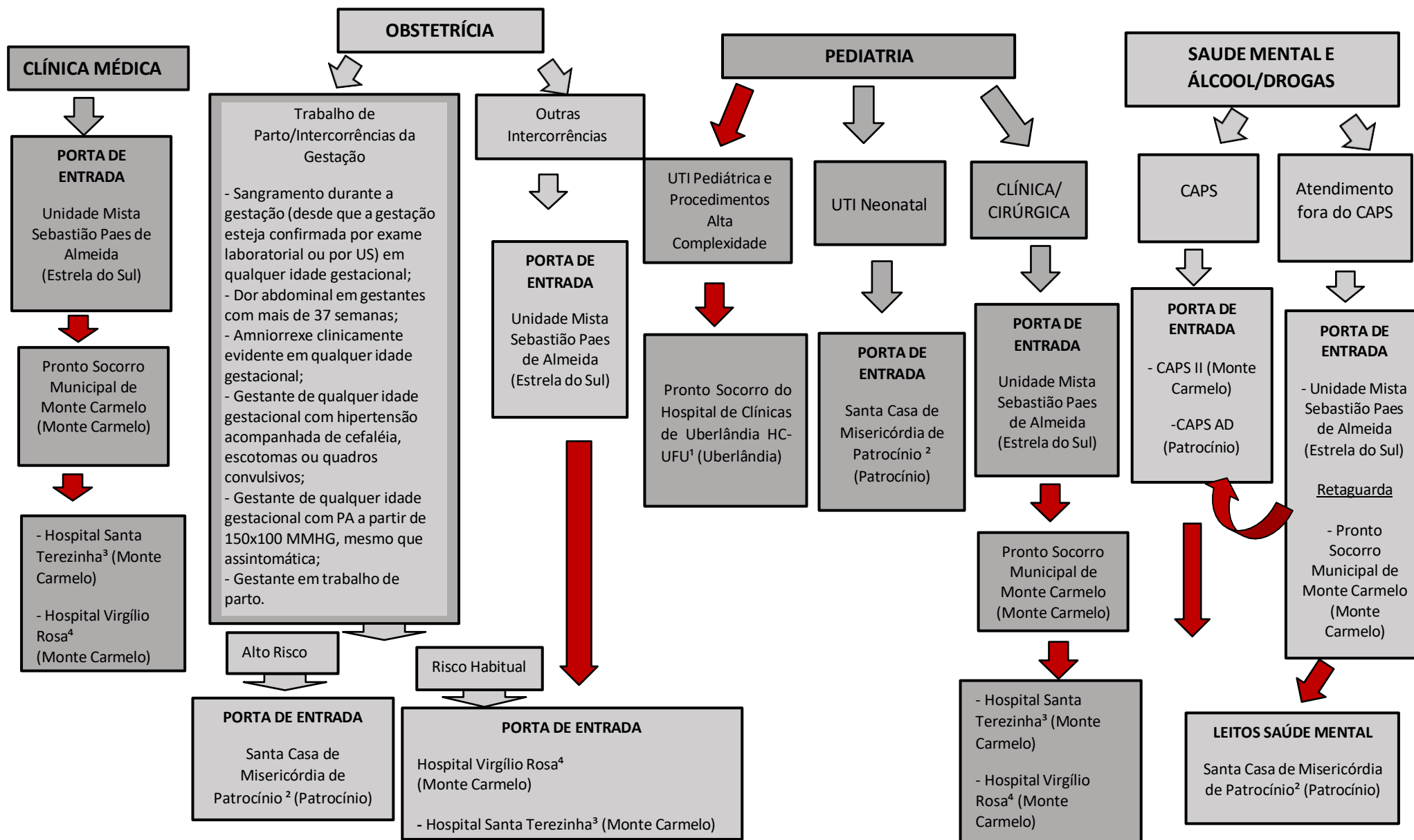
GRUPIARA – Paciente Regulado pelo SAMU



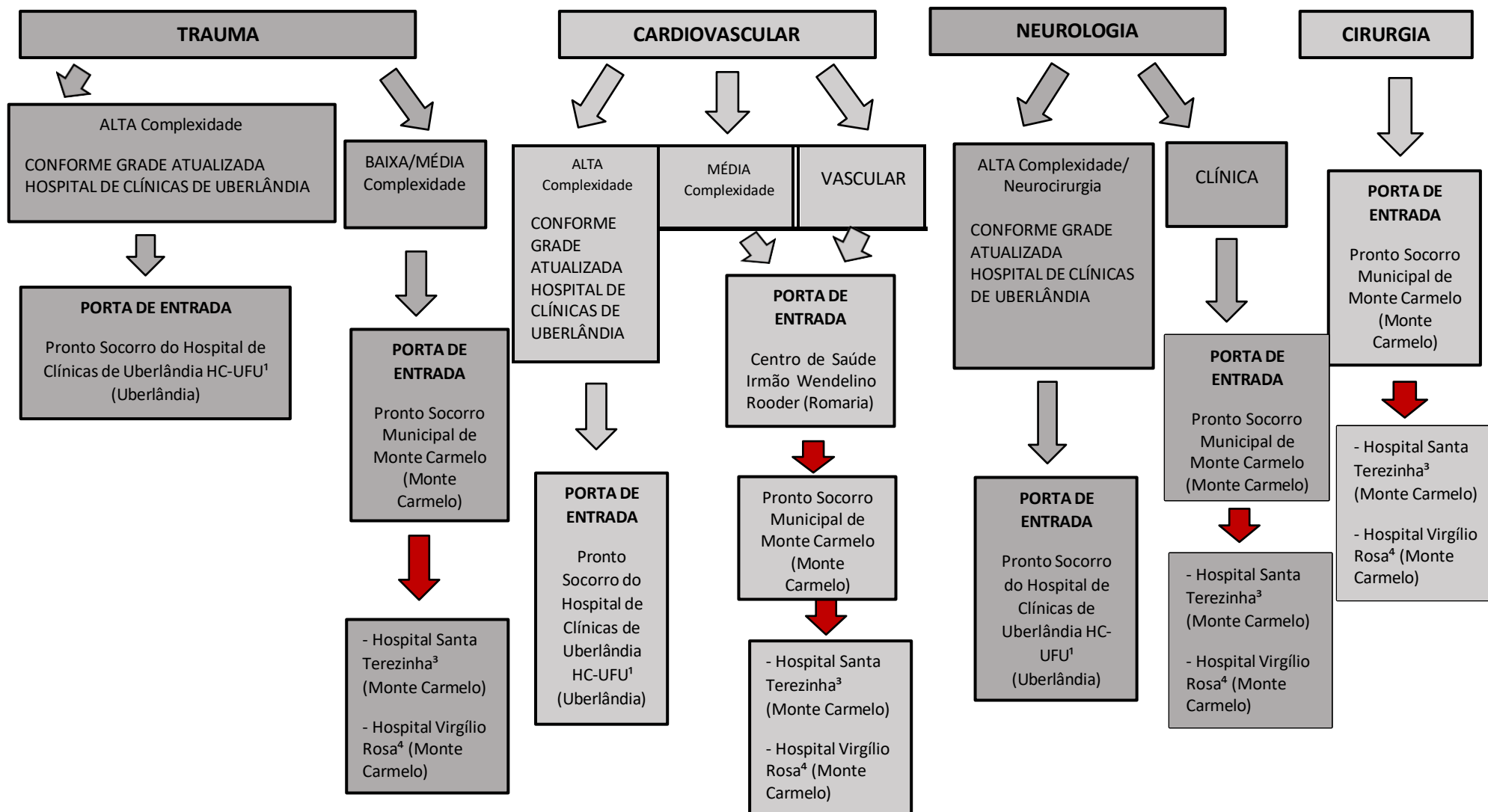
ESTRELA DO SUL – Paciente Regulado pelo SAMU



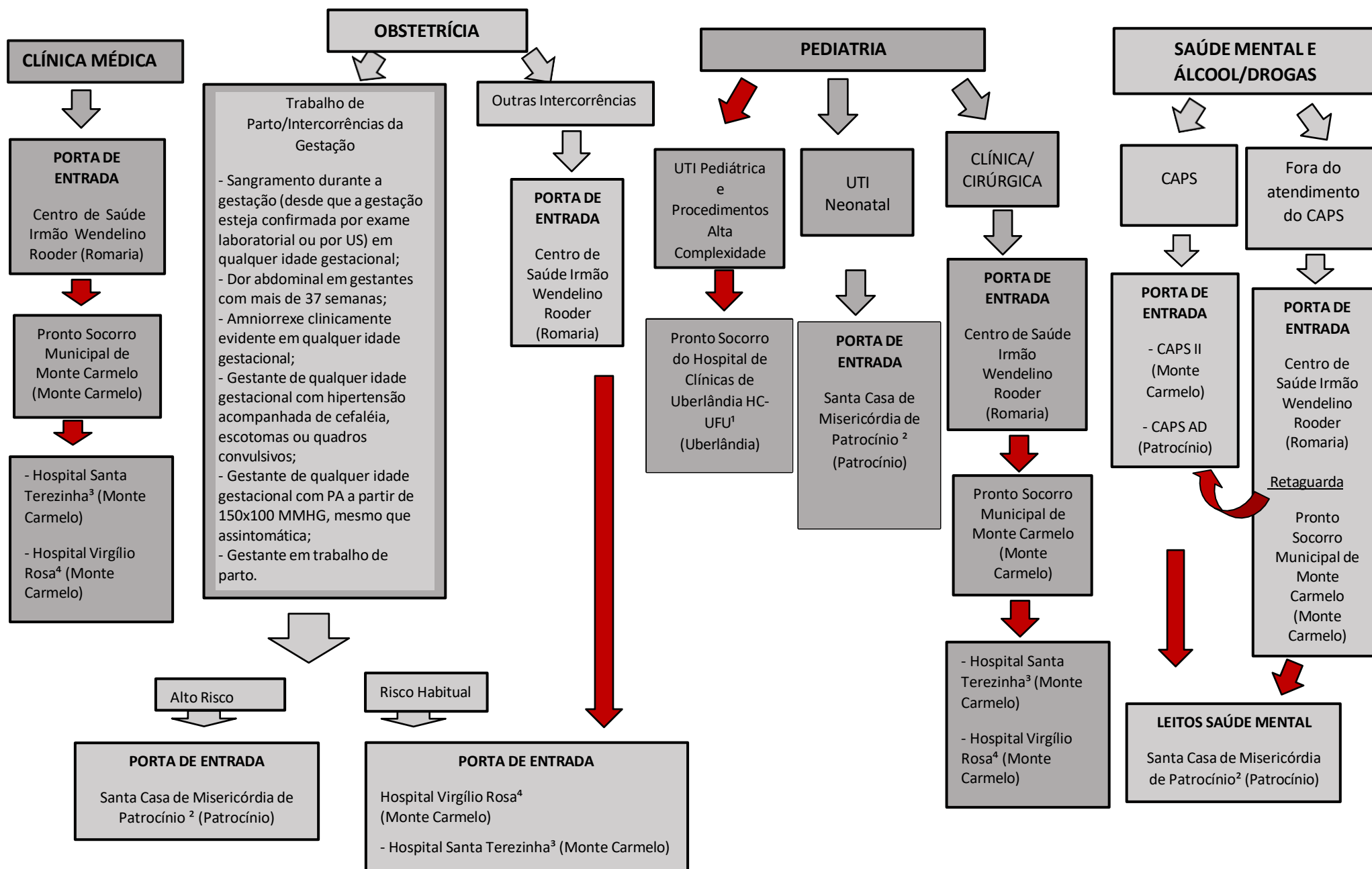
ESTRELA DO SUL – Paciente Regulado pelo SAMU



