

PREFEITURA MUNICIPAL DE PAULA FREITAS, ESTADO DO PARANÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

PROTOCOLO DE URGÊNCIA EMERGÊNCIA

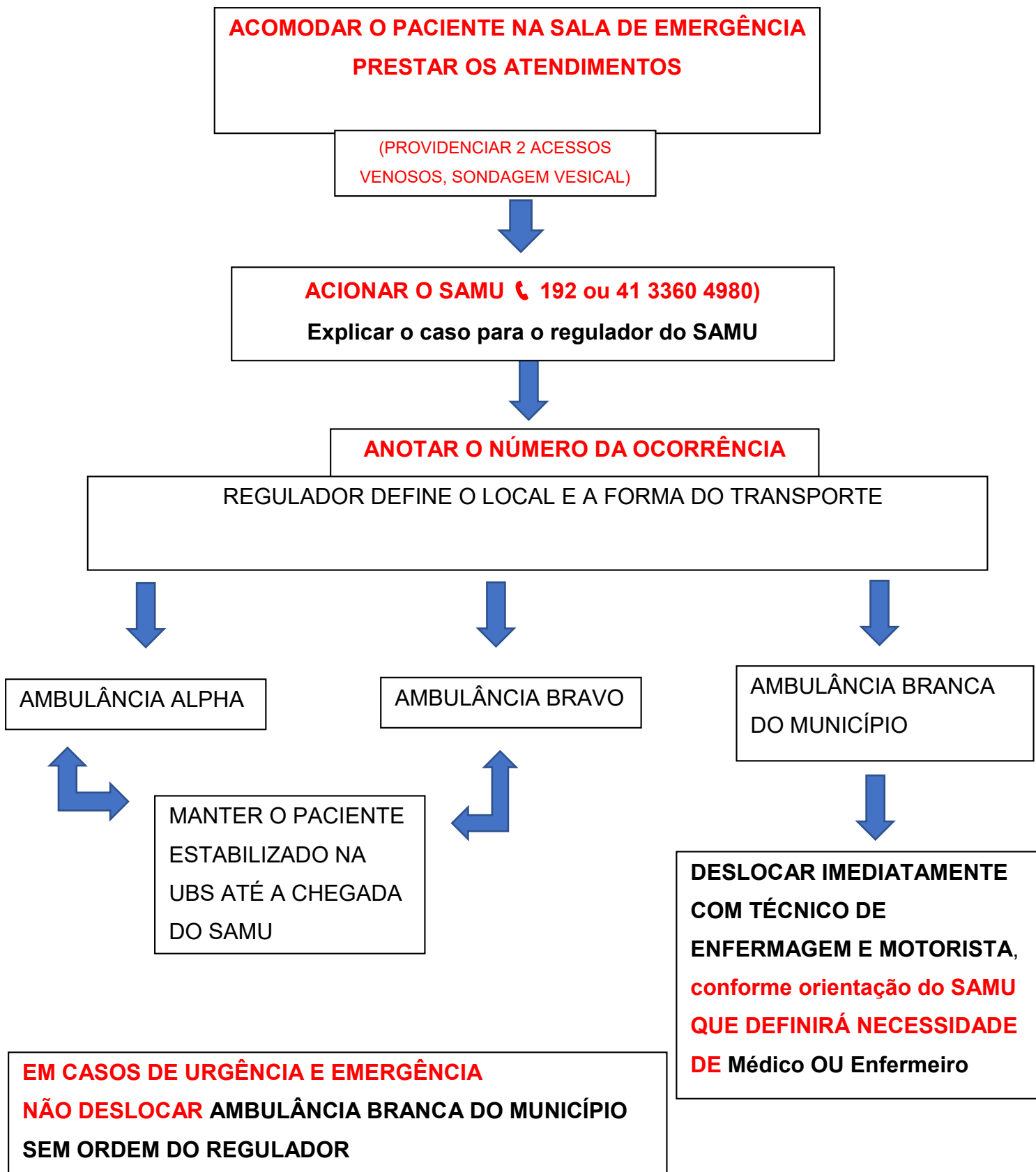


PAULA FREITAS-PR
Outubro/2025

MUNICÍPIO DE PAULA FREITAS

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Fluxograma Frente ao caso de Urgência/Emergência na UBS





MUNICÍPIO DE PAULA FREITAS

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CARACTERÍSTICAS GERAIS DO MUNICÍPIO

Paula Freitas localiza-se na região sul do Paraná.

Mapa

A seguir, localização geográfica do município de Paula Freitas dentro do Estado do Paraná.



Fonte: IPARDES.

Posição Geográfica (2016)

Informação	Valor
Latitude	26°13'12" S
Longitude	50°56'05" W
Altitude	757 metros
Região	Sul do Paraná
Área Total	425,546 km ²

Referências: IBGE, IPARDES, setor de planejamento municipal.

Limites do Município

Paula Freitas faz divisa com:

- Norte, nordeste e leste: Paulo Frontin



MUNICÍPIO DE PAULA FREITAS

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

- Sudeste, sul e sudoeste: Estado de Santa Catarina
- Oeste e noroeste: União da Vitória



FONTE: IPARDES

NOTA: Base Cartográfica ITCG (2010).

Principais Rodovias

As principais rodovias que cortam Paula Freitas são a Br 476 e a Br 153.

Municípios Abrangentes da 6ª Regional de Saúde



Fonte: SESA - Paraná

Distância Média do Centro de Referência da Região e da Capital

Município de Referência	Distância
União da Vitória (Atendimentos de Urgência e Emergência e a Linha Cuidado Materno Infantil)	22,2km, cerca de 22 minutos de viagem
Curitiba	212km, cerca de 3h de viagem

Fonte: DVGAS/6ªRS/2021

Rede de Urgência e Emergência



Atualmente Paula Freitas já possui sua base descentralizada do SAMU ativa em pleno funcionamento prestando atendimentos, da qual foi inaugurada no dia 15 de maio de 2025.

Não possuímos Pronto Atendimento e nem sala de estabilização, as urgências e emergências são atendidas nas UBS, para estabilização até chegada do SAMU para transferência para Hospitais da Região conforme regulação.

ACIDENTE POR ANIMAIS PEÇONHENTOS

ACIDENTE ARACNÍDICO



ARANHA MARROM (LOXOSCELES)

A PICADA É QUASE SEMPRE IMPERCEPTÍVEL.

FORMA CUTÂNEA



LESÃO INCARACTERÍSTICA

Bolha de conteúdo seroso, edema, calor e rubor, com ou sem dor em queimação.



LESÃO SUGESTIVA

Endurecimento, equimose, bolha e dor em queimação.



LESÃO CARACTERÍSTICA

Dor em queimação, lesões hemorrágicas focais, áreas pálidas de isquemia (placa marmorée) e necrose).

FORMA CUTÂNEO-VISCERAL (HEMOLÍTICA)



Além do comprometimento cutâneo, observam-se manifestações clínicas decorrentes da hemólise intravascular como anemia, icterícia e hemoglobinúria, que se instalam geralmente nas primeiras 24h. Petéquias e equimoses, relacionadas à coagulação intravascular disseminada (CIVD). Pode evoluir para insuficiência renal aguda.

ACIDENTE LEVE

- Lesão incharacterística;
- Sem comprometimento do estado geral.

TRATAMENTO DOMICILIAR

- Compressa fria;
- Limpeza local;
- analgésicos:
- Dipirona 500mg/ml;
- Paracetamol 500mg ou 200mg/ml;
- Ibuprofeno 600mg;
- Antihistamínicos:
- Loratadina 10mg;
- Dexclorfeniramina 2mg/5ml.

+
Orientar retorno imediato se piora do quadro

**SOROTERAPIA:

- Antes da aplicação, investigar quadro de hipersensibilidade; Infundir medicação IV em 20-60min;
- Volume máx para crianças: 20ml/kg/h;
- Paciente deve ficar em observação por no mínimo 2h após aplicação.