ROMARIA – Paciente Regulado pelo SAMU



ROMARIA – Paciente Regulado pelo SAMU



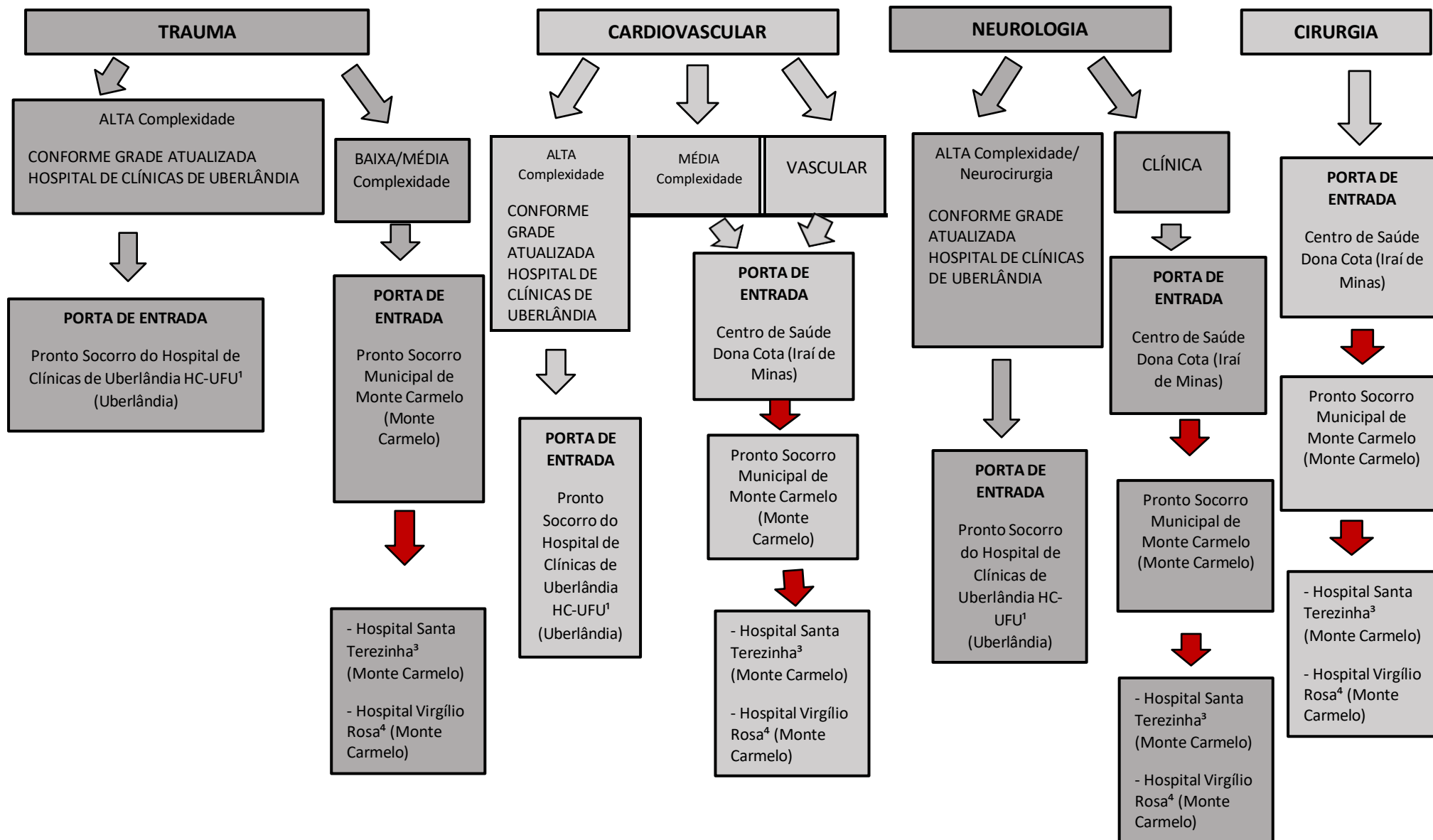


Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

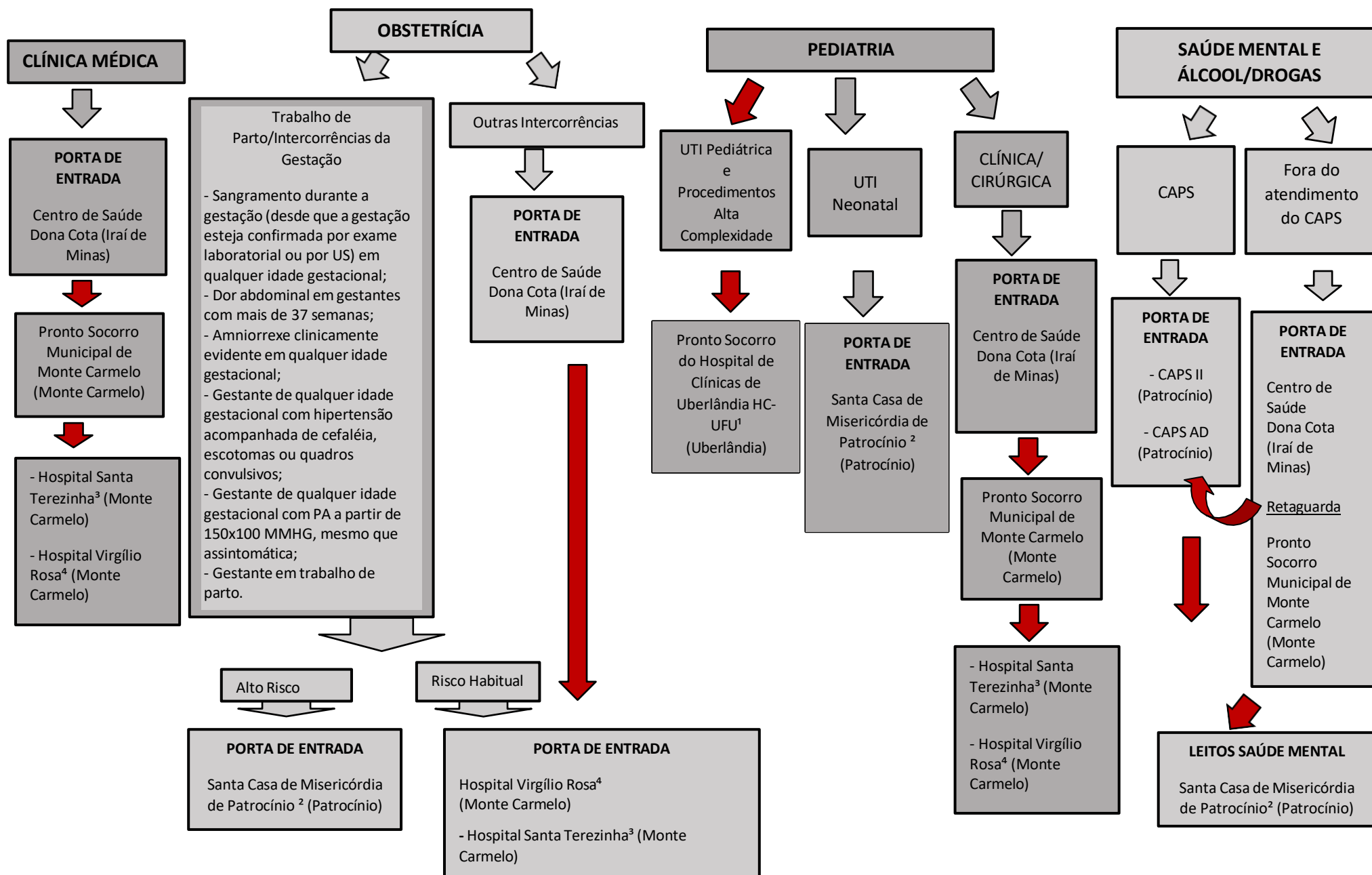
CISTRI

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE MINAS GERAIS
SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DE UBERLÂNDIA
NÚCLEO DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE – NRAS

IRAÍ DE MINAS – Paciente Regulado pelo SAMU



IRAÍ DE MINAS – Paciente Regulado pelo SAMU



Anexo I

MUNICÍPIO	MICRO	CNES	NOME DA UBSF / EQUIPE
ABADIA DOS DOURADOS	Patrocínio/Monte Carmelo	4033760	CENTRO DE SAUDE DONA NAIR GOMES CALDAS
ABADIA DOS DOURADOS	Patrocínio/Monte Carmelo	5858038	UBS D MARIA DAS CHAGAS BRUNO
COROMANDEL	Patrocínio/Monte Carmelo	2151774	UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA COROMANDEL
COROMANDEL	Patrocínio/Monte Carmelo	2151766	UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA DR JOSE FLAVIO R PEREIRA
COROMANDEL	Patrocínio/Monte Carmelo	2196794	UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA DR MARIO DIAS VALADARES
COROMANDEL	Patrocínio/Monte Carmelo	2151782	UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA PADRE LAZARO MENEZES
COROMANDEL	Patrocínio/Monte Carmelo	3021300	UNIDADE SAUDE DA FAMILIA VICENTE FERREIRA BORGES
DOURADOQUARA	Patrocínio/Monte Carmelo	2764547	CENTRO DE SAUDE ABILIO DOS SANTOS
ESTRELA DO SUL	Patrocínio/Monte Carmelo	2145804	POLICLINICA DR AMAURY FERREIRA DA SILVA
ESTRELA DO SUL	Patrocínio/Monte Carmelo	2758997	POSTO DE SAUDE DE DOLEARINA
GRUPIARA	Patrocínio/Monte Carmelo	2145405	UBS DINORA DIAS MOREIRA
IRAÍ DE MINAS	Patrocínio/Monte Carmelo	2145537	CENTRO DE SAUDE DONA COTA
IRAÍ DE MINAS	Patrocínio/Monte Carmelo	5924391	POSTO DE SAUDE AMERICO DIAS RESENDE
MONTE CARMELO	Patrocínio/Monte Carmelo	2206404	PSF ELIAS DE MORAES EQUIPE I
MONTE CARMELO	Patrocínio/Monte Carmelo	6510132	PSF ARTHUR ROSA PENNA
MONTE CARMELO	Patrocínio/Monte Carmelo	6974724	PSF DR JOSÉ PEREIRA DE RESENDE - PSF-LAMBARI - EQUIPE II
MONTE CARMELO	Patrocínio/Monte Carmelo	6974724	PSF DR JOSÉ PEREIRA DE RESENDE- PSF LAMBARI -EQUIPE I
MONTE CARMELO	Patrocínio/Monte Carmelo	5607191	PSF DR RUI MOREIRA DA SILVA
MONTE CARMELO	Patrocínio/Monte Carmelo	6746225	PSF DRA MARGARETH FALEIROS RESENDE
MONTE CARMELO	Patrocínio/Monte Carmelo	6848893	PSF CATALUNA

MONTE CARMELO	Patrocínio/Monte Carmelo	2195925	UBSF SANTA RITA
MONTE CARMELO	Patrocínio/Monte Carmelo	2195852	UBSF CELSO BUENO
MONTE CARMELO	Patrocínio/Monte Carmelo	2206471	PSF SELVA DE MORAES ALVES OLIVEIRA
MONTE CARMELO	Patrocínio/Monte Carmelo	6675883	PSF VIVALDO BARBOSA AMORM
PATROCÍNIO	Patrocínio/Monte Carmelo	2196417	UNIDADE BASICA MARINO SANTOS - BOA ESPERANÇA 018
PATROCÍNIO	Patrocínio/Monte Carmelo	2196417	UNIDADE BASICA MARINO SANTOS - BOA ESPERANÇA 005
PATROCÍNIO	Patrocínio/Monte Carmelo	2196409	CENTRO INTEGRADO DE AT A SAUDE DR JOSE FIGUEIREDO CIAS - 014
PATROCÍNIO	Patrocínio/Monte Carmelo	2196409	CENTRO INTEGRADO DE AT A SAUDE DR JOSE FIGUEIREDO CIAS - 06
PATROCÍNIO	Patrocínio/Monte Carmelo	2196409	CENTRO INTEGRADO DE AT A SAUDE DR JOSE FIGUEIREDO CIAS - 07
PATROCÍNIO	Patrocínio/Monte Carmelo	6420990	UNIDADE BASICA DE SAUDE ENEAS FERREIRA DE AGUIAR - JD SUL
PATROCÍNIO	Patrocínio/Monte Carmelo	6420990	UNIDADE BASICA DE SAUDE ENEAS FERREIRA DE AGUIAR -017
PATROCÍNIO	Patrocínio/Monte Carmelo	2196360	UBS MATINHA
PATROCÍNIO	Patrocínio/Monte Carmelo	2196387	UBS MORADA NOVA 012
PATROCÍNIO	Patrocínio/Monte Carmelo	2196387	UBS MORADA NOVA 011
PATROCÍNIO	Patrocínio/Monte Carmelo	2196522	UBS SANTA TEREZINHA - 010
PATROCÍNIO	Patrocínio/Monte Carmelo	2196522	UBS SANTA TEREZINHA - 003
PATROCÍNIO	Patrocínio/Monte Carmelo	2196654	UBS SANTO ANTONIO - 008
PATROCÍNIO	Patrocínio/Monte Carmelo	2196255	UBS SAO CRISTOVAO
PATROCÍNIO	Patrocínio/Monte Carmelo	2196344	UBS SAO JOAO DA SERRA NEGRA
PATROCÍNIO	Patrocínio/Monte Carmelo	2196328	UBS SAO JUDAS
PATROCÍNIO	Patrocínio/Monte Carmelo	2196670	UBS SAO VICENTE - 016
PATROCÍNIO	Patrocínio/Monte Carmelo	2196670	UBS SAO VICENTE - 015
PATROCÍNIO	Patrocínio/Monte Carmelo	7722397	UBS DR JOSE RODRIGUES DE SOUZA - MARCIANO BRANDÃO 020
ROMARIA	Patrocínio/Monte Carmelo	2145316	CENTRO DE SAUDE IRMAO WENDELINO ROODER

Anexo II

MUNICÍPIO	MICRO	CNES	NOME DO ESTABELECIMENTO
ABADIA DOS DOURADOS	Patrocínio/Monte Carmelo	4033760	CENTRO DE SAUDE DONA NAIR GOMES CALDAS
COROMANDEL	Patrocínio/Monte Carmelo	2151758	PRONTO SOCORRO MUNICIPAL DR SEBASTIÃO MACHADO
COROMANDEL	Patrocínio/Monte Carmelo	2197693	SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE COROMANDEL
COROMANDEL	Patrocínio/Monte Carmelo	2151804	CAPS I COROMANDEL
DOURADOQUARA	Patrocínio/Monte Carmelo	2764547	CENTRO DE SAUDE ABILIO DOS SANTOS
ESTRELA DO SUL	Patrocínio/Monte Carmelo	2145774	UNIDADE MISTA SEBASTIÃO PAES DE ALMEIDA
GRUPIARA	Patrocínio/Monte Carmelo	2145405	UBS DINORA DIAS MOREIRA
IRAÍ DE MINAS	Patrocínio/Monte Carmelo	2145537	CENTRO DE SAUDE DONA COTA
MONTE CARMELO	Patrocínio/Monte Carmelo	2206420	PRONTO SOCORRO MUNICIPAL DE MONTE CARMELO
MONTE CARMELO	Patrocínio/Monte Carmelo	2206498	HOSPITAL VIRGÍLIO ROSA
MONTE CARMELO	Patrocínio/Monte Carmelo	2206501	HOSPITAL SANTA TEREZINHA
MONTE CARMELO	Patrocínio/Monte Carmelo	2222353	CAPS I MONTE CARMELO
PATROCÍNIO	Patrocínio/Monte Carmelo	2209187	PRONTO SOCORRO MUNICIPAL DR CARLOS AFONSO NUNES
PATROCÍNIO	Patrocínio/Monte Carmelo	2209195	SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PATROCÍNIO
PATROCÍNIO	Patrocínio/Monte Carmelo	2106213	CAPS II PATROCÍNIO
PATROCÍNIO	Patrocínio/Monte Carmelo	7735146	CAPS AD PATROCÍNIO
ROMARIA	Patrocínio/Monte Carmelo	2145316	CENTRO DE SAUDE IRMAO WENDELINO ROODER

Tipologia dos Estabelecimentos de Saúde

1 Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC-UFU):

- Hospital Polivalente, conforme Anexo Único da Resolução SES/MG nº 4.448, 20/08/2014.
- Hospital Especializado tipo II, conforme Portaria nº 2.395, 11/10/2011.

2 Santa Casa de Misericórdia de Patrocínio (Patrocínio)

- Hospital Geral de Urgência Nível II, conforme Anexo Único da Resolução SES/MG nº 4.448, 20/08/2014.
- Hospital Geral, conforme Portaria nº 2.395, 11/10/2011.

3 Hospital Santa Terezinha (Monte Carmelo)

- Hospital de Urgência Nível III, conforme Anexo Único da Resolução SES/MG nº 4.448, 20/08/2014.

4 Hospital Virgílio Rosa (Monte Carmelo)

- Hospital de Urgência Nível III, conforme Anexo Único da Resolução SES/MG nº 4.448, 20/08/2014.

5 Santa Casa de Misericórdia de Coromandel (Coromandel)

- Hospital de Urgência Nível III, conforme Anexo Único da Resolução SES/MG nº 4.448, 20/08/2014.

6 Santa Casa de Abadia dos Dourados (Abadia dos Dourados)

- Hospital de Urgência Nível IV, conforme Anexo Único da Resolução SES/MG nº 4.448, 20/08/2014.



SAMU 192 – CISTRI
Ficha de Notificação de Morte
Evidências de Morte Óbvia na Cena
USA / USB

DATA: ____ / ____ / ____

Nº OCORRÊNCIA: ____

MÉDICO REGULADOR: _____

BASE / VTR: _____

Classificação de Risco: ☐ Verde ☐ Amarelo ☐ Vermelho

J9: J10: J9: J10: J11: J12:

Motivo da solicitação

☐ Clínico ☐ Cirúrgico ☐ Obstétrico ☐ Psiquiátrico ☐ Pediátrico ☐ Transporte inter-hospitalar ☐ Outros

Local da ocorrência ☐ Via pública ☐ Espaço público ☐ Residência ☐ Rodovia ☐ Outros _____

Endereço: _____ Nº _____

Bairro: _____ Município: _____

Dados da vítima

Nome: _____

Documento: _____ Idade: _____ Sexo: M ☐ F ☐

Endereço: _____

Bairro: _____ Cidade _____

Telefone: _____

Acompanhante: _____ Documento: _____

Grau de aproximação: _____ Telefone: _____

SITUAÇÃO NO LOCAL:

- ☐ DECAPITAÇÃO ☐ RIGOR MORTIS**
☐ CARBONIZAÇÃO ☐ LIVOR MORTIS**
☐ PUTREFAÇÃO ☐ SEGMENTAÇÃO DE TRONCO
☐ ESMAGAMENTO DE CRÂNIO COM PERDA DE MASSA ENCEFÁLICA

**Caso haja dúvida nestes dois critérios, deverá haver contato entre o médico regulador e equipe de USB para definir a melhor conduta.

HORÁRIO DO ÓBITO:

***SOMENTE deverá ser preenchido pelo médico da USA**

DADOS DA EQUIPE

ENFERMEIRO (A): _____ COREN: _____

TÉCNICO (A) DE ENFERMAGEM: _____ COREN: _____

CONDUTOR (A) SOCORRISTA: _____ RF: _____

MÉDICO (A): _____ CRM: _____

Eu, _____, grau de parentesco _____, confirmo que recebi uma via desta ficha de notificação e todas as orientações referentes ao óbito.

• ESTE DOCUMENTO NÃO É DECLARAÇÃO/ATESTADO DE ÓBITO.

- Este formulário SOMENTE será preenchido pelo (a) médico (a) da USA ou pelo (a) técnico (a) de enfermagem da USB.
- A SEGUNDA via deste formulário SEMPRE deve ser deixada com o responsável.
- Em caso de intervenção, a ficha a ser preenchida é a de APH.
- Em caso de qualquer intervenção por parte da equipe de USB, o “corpo” deverá ser removido conforme orientação da Regulação Médica.

TELEFONES ÚTEIS

REGIÃO ITUIUTABA

CACHOEIRA DOURADA

Município	CNES	Nome fantasia	Natureza jurídica	Telefone
Cachoeira Dourada	2117525	UNIDADE MISTA DE CACHOEIRA DOURADA	Adm Pública	(34) 3265-1155
Cachoeira Dourada	2121794	PSF ALVARO OZORIO RODRIGUES	Adm Pública	(34) 3265-1436
Cachoeira Dourada	6647634	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE	Adm Pública	(34) 3514-5200
Cachoeira Dourada	6664423	REDE FARMACIA DE MINAS	Adm Pública	(34) 3265-1101

CAMPINA VERDE

Município	CNES	Nome fantasia	Natureza jurídica	Telefone
Campina Verde	2121638	PRONTO SOCORRO MUNICIPAL DE CAMPINA VERDE	Adm Pública	(34) 3412-2655
Campina Verde	2121646	CENTRO DE SAUDE DR MANOEL R FRANCO	Adm Pública	(34) 3412-2582
Campina Verde	2121611	POSTO DE SAUDE AMBO	Adm Pública	(34) 3412-2191
Campina Verde	2121581	POSTO DE SAUDE BASTOS	Adm Pública	(34) 3412-1328
Campina Verde	7171293	UBS NICOLAU GERALDO FERREIRA	Adm Pública	(34) 3412-2979
Campina Verde	2758881	POSTO DE SAUDE DR ADEMAR GERALDO DE QUEIROZ	Adm Pública	(34) 3412-9127
Campina Verde	2121603	POSTO DE SAUDE IRMAO MARIA AUGEOUX	Adm Pública	(34) 3412-1203
Campina Verde	2121409	HOSPITAL SAO VICENTE DE PAULO	Entidades sem fins lucrativos	(34) 3412-1064
				(34) 3412-1153
				(34) 3412-3024
Campina Verde	2141159	PSF JOAO LUIZ FRANCA	Adm Pública	(34) 3414-1220
Campina Verde	6283772	PSF ANA CANDIDA DA SILVA	Adm Pública	(34) 3412-2664
Campina Verde	180157	CENTRO DE ESPECIALIDADE MEDICA DR EDMUR NUNES DA SILVA	Adm Pública	(34) 3412-9130
Campina Verde	2121654	ASSOSIACAO DOS MORADORES DO BAIRRO SAO VICENTE AMBASV	Adm Pública	(34) 3412-2900
Campina Verde	2215233	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE	Adm Pública	(34) 3412-9130
Campina Verde	9621083	CENTRO DE FISIOTERAPIA MUNICIPAL	Adm Pública	(34) 3412-4603
Campina Verde	9716831	FARMACIA MUNICIPAL FERNANDO DE FREITAS PAULA	Adm Pública	(34) 3412-2920