ACIDENTE MODERADO

- Lesão provável ou característica com placa marmorée < 3cm;
- Com ou sem comprometimento do estado geral;

TRATAMENTO DOMICILIAR

- Compressa fria;
- Limpeza local;
- Sintomáticos:
- Dipirona 500mg/ml;
- Paracetamol 500mg ou 200mg/ml;
- Ibuprofeno 600mg
- Prednisona 1mg/kg/dia (máx 60mg) ou Prednisolona 1mg/kg/dia para crianças.

+
ACIONAR CIATOX (Centro de Informação e Assistência Toxicológica) **0800-410148**

- Referenciar para à APS para Reavaliação a cada 24h nas primeiras 72h do acidente.

+
Orientar retorno imediato se piora do quadro

ACIDENTE GRAVE

- Lesão característica com placa marmorée > 3cm;
- Com ou sem comprometimento do estado geral;
- Sem sinal de hemólise.

EXAMES LABORATORIAIS:
Hemograma, bilirrubinas total e frações, gama-GT, creatinina, ureia, eletrólitos, TAP, KPTT, CPK, TGO, PCR, desidrogenase láctica-DHL, parcial de urina.

+
ACIONAR CIATOX (Centro de Informação e Assistência Toxicológica) **0800-410148**

MANEJO CLÍNICO*

TRATAMENTO ESPECÍFICO

- Soro Antiloxoscélico (SALOX) ou Soro Antiaracnídico (SAAR) 5 ampolas IV.

HOSPITALAR

FORMA CUTÂNEO-VISCERAL (HEMOLÍTICA)

ACIONAR SAMU

EXAMES LABORATORIAIS:

Hemograma, bilirrubinas total e frações, gama-GT, creatinina, ureia, eletrólitos, TAP, KPTT, CPK, TGO, PCR, desidrogenase láctica-DHL, parcial de urina.

+
ACIONAR CIATOX (Centro de Informação e Assistência Toxicológica) **0800-410148**

*MANEJO CLÍNICO

- MONITORIZAR DADOS VITAIS
- HIDRATAÇÃO: SF 0,9% 20-30ml/kg. Repetir conforme necessidade. Cuidado com cardiopatas e nefropatas;
- SINTOMÁTICOS:
- DIPIRONA 500MG/ML IV OU IM 15mg/kg/dose;
- CETOPROFENO 100MG/ML IM (adultos);
- CORTICOTERAPIA:
- PREDNISONA 1mg/kg/dia (máx 60mg) ou PREDNISOLONA 1mg/kg/dia
- SE IMPOSSIBILIDADE DE MEDICAÇÃO VO: METILPREDNISOLONA IV 40MG de 6/6h (máx 160mg/dia) ou 2mg/kg/dia DE 12/12H.

TRATAMENTO ESPECÍFICO**

- Soro Antiloxoscélico (SALOX) ou Soro Antiaracnídico (SAAR) 10 ampolas IV.

EXAMES COM SINAIS DE HEMÓLISE?

NÃO

SIM

ACIDENTE POR ANIMAIS PEÇONHENTOS

ACIDENTE ARACNÍDICO



ARANHA ARMADEIRA (PHONEUTRIA)

QUADRO CLÍNICO

- **LOCAL:**
 - A DOR É IMEDIATA E DE FORTE INTENSIDADE, PODENDO SE IRRADIAR ATÉ A RAIZ DO MEMBRO ACOMETIDO;
 - EDEMA NÃO ENDURECIDO, ERITEMA, SUDORESE LOCAL, PARESTESIA E A MARCA DOS DOIS PONTOS DE INOCULAÇÃO;
 - PODE SER OBSERVADA A PRESENÇA DE FASCICULAÇÕES MUSCULARES LOCAIS;
 - EXTREMIDADES SÃO MAIS AFETADAS.
- **SISTÊMICOS:**
 - SUDORESE PROFUSA, TAQUICARDIA, HIPERTENSÃO ARTERIAL, PROSTRACÃO, VÔMITOS, ALTERAÇÃO DO RITMO CARDÍACO E/OU RESPIRATÓRIO, PALIDEZ, PRIAPISMO, CONVULSÕES, DIARREIA, ESTERTORES À AUSCULTA PULMONAR (INDICATIVO DE PROVÁVEL EDEMA PULMONAR);
 - SINAIS SUGESTIVOS DE CHOQUE, COMO EXTREMIDADES FRIAS, ENCHIMENTO CAPILAR LENTO, CIANOSE DE EXTREMIDADES, DIMINUIÇÃO DA AMPLITUDE DO PULSO.