CANÁPOLIS

Município	CNES	Nome fantasia	Natureza jurídica	Telefone
Canápolis	6367569	PSF4 UNIDADE BASICA DE SAUDE DA FAMILIA BOLIVAR JOSE SANTANA	Adm Pública	(34) 3266-3520
Canápolis	2121778	PSF3 HERMENEGILDO DE FREITAS	Adm Pública	(34) 3266-3525
Canápolis	2121743	PSF1 CASA DE SAUDE JOAQUIM RODRIGUES COSTA	Adm Pública	(34) 3266-3539
Canápolis	2121751	PSF02 CASA DE SAUDE DR OSVALDO PINTO	Adm Pública	(34) 3266-3540
Canápolis	2121514	HOSPITAL SEBASTIAO PAES DE ALMEIDA	Entidade sem fins lucrativos	(34) 3266-3600
Canápolis	2121727	CENTRO DE SAUDE DONA MARIA DE SOUZA BARCELOS	Adm Pública	(34) 3266-1401
Canápolis	2121735	CENTRO ODONTOLOGICO MUNICIPAL DE CANAPOLIS	Adm Pública	(34) 3266-1400
Canápolis	2215187	UNIDADE DE VIGILANCIA SANITARIA DE CANAPOLIS	Adm Pública	(34) 3266-3547
Canápolis	6994814	REDE FARMACIA DE MINAS CANAPOLIS	Adm Pública	(34) 3266-3528

CAPINÓPOLIS

Município	CNES	Nome fantasia	Natureza jurídica	Telefone
Capinópolis	2121867	CENTRO DE SAUDE AUGUSTO ALVES GARCIA	Adm Pública	(34) 3263-0338
Capinópolis	2121832	CENTRO DE SAUDE FAMILIA JARBAS FONTOURA	Adm Pública	(34) 3263-0352
Capinópolis	2121913	UNIDADE MISTA SAMANTA DE PAULA VAZ	Adm Pública	(34) 3263-0364
Capinópolis	7289596	UNIDADE BASICA DE SAUDE OSVALDO PRADO	Adm Pública	(34) 3263-0366
Capinópolis	2121875	CENTRO DE SAUDE OTAVIO BERNADELI	Adm Pública	(34) 3263-0344
Capinópolis	2121840	CENTRO DE SAUDE DR CASSIO MACEDO	Adm Pública	(34) 3263-0351
Capinópolis	7201109	FAEPU UNIDADE CAPINOPOLIS (HOSPITAL)	Entidade sem fins lucrativos	(34) 3263-3028
				(34) 3263-0353
Capinópolis	2179245	CONSULTORIO ODONTOLOGICO DE ATENDIMENTO ESCOLAR	Adm Pública	(34) 3263-0356
Capinópolis	6516378	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE CAPINOPOLIS	Adm Pública	(34) 3263-0369
Capinópolis	7013655	REDE FARMACIA DE TODOS DE CAPINOPOLIS	Adm Pública	(34) 3263-0343
Capinópolis	7846398	ACADEMIA DA SAUDE CAMILLE ELIAS CHAMOUN	Adm Pública	(34) 3263-0379

CENTRALINA

Município	CNES	Nome fantasia	Natureza jurídica	Telefone
Centralina	2121573	UNIDADE BASICA DE SAUDE CG RODRIGUES	Adm Pública	(34) 3267-1691
Centralina	2121549	PSF CASA DE SAUDE SEBASTIAO BATISTA DE AGUIAR COSTELA	Adm Pública	(34) 3267-1711
Centralina	2121530	PSF CASA DE SAUDE DR ARISTON SANTANA DE ARAUJO	Adm Pública	(34) 3267-1232
Centralina	2121522	PSF CASA DE SAUDE D MARIA TOSTA	Adm Pública	(34) 3267-1484
Centralina	2194937	PRONTO ATENDIMENTO JK	Adm Pública	(34) 3267-1300
Centralina	2121557	CENTRO DE SAUDE FRANCISCO NEVES	Adm Pública	(34) 3267-1232
Centralina	7044550	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE CENTRALINA	Adm Pública	(34) 3267-8016

GURINHATÃ

Município	CNES	Nome fantasia	Natureza jurídica	Telefone
Gurinhata	2215152	PSF URBANO D FRANCISCA TOSCANO CARDOSO	Adm Pública	(34) 3264-1541
Gurinhata	2215160	PSF RURAL DE FLOR DE MINAS	Adm Pública	(34) 3264-8172
Gurinhata	2179237	HOSPITAL MUNICIPAL DONA AMELIA MARIA DE SOUZA	Adm Pública	(34) 3264-1012
Gurinhata	6822754	DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAUDE DE GURINHATA	Adm Pública	(34) 3264-1019
Gurinhata	7040253	REDE FARMACIA DE MINAS DE GURINHATA	Adm Pública	(34) 3264-1023
Gurinhata	7610769	POLO DE ACADEMIA DE SAUDE ALCEU LEMES DE MIRANDA	Adm Pública	(34) 3264-5002
Gurinhata	9210067	UBS RURAL ORLANDINO BENTO DE OLIVEIRA	Adm Pública	(34) 3264-1014

IPIACÚ

Município	CNES	Nome fantasia	Natureza jurídica	Telefone
Ipiacú	2215179	UNIDADE BASICA DE SAUDE JOSIAS BEZERRA DA SILVA	Adm Pública	(34) 3252-0121
Ipiacú	2121921	UNIDADE BASICA DE SAUDE IRENE THEODORA DE OLIVEIRA	Adm Pública	(34) 3252-1062
Ipiacú		SALA DE ESTABILIZAÇÃO UBS	Adm Pública	(34) 3252-1336
Ipiacú	7038399	FARMACIA DE MINAS DE IPIACU	Adm Pública	(34) 3252-0100
Ipiacú	6517846	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE IPIACU	Adm Pública	(34) 3252-0117

ITUIUTABA

Município	CNES	Nome fantasia	Natureza jurídica	Telefone
Ituiutaba	2215136	UNIDADE MISTA DE SAUDE PELINA NOVAES	Adm Pública	(34) 3269-2800
Ituiutaba	2141132	POSTO DE SAUDE TANCREDO MARQUEZ DE ANDRADE	Adm Pública	(34) 3268-1499
Ituiutaba	2194740	PSF 02 - ALVORADA	Adm Pública	(34) 3269-6289
Ituiutaba	2194821	CENTRO DE SAUDE DA MULHER ITUIUTABANA	Adm Pública	(34) 3271-8259
Ituiutaba	2194783	PSF 03 - NOVO TEMPO 2	Adm Pública	(34) 3269-6599
Ituiutaba	2194759	PSF 04 - SOL NASCENTE 2	Adm Pública	(34) 3268-9090
Ituiutaba	2194767	PSF 05 - NOVO HORIZONTE	Adm Pública	(34) 3268-9400
Ituiutaba	2215241	PSF 06 - TUPA	Adm Pública	(34) 3268-0300
Ituiutaba	2200902	HOSPITAL SAO JOSE	Entidade sem fins lucrativos	(34) 3271-7200
Ituiutaba	2194910	PSF 07 - PIRATININGA	Adm Pública	(34) 3268-9765
Ituiutaba	2194880	PSF 08 - JARDIM DO ROSARIO	Adm Pública	(34) 3269-4573
Ituiutaba	6007449	PSF 10 - NATAL	Adm Pública	(34) 3268-1102
Ituiutaba	6389244	PSF 11 - SETOR NORTE	Adm Pública	(34) 3269-1131
Ituiutaba	2194791	UNIDADE MISTA CARLOS MODESTO DOS SANTOS	Adm Pública	(34) 3268-2516
Ituiutaba	2141213	UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO MUNICIPAL DE ITUIUTABA UPAMI	Adm Pública	(34) 3214-1213
Ituiutaba	3935833	UBS DR OLIMPIO DE FREITAS COSTA NETO	Adm Pública	(34) 3268-0300
Ituiutaba	2194899	CENTRO DE SAUDE AMPLA	Adm Pública	(34) 3268-4685
Ituiutaba	2121387	HOSPITAL NOSSA SENHORA DABADIA	Entidades empresariais	(34) 3268-0100
Ituiutaba	2194805	MODULO ODONTOLOGICO MOVEI DE ITUIUTABA	Adm Pública	(34) 3268-0306
Ituiutaba	2194902	ORGAO ASSISTENCIAL INFANTIL MIRIAN	Adm Pública	(34) 3268-1271
Ituiutaba	2215128	CENTRO DE CONTROLE DE ZOONOSSES	Adm Pública	(34) 3268-2398
Ituiutaba	6493122	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE	Adm Pública	(34) 3271-8255
Ituiutaba	7397429	CAPS TIO DOC	Adm Pública	(34) 3268-9397
Ituiutaba	9322647	POSTO DE SAUDE PETRONIO RODRIGUES CHAVES	Adm Pública	(34) 3268-6360

Município	CNES	Nome fantasia	Natureza jurídica	Telefone
Santa Vitória	5877202	PSF AMADOR JOSE DOS SANTOS	Adm Pública	(34) 3251-8530
Santa Vitória	2215268	UNIDADE MISTA JERONIMO TEODORO	Adm Pública	(34) 3251-8534
Santa Vitória	2194708	PSF DR JOSE CARLOS	Adm Pública	(34) 3251-8595
Santa Vitória	7470339	PSF JOSE NILTON DE MEDEIROS	Adm Pública	(34) 3251-8526
Santa Vitória	2141167	PSF VICENTE BONITO	Adm Pública	(34) 3251-0592
Santa Vitória	2141191	PSF JOSE PAULO FERNANDES	Adm Pública	(34) 3251-8131
Santa Vitória	2121808	HOSPITAL GENESIO FRANCO DE MORAIS	Entidades empresariais	(34) 3251-1655
Santa Vitória	2141183	PSF ISIDORO CANDIDO FERREIRA	Adm Pública	(34) 3251-8560
Santa Vitória	2215276	CENTRO ODONTOLOGICO MUNICIPAL DOLORITA CANDIDA MUNIZ	Adm Pública	(34) 3251-8546
Santa Vitória	6584411	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE SANTA VITORIA	Adm Pública	(34) 3251-8585
Santa Vitória	7113676	FARMACIA DE MINAS POLO SANTA VITORIA	Adm Pública	(34) 3251-8505
Santa Vitória	7796641	ACADEMIA DA SAUDE PAULO CABRAL DE LIMA	Adm Pública	(34) 3251-0342
Santa Vitória	7995083	CAPS I NILDOMAR DONIZETE BIZINOTTO	Adm Pública	(34) 3251-0225

REGIÃO PATROCÍNIO/MONTE CARMELO

ABADIA DOS DOURADOS				
Município	CNES	Nome fantasia	Natureza jurídica	Telefone
Abadia dos Dourados	5858038	UBS D MARIA DAS CHAGAS BRUNO	Adm Pública	(34) 3847-1850
Abadia dos Dourados	2775948	SANTA CASA DE ABADIA DOS DOURADOS	Entidade sem fins lucrativos	(34) 3847-1224
Abadia dos Dourados	4033760	CENTRO DE SAUDE DONA NAIR GOMES CALDAS	Adm Pública	(34) 3847-1569
Abadia dos Dourados		PRONTO ATENDIMENTO	Adm Pública	(34) 3847-1263
Abadia dos Dourados	2218852	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE ABADIA DOS DOURADOS	Adm Pública	(34) 3847-1569

COROMANDEL				
Município	CNES	Nome fantasia	Natureza jurídica	Telefone

Coromandel	2151650	UNIDADE AMBULATORIAL DE ESPECIALIDADES	Adm Pública	(34) 3318-5643
Coromandel	6757685	UNIDADE CLINICA DA MULHER	Adm Pública	(34) 3318-5567
Coromandel	2151758	PRONTO SOCORRO MUNICIPAL DR SEBASTIAO MACHADO	Adm Pública	(34) 3841-1010
Coromandel	2196794	UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA DR MARIO DIAS VALADARES	Adm Pública	(34) 3841-3786
Coromandel	2151766	UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA DR JOSE FLAVIO R PEREIRA	Adm Pública	(34) 3841-3784
Coromandel	2151685	PS SANTA ROSA DOS DOURADOS PS DONA NICA TOMAZ	Adm Pública	(34) 3841-5015
Coromandel	2151774	UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA COROMANDEL	Adm Pública	(34) 3841-3785
Coromandel	2151707	PS MATEIRO PS ANTONIA ALBINA DE JESUS	Adm Pública	(34) 3841-1010
Coromandel	5997380	UNIDADE DE SAUDE ALTINHO	Adm Pública	(34) 9904-2457 (Alzira)
Coromandel	2151731	PS BREJAO	Adm Pública	(34) 9904-2457 (Alzira)
Coromandel	183245	UNIDADE DE SAUDE COVID	Adm Pública	(34) 3841-1010
Coromandel	2151693	PS PANTANO PS MANOEL ANTONIO DE OLIVEIRA	Adm Pública	(34) 3841-6011
Coromandel	2151715	PS ALEGRE PS DONA LUIZA PRIMA	Adm Pública	(34) 3841-1010
Coromandel	2151723	PS LAGAMAR DOS COQUEIROS	Adm Pública	(34) 3841-8017
Coromandel	2151782	UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA PADRE LAZARO MENEZES	Adm Pública	(34) 3841-3783
Coromandel	2197693	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE COROMANDELDR SEBASTIAO MACHADO	Adm Pública	(34) 3841-1222
Coromandel	3021300	UNIDADE SAUDE DA FAMILIA VICENTE FERREIRA BORGES	Adm Pública	(34) 3841-3785
Coromandel	5529840	UNIDADE DE FISIOTERAPIA	Adm Pública	(34) 3841-1010
Coromandel	5947014	APAE DE COROMANDEL	Adm Pública	(34) 3841-1892
Coromandel	6860044	MEDCLINICA	Adm Pública	(34) 3841-1322
Coromandel	9425055	UNIDADE DE SAUDE LEILA RESENDE	Adm Pública	
Coromandel	9425470	UNIDADE DE SAUDE SUB TENENTE ADERLI	Adm Pública	(34) 3841-3785

DOURADOQUARA

Município	CNES	Nome fantasia	Natureza jurídica	Telefone
-----------	------	---------------	-------------------	----------

Douradoquara	2764547	CENTRO DE SAUDE ABILIO DOS SANTOS	Adm Pública	(34) 3846-1228
Douradoquara	6486878	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE	Adm Pública	(34) 3846-1228
Douradoquara	7046960	FARMACIA DE MINAS DE DOURADOQUARA	Adm Pública	(34) 3846-1228

ESTRELA DO SUL

Município	CNES	Nome fantasia	Natureza jurídica	Telefone
Estrela do Sul	2145774	UNIDADE MISTA DE SAUDE SEBASTIAO PAES DE ALMEIDA	Adm Pública	(34) 3843-1288
Estrela do Sul	2145790	POSTO DE SAUDE DE SAO FELIX	Adm Pública	(34) 3843-6000
Estrela do Sul	2758997	POSTO DE SAUDE DE DOLEARINA	Adm Pública	(34) 3843-5119
Estrela do Sul	2145782	POSTO DE SAUDE AMADEU S OLIVEIRA	Adm Pública	(34) 3843-5313
Estrela do Sul	2145804	POLICLINICA DR AMAURY FERREIRA DA SILVA	Adm Pública	(34) 3843-1655
Estrela do Sul	2145812	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE ESTRELA DO SUL	Adm Pública	(34) 3843-1655
Estrela do Sul	9572821	POLO ACADEMIA DA SAUDE DE ESTRELA DO SUL	Adm Pública	(34) 3843-1655

GRUPIARA

Município	CNES	Nome fantasia	Natureza jurídica	Telefone
Grupiara	2145405	UNIDADE BASICA DE SAUDE DE GRUPIARA	Adm Pública	(34) 3844-1378
Grupiara	2145413	UNIDADE DE SAUDE BOA VISTA	Adm Pública	(34) 3844-1378
Grupiara	6481728	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE GRUPIARA	Adm Pública	(34) 3844-1369
Grupiara	7461844	REDE FARMACIA DE TODOS DE GRUPIARA	Adm Pública	(34) 3844-1378
Grupiara	7546017	POLO ACADEMIA DA SAUDE DE GRUPIARA INTERMEDIARIA	Adm Pública	(34) 3844-1378

IRAÍ DE MINAS

Município	CNES	Nome fantasia	Natureza jurídica	Telefone
-----------	------	---------------	-------------------	----------

Iraí de Minas	2145545	POSTO DE SAUDE SAO JOSE DO BARREIRO	Adm Pública	(34) 3845-1344
Iraí de Minas	5924391	POSTO DE SAUDE AMERICO DIAS DE RESENDE	Adm Pública	(34) 3845-1572
Iraí de Minas	2145553	CENTRO DE SAUDE JULIA TEREZINHA AMARAL	Adm Pública	(34) 3845-1770
Iraí de Minas	2145537	CENTRO DE SAUDE DONA COTA	Adm Pública	(34) 3845-1210
Iraí de Minas	6495079	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE	Adm Pública	(34) 3845-1210
Iraí de Minas	7056478	FARMACIA DE MINAS	Adm Pública	(34) 3845-1572

MONTE CARMELO

Município	CNES	Nome fantasia	Natureza jurídica	Telefone
Monte Carmelo	2195836	POSTO DE SAUDE GENESIO OLIVEIRA PENA	Adm Pública	(34) 3844-0001
Monte Carmelo	2206420	PRONTO SOCORRO MUNICIPAL DE MONTE CARMELO	Adm Pública	(34) 3849-1215
Monte Carmelo	2195844	CENTRO DE SAUDE FRANCISCO MARQUES PIRES	Adm Pública	
Monte Carmelo	6510132	PSF ARTHUR ROSA PENNA	Adm Pública	(34) 3842-7008
Monte Carmelo	6974724	PSF DR JOSE PEREIRA DE RESENDE	Adm Pública	(34) 3842-1979
Monte Carmelo	5607191	PSF DR RUI MOREIRA DA SILVA	Adm Pública	(34) 3842-3132
Monte Carmelo	6746225	PSF DRA MARGARETH FALEIROS RESENDE	Adm Pública	(34) 3842-0028
Monte Carmelo	2206501	HOSPITAL SANTA TEREZINHA	Entidades empresariais	(34) 3842-2400
Monte Carmelo	2206404	PSF ELIAS DE MORAIS	Adm Pública	(34) 3842-6835
Monte Carmelo	6848893	PSF JOANA FELIX DE JESUS	Adm Pública	(34) 3849-1210
Monte Carmelo	2195860	POLICLINICA MONTE CARMELO	Adm Pública	(34) 3849-1212
Monte Carmelo	2195925	PSF MARICOTA FERNANDES	Adm Pública	(34) 3849-1203
Monte Carmelo	2195852	PSF SALU ALVES FERREIRA	Adm Pública	(34) 3849-3104
Monte Carmelo	2206471	PSF SELVA DE MORAES ALVES OLIVEIRA	Adm Pública	(34) 3842-6484
Monte Carmelo	2195895	UBS CISELISIO ROCHA THOMAZ	Adm Pública	(34) 3842-6081
Monte Carmelo	6675883	PSF VIVALDO BARBOSA AMORIM	Adm Pública	(34) 3849-1213
Monte Carmelo	2206412	CENTRO DE SAUDE LAGOINHA	Adm Pública	(34) 3842-6799
Monte Carmelo	2195755	CLINICA ODONTOLOGICA MUNICIPAL	Adm Pública	(34) 3842-8517
Monte Carmelo	2222353	CENTRO DE ATENCAO PSICOSSOCIALCAPS I	Adm Pública	(34) 3842-8131
Monte Carmelo	6214223	SECRETARIA DE SAUDE DE MONTE CARMELO	Adm Pública	(34) 3842-7800
Monte Carmelo	7485166	CENTRO OFTALMOLOGICO IRENO DO CARMO	Adm Pública	

MONTE CARMELO

Município	CNES	Nome fantasia	Natureza jurídica	Telefone
Monte Carmelo	7548435	FARMACIA DAS FAMILIAS	Adm Pública	(34) 3842-7746
Monte Carmelo	7969228	CENTRAL DE REGULACAO DE MONTE CARMELO	Adm Pública	(34) 3842-7800
Monte Carmelo	9581634	ACADEMIA DA SAUDE MONTREAL	Adm Pública	
Monte Carmelo	9847227	HOSPITAL MUNICIPAL DE MONTE CARMELO	Adm Pública	(34) 3849-1215