ACIDENTE LEVE

Essencialmente, manifestações locais: dor, edema, eritema, irradiação, sudorese, parestesia.
Eventualmente, taquicardia e agitação secundárias à dor.

OBSERVAÇÃO POR 6 HORAS

+
MANEJO CLÍNICO*

+
ACIONAR CIATOX (Centro de Informação e Assistência Toxicológica) 0800-410148

Após observação por 6 horas

TRATAMENTO DOMICILIAR

- Compressa fria;
- Limpeza local;
- analgésicos:
 - Dipirona 500mg/ml;
 - Paracetamol 500mg ou 200mg/ml;
 - Ibuprofeno 600mg;
 - Codeína 30mg

+
Orientar retorno imediato se piora do quadro

NÃO USAR ANTIHISTAMÍNICOS BLOQUEADORES H1

ACIDENTE MODERADO

Quadro local podendo se associar à sudorese, taquicardia, vômitos ocasionais, agitação, hipertensão arterial.

ACIONAR SAMU

+
ACIONAR CIATOX (Centro de Informação e Assistência Toxicológica) 0800-410148

+
EXAMES LABORATORIAIS GERAIS
Hemograma, PCR, glicose, gasometria, eletrólitos, creatinina, parcial de urina, Raio-x de tórax, eletrocardiograma

+
MANEJO CLÍNICO*

+
SOROTERAPIA**:

- SORO ANTIARACNÍDICO- SAAR
- SOMENTE SE CRIANÇA < 7 ANOS: 3 AMPOLAS IV

ACIDENTE GRAVE

Prostração, sudorese profusa, hipotensão, priapismo, diarreia, bradicardia, arritmias cardíacas, dispneia, contraturas, convulsões, cianose, edema pulmonar (EAP), choque.

ACIONAR SAMU

+
ACIONAR CIATOX (Centro de Informação e Assistência Toxicológica) 0800-410148

+
EXAMES LABORATORIAIS GERAIS
Hemograma, PCR, glicose, gasometria, eletrólitos, creatinina, parcial de urina, Raio-x de tórax, eletrocardiograma

+
MANEJO CLÍNICO*

+
SOROTERAPIA**:

- SORO ANTIARACNÍDICO- SAAR
- 6 AMPOLAS IV

*MANEJO CLÍNICO

A PRINCIPAL TERAPÉUTICA CONSISTE EM ALÍVIO DA DOR

- **ANALGESIA SIMPES:**
 - DIPIRONA 500MG/ML IV OU IM 15mg/kg/dose 6/6H
 - CETOPROFENO 100MG/ML IM (adultos) 12/12H
- **ESCALONAMENTO ANALGÉSICO 1:**
 - TRAMADOL 50MG IV OU 1-2mg/kg (CRIANÇAS) 8/8H
- **ESCALONAMENTO ANALGÉSICO 2:**
 - MORFINA 2,5-10MG OU 0,1-0,2mg/kg/dose A CADA 4-6H.
- **INFILTRAÇÃO ANESTÉSICA:**
 - BLOQUEIO ANESTÉSICO LOCAL OU TRONCULAR COM LIDOCAÍNA 2% SEM VASOCONSTRICTOR.
 - CRIANÇAS: 0,5-1ML;
 - ADULTOS: 1-4ML;
 - PODE REPETIR A DOSE CASO NECESSÁRIO;
 - DOSE MÁX: 2mg/kg/dia;
 - DURAÇÃO DA ANALGESIA: 2-8H.