PATROCÍNIO

Município	CNES	Nome fantasia	Natureza jurídica	Telefone
Patrocínio	2196220	POLICLINICA DE PATROCINIO	Adm Pública	(34) 3832-4474
Patrocínio	2196352	POSTO DE SAUDE DE SALITRE DE MINAS	Adm Pública	(34) 3836-1162
Patrocínio	2196336	POSTO DE SAUDE SAO BENEDITO	Adm Pública	(34) 3836-1230
Patrocínio	2209187	PRONTO SOCORRO MUNICIPAL DOUTOR CARLOS AFONSO NUNES	Adm Pública	(34) 3831-5288
Patrocínio	2196379	PS SILVANO	Adm Pública	(34) 3839-7011
Patrocínio	6272150	CENTRO ESTADUAL DE ATENCAO ESPECIALIZADA D LICA	Adm Pública	(34) 3831-5867
Patrocínio	2209195	SANTA CASA DE MISERICORDIA NOSSA SENHORA DO PATROCINIO	Entidade sem fins lucrativos	(34) 3839-1000
Patrocínio	2209101	UBS DR JOSE GARCIA BRANDAO PACS	Adm Pública	(34) 3831-4396
Patrocínio	7898622	HOSPITAL DO CANCER DE PATROCINIO DR JOSE FIGUEIREDO	Adm Pública	(34) 3831-9797
Patrocínio	2196360	UBS MATINHA	Adm Pública	(34) 3831-1324
Patrocínio	5406978	HOSPITAL E MATERNIDADE MED CENTER LTDA	ENTIDADES EMPRESARIAIS	(34) 3839-5600
Patrocínio	2196387	UBS MORADA NOVA	Adm Pública	(34) 3831-5928
Patrocínio	2196522	UBS SANTA TEREZINHA	Adm Pública	(34) 3831-7289
Patrocínio	2196654	UBS SANTO ANTONIO	Adm Pública	(34) 3831-4920
Patrocínio	2196255	UBS SAO CRISTOVAO	Adm Pública	(34) 3831-4293
Patrocínio	2196344	UBS SAO JOAO DA SERRA NEGRA	Adm Pública	(34) 3836-5128
Patrocínio	2196328	UBS SAO JUDAS	Adm Pública	(34) 3831-1439
Patrocínio	2152991	HOSPITAL DAS CLINICAS DE PATROCINIO LTDA	ENTIDADES EMPRESARIAIS	(34) 3839-3110
Patrocínio	2196670	UBS SAO VICENTE	Adm Pública	(34) 3832-4738
Patrocínio	2196417	UNIDADE BASICA MARINO SANTOS	Adm Pública	(34) 3832-0586
Patrocínio	6420990	UNIDADE BASICA DE SAUDE ENEAS FERREIRA DE AGUIAR	Adm Pública	(34) 3831-5867
Patrocínio	7722397	UNIDADE BASICA DE SAUDE DR JOSE RODRIGUES DE SOUZA	Adm Pública	(34) 3831-4149
Patrocínio	3218813	HOSPITAL DO CANCER DE PATROCINIO DR JOSE FIGUEIREDO	ENTIDADES SEM FINS LUCRATIVOS	(34) 3831-9797
Patrocínio	2196409	CENTRO INTEGRADO DE AT A SAUDE DR JOSE FIGUEIREDO CIAS	Adm Pública	(34) 3832-1412

PATROCÍNIO

Município	CNES	Nome fantasia	Natureza jurídica	Telefone
Patrocínio	210994	SAE CTA UDM	Adm Pública	
Patrocínio	2106213	CAPS II	Adm Pública	(34) 3831-4856
Patrocínio	2196239	UNIDADE MOVEI URBANA	Adm Pública	(34) 3839-1800
Patrocínio	5240549	CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS DR JOSE NUNES FILHO	Adm Pública	(34) 3831-3422
Patrocínio	5526507	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PATROCÍNIO	Adm Pública	(34) 3839-1818
Patrocínio	7735146	CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL CAPS AD III	Adm Pública	(34) 3831-5582

ROMARIA

Município	CNES	Nome fantasia	Natureza jurídica	Telefone
Romaria	2145316	CENTRO DE SAÚDE IRMAO WENDELINO ROODER	Adm Pública	(34) 3848-1526
Romaria	6641709	DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE	Adm Pública	(34) 3848-1526

REGIÃO UBERLÂNDIA/ ARAGUARI

ARAGUARI

Município	CNES	Nome fantasia	Natureza jurídica	Telefone
Araguari	2146169	CENTRO DE APOIO ESPECIALIZADO	Adm Pública	(34) 3690-3023
Araguari	2759306	POLICLINICA DE ARAGUARI	Adm Pública	(34) 3690-3159
				(34) 3690-3282
				(34) 3241-6800
Araguari	2145960	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ARAGUARI	ENTIDADES SEM FINS LUCRATIVOS	(34) 3249-1500
Araguari	2146312	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE AMORIM	Adm Pública	(34) 3690-3018
Araguari	2146215	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE CONTENDA	Adm Pública	(34) 3242-2222
				(34) 99152-4396
Araguari	2146088	HOSPITAL SANTO ANTONIO LTDA	Adm Pública	(34) 3249-1400
Araguari	2146150	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA AMANHECE	Adm Pública	(34) 3243-1218
Araguari	6419771	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA BOSQUE	Adm Pública	(34) 3690-3230

ARAGUARI

Município	CNES	Nome fantasia	Natureza jurídica	Telefone
Araguari	2146290	UNIDADE BASICA DE SAUDE DA FAMILIA BRASILIA	Adm Pública	(34) 3690-3268
Araguari	2146185	UNIDADE BASICA DE SAUDE DA FAMILIA GUTIERREZ	Adm Pública	(34) 3690-3088
Araguari	2146142	UNIDADE BASICA DE SAUDE DA FAMILIA INDEPENDENCIA	Adm Pública	(34) 3690-3042
Araguari	6994776	UNIDADE BASICA DE SAUDE DA FAMILIA MARIA EUGENIA	Adm Pública	(34) 3690-3004
Araguari	6908284	UNIDADE BASICA DE SAUDE DA FAMILIA MIRANDA I	Adm Pública	(34) 3242-4731
Araguari	3488721	UNIDADE BASICA DE SAUDE DA FAMILIA MIRANDA II	Adm Pública	(34) 3690-3103
Araguari	4033981	UNIDADE BASICA DE SAUDE DA FAMILIA NOVO HORIZONTE	Adm Pública	(34) 3690-3122
Araguari	3001296	UNIDADE BASICA DE SAUDE DA FAMILIA PARAISO	Adm Pública	(34) 3690-3007
Araguari	7989865	UNIDADE BASICA DE SAUDE DA FAMILIA PORTAL DE FATIMA	Adm Pública	(34) 3690-3279
Araguari	2146282	UNIDADE BASICA DE SAUDE DA FAMILIA SANTA TEREZINHA I	Adm Pública	(34) 3690-3019
Araguari	6337074	UNIDADE BASICA DE SAUDE DA FAMILIA SANTA TEREZINHA II	Adm Pública	(34) 3690-3219
Araguari	2146320	UNIDADE BASICA DE SAUDE DA FAMILIA SÃO SEBASTIAO	Adm Pública	(34) 3690-3022
Araguari	2146207	UNIDADE BASICA DE SAUDE SANTA LUZIA	Adm Pública	(34) 3243-2109
Araguari	2146304	UNIDADE BASICA DE SAUDE SANTA HELENA	Adm Pública	(34) 3690-3011
Araguari	2146266	UNIDADE BASICA DE SAUDE GOIAS	Adm Pública	(34) 3690-3002
Araguari	9141146	UNIDADE BASICA DE SAUDE DA FAMILIA CHANCIA	Adm Pública	(34) 3690-3046
Araguari	9376321	UNIDADE BASICA DE SAUDE DA FAMILIA GOIAS PARTE ALTA	Adm Pública	(34) 3690-3061
Araguari	9998241	UNIDADE BASICA DE SAUDE CENTRAL	Adm Pública	(34) 3690-3174
Araguari	2146126	UPA ARAGUARI	Adm Pública	(34) 3690-3017
Araguari	39993	SAD	Adm Pública	(34) 3690-3048
Araguari	199907	CAPS INFANTO JUVENIL REVIVER	Adm Pública	(34) 3460-0535
Araguari	2146118	CENTRO DE ATENDIMENTO E ACOMPANHAMENTO MATERNO INFANTIL	Adm Pública	(34) 3690-3051
Araguari	2146223	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE ARAGUARI	Adm Pública	(34) 3690-3005
Araguari	2146231	INCREMENTAL II	Adm Pública	(34) 3690-3066
Araguari	2146258	INCREMENTAL I CMBEM	Adm Pública	(34) 3690-3000

ARAGUARI

Município	CNES	Nome fantasia	Natureza jurídica	Telefone
Araguari	2765365	CAPS CENTRO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL	Adm Pública	(34) 3690-3121
Araguari	2776839	FISIOTERAPIA NOSSA SENHORA APARECIDA	Adm Pública	(34) 3241-3225
Araguari	5663571	NUCLEO DE ATENCAO A SAUDE MENTAL	Adm Pública	(34) 3690-3235
Araguari	5663598	CAPS AD CENTRO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL DE ALCOOL E DROGAS	Adm Pública	(34) 3844-3118
Araguari	6218091	FARMACIA MUNICIPAL	Adm Pública	(34) 3690-3064
Araguari	6357199	CEO CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLOGICAS	Adm Pública	(34) 3690-3231
Araguari	9633928	PACE	Adm Pública	(34) 3690-3174

ARAPORÃ

Município	CNES	Nome fantasia	Natureza jurídica	Telefone
Araporã	7250754	UNIDADE BASICA ELEUZA MARIA OLIVEIRA	Adm Pública	(34) 3284-9553
Araporã	2145723	UNIDADE BASICA DE SAUDE LINDALVA FERREIRA DE CASTRO	Adm Pública	(34) 3284-9554
Araporã	2145715	UNIDADE BASICA DE SAUDE JOAO FERREIRA DA COSTA	Adm Pública	(34) 3284-9575
Araporã	2760916	HOSPITAL JOAO PAULO II	Adm Pública	(34) 3284-9551
				(34) 3284-9552
Araporã	2145839	CENTRO MUNICIPAL FISIOTERAPIA DR SERGIO FRANCESCHI	Adm Pública	
Araporã	6644953	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE ARAPORA	Adm Pública	(34) 3284-9548
Araporã	7226837	FARMACIA DE MINAS	Adm Pública	(34) 3284-9574
Araporã	7520042	ACADEMIA DA SAUDE DO MUNICIPIO DE ARAPORA	Adm Pública	

CASCALHO RICO

Município	CNES	Nome fantasia	Natureza jurídica	Telefone
Cascalho Rico	2145758	CENTRO DE SAUDE DE CASCALHO RICO	Adm Pública	(34) 3248-1100
Cascalho Rico	6563112	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE CASCALHO RICO	Adm Pública	(34) 3248-1168

INDIANÓPOLIS

Município	CNES	Nome fantasia	Natureza jurídica	Telefone
-----------	------	---------------	-------------------	----------

Indianópolis	2145340	POSTO DE SAUDE JOAO MIGUEL	Adm Pública	(34) 3259-0058
Indianópolis	2145332	POSTO DE SAUDE ANGICO	Adm Pública	(34) 99676-7974
Indianópolis	3301222	CENTRO DE SAUDE DONA LICA	Adm Pública	(34) 3245-2536
Indianópolis	2145391	CENTRO DE SAUDE BATISTA NAVES	Adm Pública	(34) 3245-1213
Indianópolis	7528175	CENTRO DE SAUDE ALEX FERNANDES RESENDE	Adm Pública	(34) 3245-2530
Indianópolis	2145359	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE INDIANOPOLIS	Adm Pública	(34) 3245-1210
Indianópolis	2145367	INDIANOPOLIS FARMACIA DE MINAS	Adm Pública	(34) 3245-2520

MONTE ALEGRE

Município	CNES	Nome fantasia	Natureza jurídica	Telefone
Monte Alegre	2776022	SANTA CASA DE MONTE ALEGRE DE MINAS	ENTIDADES SEM FINS LUCRATIVOS	(34) 3283-3131
Monte Alegre	3050645	UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA FREI LUCAS FERRARO	Adm Pública	(34) 3286-0533
Monte Alegre	5387833	UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA DONA LUCI BITTENCOURT DE FREITAS	Adm Pública	(34) 3283-0539
Monte Alegre	3000737	UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA ALFREDO ALVES MARTINS	Adm Pública	(34) 3283-0532
Monte Alegre	5731801	AMBULATORIO MUNICIPAL	Adm Pública	(34) 3283-0525
Monte Alegre	2145928	CENTRO DE SAUDE DONA ANTUNINHA DELFINO	Adm Pública	(34) 3283-0531
Monte Alegre	2764083	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE MONTE ALEGRE DE MINAS	Adm Pública	(34) 3283-0537
Monte Alegre	3616096	UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA MARINA GOMES DA SILVA	Adm Pública	(34) 3283-0527
Monte Alegre	7090021	FARMACIA DE MINAS DE MONTE ALEGRE DE MINAS	Adm Pública	(34) 3283-0112
Monte Alegre	7471122	ACADEMIA DA SAUDE EROS VOLUZIA BITTENCOURT CARVALHO	Adm Pública	
Monte Alegre	7681321	CAPS CENTRO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL DE MONTE ALEGRE DE MINAS	Adm Pública	(34) 3283-0504

NOVA PONTE

Município	CNES	Nome fantasia	Natureza jurídica	Telefone
-----------	------	---------------	-------------------	----------

Nova Ponte	2145464	POSTO DE SAUDE ANIBAL F CANDIDO	Adm Pública	(34) 3356-5104
Nova Ponte	2145510	CENTRO DE SAUDE DR JOSE SOARES DE FARIA	Adm Pública	(34) 3256-8061
Nova Ponte	2775964	HOSPITAL MUNICIPAL DE NOVA PONTE	Adm Pública	(34) 3356-8080
Nova Ponte	6501753	CENTRO DE SAUDE HOMILTON PEREIRA DE RESENDE	Adm Pública	(34) 3356-1315
Nova Ponte	2145472	CENTRO DE SAUDE ODELMO LEAO CARNEIRO	Adm Pública	(34) 3356-8065
Nova Ponte	132926	UBS PEDRO LOURENCO CARDOSO	Adm Pública	
Nova Ponte	2759535	NUCLEO DE REABILITACAO	Adm Pública	(34) 3356-1400
Nova Ponte	6501745	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE NOVA PONTE	Adm Pública	(34) 3356-8060
Nova Ponte	9463925	FARMACIA DE TODOS	Adm Pública	(34) 3356-8074

PRATA

Município	CNES	Nome fantasia	Natureza jurídica	Telefone
Prata	2145626	POSTO DE SAUDE PRIMAVERA	Adm Pública	(34) 3431-1280
Prata	7529716	UBSF PRIMAVERA	Adm Pública	(34) 3431-8743
Prata	2145634	POSTO DE SAUDE TRES BARRAS	Adm Pública	(34) 3258-0038
Prata	2145588	PRONTO ATENDIMENTO MUNICIPAL	Adm Pública	(34) 3431-8727
Prata	2145677	CENTRO DE SAUDE DE MONJOLINHO	Adm Pública	(34) 3258-5003
Prata	5830052	UAPS COLINA PARK	Adm Pública	(34) 3431-1175
Prata	5188512	POLICLINICA CONCEICAO APARECIDA RODRIGUES COSTA	Adm Pública	(34) 3431-8738
Prata	2145561	UBSF BELA VISTA	Adm Pública	(34) 3431-8744
Prata	2145618	POSTO DE SAUDE DE PATRIMONIO	Adm Pública	(34) 3431-7128
Prata	7184247	UBSF OLIVEIRA	Adm Pública	(34) 3431-8729
Prata	7529724	UBSF JARDIM BRASIL	Adm Pública	(34) 3431-1792
Prata	7529708	UBSF ESPERANCA	Adm Pública	(34) 3431-3757
Prata	2145642	UBSF CRUZEIRO DO SUL	Adm Pública	(34) 3431-8742
Prata	2145596	CENTRO DE SAUDE JARDINESIA	Adm Pública	(34) 3258-5008
Prata	2145685	HOSPITAL E MATERNIDADE RENASCER	Adm Pública	(34) 3431-1239
Prata	2145944	CENTRO ODONTOLOGICO	Adm Pública	(34) 3431-8728
Prata	6594182	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DO PRATA MG	Adm Pública	(34) 3431-4424
Prata	7417411	AGENCIA TRANSFUSIONAL DE PRATA	Adm Pública	
Prata	7822596	CAPS I JOAO BATISTA MIGUEL	Adm Pública	(34) 3431-5143
Prata	7854145	POLO ACADEMIA DA SAUDE VITOR MANOEL MANNA	Adm Pública	

TUPACIGUARA

Município	CNES	Nome fantasia	Natureza jurídica	Telefone
Tupaciguara	5776279	PSF DR FLAVIO ULH SOARES	Adm Pública	(34) 3281-0032
Tupaciguara	3121275	UNIDADE PRO SAUDE VO MALAQUIA	Adm Pública	(34) 3281-6535
Tupaciguara	2764873	CASA DE SAUDE SAO LUCAS	ENTIDADES EMPRESARIAIS	(34) 3281-2506
Tupaciguara	3431487	UNIDADE PRO SAUDE NOVA ESPERANCA	Adm Pública	(34) 3281-4616
Tupaciguara	2797542	UNIDADE MISTA DE SAUDE DR JARBAS DE SOUZA	Adm Pública	(34) 3281-1718
Tupaciguara	7554397	PSF PALMERIO ARAUJO COSTA	Adm Pública	(34) 3281-6834
Tupaciguara	2763060	CLINICA ODONTOLOGICA MUNICIPAL	Adm Pública	(34) 3281-1639
Tupaciguara	3121259	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE TUPACIGUARA	Adm Pública	(34) 3281-0077
Tupaciguara	5776546	PSF DR JOSE CARLOS RODRIGUES DA SILVA	Adm Pública	(34) 3281-1385
				(34) 3281-0031
Tupaciguara	7221010	CAPS CENTRO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL TUPACIGUARA	Adm Pública	(34) 3281-6463
Tupaciguara	9330828	FARMACIA DE TODOS DE TUPACIGUARA	Adm Pública	(34) 3281-0026
Tupaciguara	9566848	PSF JOAO DA FARMACIA	Adm Pública	(34) 3281-5962

UBERLÂNDIA

Município	CNES	Nome fantasia	Natureza jurídica	Telefone
Uberlândia	2153017	UAI LUIZOTE DR DOMINGOS PIMENTEL DE ULHOA	Adm Pública	(34) 3223-8005
Uberlândia	3170527	UAI MARTINS DR JOAO FERNANDES DE OLIVEIRA	Adm Pública	(34) 3215-8331
				(34) 3231-0016
Uberlândia	3032191	UAI MORUMBI	Adm Pública	(34) 3226-3325
				(34) 3211-6974
Uberlândia	2152940	UAI PAMPULHA UNIDADE DE ATENDIMENTO INTEGRADO IRMA DULCE	Adm Pública	(34) 3211-8206
				(34) 3226-0335
Uberlândia	2153009	UAI PLANALTO DR TUBAL VILELA DA SILVA	Adm Pública	(34) 3227-8010
				(34) 3226-2384
Uberlândia	2152959	UAI ROOSEVELT DR JOSIAS DE FREITAS	Adm Pública	(34) 3254-8777
				(34) 3223-7006

UBERLÂNDIA

Município	CNES	Nome fantasia	Natureza jurídica	Telefone
Uberlândia	5617286	UAI SÃO JORGE	Adm Pública	(34) 3227-2264
				(34) 3226-7914
Uberlândia	2152967	UAI TIBERY ANICE DIB JATENE	Adm Pública	(34) 3227-8060
				(34) 3213-7735
Uberlândia	2152495	UBS BRASIL	Adm Pública	(34) 3232-3722
Uberlândia	2152584	UBS CUSTODIO PEREIRA	Adm Pública	(34) 3232-4757
Uberlândia	2152592	UBS DONA ZULMIRA	Adm Pública	(34) 3238-1455
Uberlândia	3111075	UBS GUARANI	Adm Pública	(34) 3226-8193
Uberlândia	2152614	UBS NOSSA SENHORA DAS GRACAS	Adm Pública	(34) 3213-1855
Uberlândia	2152576	UBS PATRIMONIO	Adm Pública	(34) 3214-9755
Uberlândia	2152541	UBS SANTA ROSA	Adm Pública	(34) 3215-5134
Uberlândia	2146363	CENTRO DE SAUDE ESCOLA JARAGUA	Adm Pública	(34) 3238-1530
Uberlândia	2152479	UBS TOCANTINS	Adm Pública	(34) 3217-2210
Uberlândia	3032167	UBSF ACLIMACAO	Adm Pública	(34) 3222-8142
Uberlândia	2152517	UBSF ALVORADA	Adm Pública	(34) 3216-3290
Uberlândia	3051617	UBSF AURORA	Adm Pública	(34) 3217-6437
Uberlândia	7523491	UBSF BOM JESUS	Adm Pública	(34) 3232-3722
Uberlândia	5861160	UBSF CAMPO ALEGRE	Adm Pública	(34) 3222-4026
Uberlândia	3009106	UBSF CANAA II	Adm Pública	(34) 3223-4189
Uberlândia	3009092	UBSF CANAA III	Adm Pública	(34) 3227-8723
Uberlândia	2152177	UBSF CRUZEIRO DOS PEIXOTOS	Adm Pública	(34) 3244-9130
Uberlândia	2152525	UBSF DOM ALMIR	Adm Pública	(34) 3212-1277
Uberlândia	2146347	HOSPITAL DO CANCER	Adm Pública	(34) 3218-2188
Uberlândia	3012077	UBSF GRANADA I	Adm Pública	(34) 3210-7540
Uberlândia	3012085	UBSF GRANADA II	Adm Pública	(34) 3255-8288
Uberlândia	2151847	HOSPITAL SANTA MARTA	ENTIDATIDADES EMPRESARIAIS	(34) 3239-2300
Uberlândia	7067771	UBSF GRAVATAS	Adm Pública	(34) 3224-2378
Uberlândia	2152312	UBSF IPANEMA I	Adm Pública	(34) 3211-6276
Uberlândia	5613469	UBSF IPANEMA II	Adm Pública	(34) 3212-3971
Uberlândia	7067836	UBSF JARDIM BOTANICO	Adm Pública	(34) 3223-0680
Uberlândia	7424019	UBSF JARDIM BRASILIA I	Adm Pública	(34) 3237-6330
Uberlândia	7690649	UBSF JARDIM BRASILIA II	Adm Pública	(34) 3210-2609
Uberlândia	7176147	UBSF JARDIM CELIA	Adm Pública	(34) 3219-3675
Uberlândia	3009068	UBSF JARDIM DAS PALMEIRAS I	Adm Pública	(34) 3214-9306
Uberlândia	3009084	UBSF JARDIM DAS PALMEIRAS II	Adm Pública	(34) 3222-5250
Uberlândia	3197727	UBSF JARDIM DAS PALMEIRAS III	Adm Pública	(34) 3217-6835
Uberlândia	7476620	UBSF JARDIM EUROPA	Adm Pública	(34) 3224-8403
Uberlândia	3032183	UBSF JOANA DARC	Adm Pública	(34) 3222-4433
Uberlândia	2152606	UBSF LAGOINHA I E II	Adm Pública	(34) 3226-5367
Uberlândia	5090350	UBSF LARANJEIRAS	Adm Pública	(34) 3223-2202
Uberlândia	7861842	UBSF LUIZOTE DE FREITAS	Adm Pública	(34) 3223-8005
Uberlândia	5090377	UBSF MANSOUR	Adm Pública	(34) 3223-2792
				(34) 3210-2425