NÃO USAR ANTIHISTAMÍNICOS BLOQUEADORES H1

**SOROTERAPIA:

- Antes da aplicação, investigar quadro de hipersensibilidade; Infundir medicação IV em 20-60min;
- Volume máx para crianças: 20ml/kg/h;

ACIDENTE POR ANIMAIS PEÇONHENTOS

ACIDENTE ESCORPIÔNICO

QUADRO CLÍNICO

- **LOCAL:**
 - DOR LOCAL (ARDOR, QUEIMAÇÃO OU AGULHADA);
 - PODE SER ACOMPANHADA POR PARESTESIAS, COM PIORA DA INTENSIDADE À PALPAÇÃO E IRRADIAR-SE PARA A RAIZ DO MEMBRO ACOMETIDO.
 - DISCRETO ERITEMA E EDEMA, PODENDO OBSERVAR SUDORESE E PILOEREÇÃO LOCAL
 - **SISTÊMICOS:**
 - NOS ACIDENTES MODERADOS E GRAVES, PRINCIPALMENTE EM CRIANÇAS, APÓS MINUTOS ATÉ POUCAS HORAS (2-3H), PODEM SURTIR MANIFESTAÇÕES SISTÊMICAS;
 - GERAIS: HIPO OU HIPERtermia E SUDORESE PROFUSA;
 - DIGESTIVAS: NÁUSEAS, VÔMITOS, SIALORREIA, DOR ABDOMINAL, DIARREIA;
 - RESPIRATÓRIAS: TAQUIPNEIA, DISPNEIA E EDEMA AGUDO DE PULMÃO (EAP);
 - NEUROLÓGICAS: AGITAÇÃO, SONOLÊNCIA, CONFUSÃO MENTAL, HIPERTONIA E TREMORES.
- A GRAVIDADE DO QUADRO DEPENDE DE VÁRIOS FATORES COMO ESPÉCIE E TAMANHO DO ANIMAL AGRESSOR, QUANTIDADE DE VENENO INOCULADO, NÚMERO DE PICADAS, MASSA CORPORAL DA VÍTIMA E SENSIBILIDADE AO VENENO, TEMPO DECORRIDO ENTRE O ACIDENTE E O TEMPO DE ATENDIMENTO MÉDICO.

OBS: EM CURITIBA É MUITO COMUM O ESCORPIÃO PRETO (*Bothriurus bonariensis*), O QUAL APRESENTA VENENO COM BAIXA TOXICIDADE, PODENDO OCORRER DOR LOCAL E MANIFESTAÇÕES DE HIPERSENSIBILIDADE, OU O PACIENTE APRESENTAR-SE ASSINTOMÁTICO. O TRATAMENTO É SINTOMÁTICO COM ANALGÉSICOS E ANTI-HISTAMÍNICOS.

ACIDENTE LEVE

- Dor local;
- Eventualmente taquicardia (secundária à dor).

ACIONAR CIATOX (Centro de Informação e Assistência Toxicológica) 0800-410148

+ MANEJO CLÍNICO* (SE NECESSÁRIO)

TRATAMENTO DOMICILIAR

- Compressa MORNIA;
- Limpeza local;
- analgésicos:
- Dipirona 500mg/ml;
- Paracetamol 500mg ou 200mg/ml;
- Ibuprofeno 600mg;
- Codeína 30mg
- Antihistamínicos:
- Loratadina 10mg;
- Dexclorfeniramina 2mg/5ml.

+ Orientar retorno imediato se piora do quadro

**SOROTERAPIA:

- Antes da aplicação, investigar quadro de hipersensibilidade; Infundir medicação IV em 20-60min;
- Volume máx para crianças: 20ml/kg/h;

ACIDENTE MODERADO

- Dor intensa;
- Manifestações sistêmicas: vômitos ocasionais, sudorese, agitação, taquicardia, taquipneia, hipertensão arterial, hipoglicemia.

↓ SAMU

+ ACIONAR CIATOX (Centro de Informação e Assistência Toxicológica) 0800-410148

+ EXAMES LABORATORIAIS GERAIS
Hemograma, PCR, glicose, gasometria, eletrólitos, creatinina, parcial de urina, Raio-x de tórax, eletrocardiograma

+ MANEJO CLÍNICO*

+ SOROTERAPIA**:

SORO ANTIARACNÍDICO- SAAR ou SORO ANTIESCORPIÔNICO- SAEES

- 2-3 ampolas IV

ACIDENTE GRAVE

- Dor intensa;
- Manifestações sistêmicas: sudorese profusa, vômitos incoercíveis, EAP, bradicardia, arritmia cardíaca, hipoglicemia.

↓ SAMU

+ ACIONAR CIATOX (Centro de Informação e Assistência Toxicológica) 0800-410148

+ EXAMES LABORATORIAIS GERAIS
Hemograma, PCR, glicose, gasometria, eletrólitos, creatinina, parcial de urina, Raio-x de tórax, eletrocardiograma

+ MANEJO CLÍNICO*

+ SOROTERAPIA**:

SORO ANTIARACNÍDICO- SAAR ou SORO ANTIESCORPIÔNICO- SAEES

- 4-6 ampolas IV

*MANEJO CLÍNICO

A PRINCIPAL TERAPÊUTICA CONSISTE EM ALÍVIO DA DOR

- **ANALGESIA SIMPES:**
 - DIPIRONA 500MG/ML IV OU IM 15mg/kg/dose 6/6H
 - CETOPROFENO 100MG/ML IM (adultos) 12/12H
- **ESCALONAMENTO ANALGÉSICO 1:**
 - TRAMADOL 50MG IV OU 1-2mg/kg (CRIANÇAS) 8/8H
- **ESCALONAMENTO ANALGÉSICO 2:**
 - MORFINA 2,5-10MG OU 0,1-0,2mg/kg/dose A CADA 4-6H.
- **INFILTRAÇÃO ANESTÉSICA:**
 - BLOQUEIO ANESTÉSICO LOCAL OU TRONCULAR COM LIDOCAÍNA 2% SEM VASOCONSTRICTOR.
 - CRIANÇAS: 0,5-1ML;
 - ADULTOS: 1-4ML;
 - PODE REPETIR A DOSE CASO NECESSÁRIO;
 - DOSE MÁX: 2mg/kg/dia;
 - DURAÇÃO DA ANALGESIA: 2-8H.

ACIDENTE POR ANIMAIS PEÇONHENTOS

ACIDENTE POR LEPDÓPTEROS



TATURANA (LONOMIA)

QUADRO CLÍNICO

- **LOCAL:**
 - DEPENDEM DA INTENSIDADE E EXTENSÃO DO CONTATO;
 - DOR LOCAL INTENSA EM QUEIMADURA, EDEMA, ERITEMA, EVENTUALMENTE PRURIDO LOCAL;
 - INFARTO GANGLIONAR REGIONAL.
 - **SÍNDROME HEMORRÁGICA POR CONTATO COM LONOMIA:**
 - ALTA INCIDÊNCIA NA REGIÃO SUL, PRINCIPALMENTE NOS MESES DE NOVEMBRO A ABRIL;
 - CEFALEIA HOLOCRAIANA, MAL-ESTAR GERAL, NÁUSEAS, VÔMITOS, ANSIEDADE, MIALGIA, DOR ABDOMINAL, HIPOTERMIA, HIPOTENSÃO;
 - EM 1-48H: DISCRASIA SANGUÍNEA COM OU SEM MANIFESTAÇÕES HEMORRÁGICAS, QUE APARECEM DE 8 A 72H APÓS O CONTATO;
 - EQUIMOSES, HEMATOMAS DE APARECIMENTO ESPONTÂNEO OU PROVOCADOS POR TRAUMAS OU EM LESÕES CICATRIZADAS, HEMORRAGIAS DE CAVIDADE MUCOSA, HEMATÚRIA, SANGRAMENTOS EM FERIDAS RECENTES, HEMORRAGIAS INTRA-ARTICULARES, ABDOMINAIS, PULMONARES, GLANDULARES E HEMORRAGIA INTRAPARENQUIMATOSA CEREBRAL;
- SENDO A LAGARTA NÃO IDENTIFICADA OU IDENTIFICADA COMO *Lonomia sp*, DEVE-SE VERIFICAR A PRESENÇA DE HEMORRAGIAS E ALTERAÇÃO NA COAGULAÇÃO (TEMPO DE COAGULAÇÃO)

ACIONAR CIATOX 08000-410148

+ EXAMES LABORATORIAIS

Hemograma, TAP, KPTT, ureia, creatinina, tempo de coagulação, parcial de urina

ACIDENTE LEVE

- Dor imediata;
- Sensação de queimadura;
- Edema local;
- Sem alteração do estado geral;
- Tempo de coagulação normal.