UBERLÂNDIA

Município	CNES	Nome fantasia	Natureza jurídica	Telefone
Uberlândia	2152185	UBSF MARTINESIA	Adm Pública	(34) 3244-5150
Uberlândia	7523483	UBSF MINAS GERAIS	Adm Pública	(34) 3227-8401
Uberlândia	2152266	UBSF MORADA NOVA	Adm Pública	(34) 3224-9577
Uberlândia	3439941	UBSF MORUMBI I	Adm Pública	(34) 3217-1130
Uberlândia	5272629	UBSF MORUMBI III	Adm Pública	(34) 3212-9677
Uberlândia	2152533	UBSF MORUMBI IV DR DELIO MENICUCCI	Adm Pública	(34) 3227-2022
Uberlândia	7523505	UBSF MORUMBI V	Adm Pública	(34) 3229-2231
Uberlândia	2152568	UBSF SANTA LUZIA	Adm Pública	(34) 3253-0216
Uberlândia	6601804	HOSPITAL E MATERNIDADE MUNICIPAL DR ODELMO LEAO CARNEIRO	Adm Pública	(34) 3253-5600
Uberlândia	3035158	UBSF SÃO GABRIEL	Adm Pública	(34) 3255-5455
Uberlândia	3012107	UBSF SÃO JORGE I	Adm Pública	(34) 3231-1094
Uberlândia	2152487	UBSF SÃO JORGE II	Adm Pública	(34) 3231-6144
Uberlândia	5362776	UBSF SÃO JORGE IV	Adm Pública	(34) 3227-3145
Uberlândia	7157215	UBSF SÃO JORGE V	Adm Pública	(34) 3227-2578
Uberlândia	5309808	UBSF SÃO JOSE	Adm Pública	(34) 3234-5185
Uberlândia	3197735	UBSF SÃO LUCAS	Adm Pública	(34) 3214-4761
Uberlândia	3018113	UBSF SERINGUEIRAS I	Adm Pública	(34) 3227-4875
Uberlândia	3516873	UBSF SERINGUEIRAS II	Adm Pública	(34) 3231-9554
Uberlândia	3012093	UBSF SHOPPING PARK I	Adm Pública	(34) 3235-1686
Uberlândia	6908616	UBSF SHOPPING PARK II	Adm Pública	(34) 3224-7965
Uberlândia	7044534	UBSF SHOPPING PARK III	Adm Pública	(34) 3224-8035
Uberlândia	5053854	UBSF TAIAMAN I	Adm Pública	(34) 3210-6566
Uberlândia	2146355	HOSPITAL DE CLINICAS DE UBERLANDIA	Adm Pública	(34) 3218-2258
Uberlândia	5090881	UBSF TAIAMAN II	Adm Pública	(34) 3216-6982
Uberlândia	7774230	UBSF TANGARA E RIO DAS PEDRAS	Adm Pública	---
Uberlândia	2152274	UBSF TAPUIRAMA	Adm Pública	(34) 3244-1155
Uberlândia	2152304	UNIDADE DE APOIO SOBRADINHO	Adm Pública	(34) 3233-8800
Uberlândia	2152282	UNIDADE DE APOIO TENDA DO MORENO	Adm Pública	(34) 3259-0124
Uberlândia	2151855	HOSPITAL SANTA CATARINA	ENTIDADES EMPRESARIAIS	(34) 3233-0300
Uberlândia	9755918	UBSF PEQUIS	Adm Pública	(34) 3214-2416
Uberlândia	9779515	UBSF MONTE HEBRON	Adm Pública	(34) 3236-1486
Uberlândia	16454	SIATE PELOTAO OESTE	Adm Pública	
Uberlândia	31577	CEO UAI ROOSEVELT	Adm Pública	(34) 3254-8777
Uberlândia	31585	CEO UAI PAMPULHA	Adm Pública	(34) 3216-5610
Uberlândia	2151855	HOSPITAL SANTA CATARINA ANEXO HMMDOLC	Adm Pública	(34) 3233-0300
Uberlândia	2152258	UBSF MIRAPORANGA	Adm Pública	(34) 3259-0126
Uberlândia	2152290	CENTRO RADIOLOGICO MUNICIPAL	Adm Pública	(34) 3215-7272

UBERLÂNDIA

Município	CNES	Nome fantasia	Natureza jurídica	Telefone
Uberlândia	2152339	AMBULATORIO DE LESOES LABIO PALATAIS	Adm Pública	(34) 3219-8046
Uberlândia	2152363	AMBULATORIO HERBERT DE SOUZA	Adm Pública	(34) 3215-2444
Uberlândia	2152371	CEAI I CENTRO EDUCACIONAL DE ASSISTENCIA INTEGRADA I	Adm Pública	(34) 3212-0513
Uberlândia	2152398	CEAI II CENTRO EDUCACIONAL DE ASSISTENCIA INTEGRADA II	Adm Pública	(34) 3214-2246
Uberlândia	2152401	AMBULATORIO DE OFTALMOLOGIA	Adm Pública	(34) 3237-2215
Uberlândia	2152428	VIGILANCIA SANITARIA UBERLANDIA	Adm Pública	(34) 3213-6152
Uberlândia	2152436	CENTRO DE CONTROLE DE ZONOSSES CCZ	Adm Pública	(34) 3213-2538
Uberlândia	2152444	BROMATOLOGIA	Adm Pública	(34) 3235-5458
Uberlândia	2218720	CAPS I NAPS INFANTIL	Adm Pública	(34) 3210-0046
Uberlândia	2218739	CAPS II NAPS ADULTO	Adm Pública	(34) 3229-2118
Uberlândia	3019284	CAPS OESTE	Adm Pública	(34) 3255-7337
Uberlândia	3019292	CENTRO DE CONVIVENCIA SAUDE MENTAL	Adm Pública	(34) 3227-2070
Uberlândia	3223116	CAPS AD REDE AD	Adm Pública	(34) 3227-8583
Uberlândia	3293130	CRST CENTRO DE REFERENCIA EM SAUDE DO TRABALHADOR	Adm Pública	(34) 3236-5266
Uberlândia	3730026	CENTRO DE ATENCAO AO DIABETICO TIPO 1	Adm Pública	(34) 3219-0811
Uberlândia	6016979	CEAI III CENTRO EDUCACIONAL DE ASSISTENCIA INTEGRADA	Adm Pública	(34) 3219-9292
Uberlândia	6454046	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE UBERLANDIA	Adm Pública	(34) 3214-3577
Uberlândia	6572189	CEAI IV CENTRO EDUCACIONAL DE ASSISTENCIA INTEGRADA AO IDOSO	Adm Pública	(34) 3238-6969
Uberlândia	7167369	CAPS LESTE	Adm Pública	(34) 3232-4466
Uberlândia	7239815	CENTRAL DE REGULACAO DO ACESSO DE UBERLANDIA	Adm Pública	(34) 3215-6319
Uberlândia	7542585	CER CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITACAO	Adm Pública	(34) 3211-4013
Uberlândia	7932340	CENTRO DE REF PRATICAS INTEGRATIVAS COMPLEMENTARES EM SAUDE	Adm Pública	(34) 3229-7772
Uberlândia	9444920	UBSF MARTA HELENA I	Adm Pública	(34) 3212-4255
Uberlândia	9496742	UBS LUIZOTE	Adm Pública	(34) 3223-8005
Uberlândia	9496769	UBS PAMPULHA	Adm Pública	(34) 3211-8206
Uberlândia	9496777	UBS TIBERY	Adm Pública	(34) 3227-8060
Uberlândia	9685588	UBSF MARTA HELENA II	Adm Pública	(34) 3236-3531

UBERLÂNDIA

Município	CNES	Nome fantasia	Natureza jurídica	Telefone
Uberlândia	9686940	UBS MARTINS	Adm Pública	(34) 3215-8331
Uberlândia	9801790	PROGRAMA MELHOR EM CASA	Adm Pública	(34) 3213-4219
Uberlândia	9899251	CENTRAL DE REGULACAO SIATE	Adm Pública	193
Uberlândia	9899367	SIATE PELOTAO RONDON USA	Adm Pública	(34) 3218-7105
Uberlândia	9908153	SIATE PELOTAO RONDON USB	Adm Pública	(34) 3218-7105
Uberlândia	9908218	SIATE PELOTAO SAO JORGE	Adm Pública	(34) 3236-8488
Uberlândia	9908226	SIATE PELOTAO DISTRITO INDUSTRIAL	Adm Pública	(34) 3226-0352
Uberlândia	9908234	SIATE PELOTAO CENTRO I	Adm Pública	(34) 3214-4334
Uberlândia	9911421	SIATE PELOTAO CENTRO II	Adm Pública	(34) 3214-4334
Uberlândia	9986545	UBS ROOSEVELT	Adm Pública	(34) 3254-8777
Uberlândia	9996478	UBS PLANALTO	Adm Pública	(34) 3227-8010

*** Este documento é obrigatório para a realização do transporte de retorno do paciente. Caso não seja preenchido o mesmo permanecerá na Unidade de destino.**



**SAMU
192**

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

NEP CISTRI
Núcleo de Educação Permanente

TERMO DE DOAÇÃO/EMPRÉSTIMO MEDICAMENTOS

O Consórcio Público Intermunicipal de Saúde da Rede de Urgência e Emergência da Macrorregião Triângulo Norte - CISTRI, vem através deste documentar a DOAÇÃO do medicamento citado abaixo:

Unidade de Saúde responsável pela doação:

Município: _____

_____ampolas de _____ Laboratório

Lote: _____ Validade: _____

Responsável pela entrega: _____

Responsável pelo recebimento

CISTRI/SAMU: _____

Assinatura do farmacêutico/coordenador CISTRI:

_____, ____/____/____



SAMU
192

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

NEP CISTRI
Núcleo de Educação Permanente

REQUISIÇÃO DE MATERIAIS

REQUISIÇÃO DE MATERIAIS - SAÍDAS

DESTINO:

DATA:

RESPONSÁVEL PELO PEDIDO:

RESPONSÁVEL PELA ENTREGA:

ITEM	VALOR UNIT.	VALIDADE	QUANT.	UNIDADE

ESPAÇO RESERVADO PARA OBSERVAÇÕES

OBS 1: NÃO RASURE A REQUISIÇÃO QUE SERÁ ASSINADA E ENVIADA AO SETOR DE ESTOQUE.

OBS 2: CASO NÃO HAJA CARIMBO DE IDENTIFICAÇÃO DO NOME, A ASSINATURA DEVE SER ESCRITA EM LETRA LEGÍVEL.

FERNANDO MATOS (SUPERVISOR DE ALMOX. E PATRIM.)

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO



**Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte**

CISTR



Responsável pela base: _____ Data: ____/____/____