TRATAMENTO DOMICILIAR

- Orientar sinais de possível sangramento;
- Compressas frias;
- Limpeza local;
- Analgésicos:
 - Dipirona 500mg/ml;
 - Paracetamol 500mg ou 200mg/ml;
 - Ibuprofeno 600mg;
 - Codeína 30mg
- Antihistamínicos:
 - Loratadina 10mg;
 - Dexclorfeniramina 2mg/5ml.
- Corticoterapia:
 - Dexametasona tópica;
 - Medicação VO se reação alérgica importante: Prednisona 1mg/kg/dia (máx 60mg) ou Prednisolona 1mg/kg/dia para crianças.

Retorno diário na UPA para reavaliação e realização de coagulograma a cada 24h até completar 72h do acidente.

ACIDENTE MODERADO

- Dor imediata;
- Sensação de queimadura;
- Edema local;
- Náuseas, vômitos, mal-estar, febre;
- Sangramento de pele e mucosas (hematomas gengivais);
- Sem risco de vida;
- Tempo de coagulação alterado.

ACIONAR PROTOCOLO DO SAMU 192

+ MANEJO CLÍNICO*

ACIDENTE GRAVE

- Dor imediata;
- Sensação de queimadura;
- Edema local;
- Sangramento visceral (melena, hemorragia intracraniana e outros);
- Risco de vida;
- Tempo de coagulação alterados;
- Exames de função renal alterados.

ACIONAR PROTOCOLO DO SAMU 192



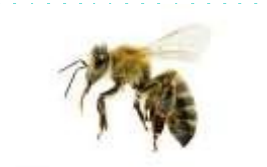


+ MANEJO CLÍNICO*

*MANEJO CLÍNICO

- MANTER PACIENTE EM REPOUSO E EVITAR TRAUMAS;
- COAGULOGRAMA A CADA 12H;
- MONITORIZAR DADOS VITAIS;
- **HIDRATAÇÃO:**
 - SF 0,9% 20-30ml/kg. Repetir conforme necessidade. Cuidado com cardiopatas e nefropatas;
- **ANALGESIA SIMPES:**
 - DAPIRONA 500MG/ML IV OU IM 15mg/kg/dose 6/6H
 - CETOPROFENO 100MG/ML IM (adultos) 12/12H
- **ESCALONAMENTO ANALGÉSICO 1:**
 - TRAMADOL 50MG IV OU 1-2mg/kg (CRIANÇAS) 8/8H
- **ESCALONAMENTO ANALGÉSICO 2:**
 - MORFINA 2,5-10MG OU 0,1-0,2mg/kg/dose A CADA 4-6H.
- **INFILTRAÇÃO ANESTÉSICA:**
 - BLOQUEIO ANESTÉSICO LOCAL OU TRONCULAR COM LIDOCAÍNA 2% SEM VASOCONSTRICTOR.
- **ANTIFIBRINOLÍTICO:**
 - ÁCIDO TRANEXÂMICO 50MG/ML - 500MG IV (50MG/MIN)

ACIDENTE POR ANIMAIS PEÇONHENTOS

OUTROS INSETOS

TIPO DE ACIDENTE/ ANIMAL	CARACTERÍSTICA	MANIFESTAÇÃO CLÍNICA	TRATAMENTO
<p>LYCOSA OU ARANHA DE JARDIM</p> 	<ul style="list-style-type: none"> Frequentes e não costumam constituir problema de saúde pública; Diagnóstico diferencial do loxoscelismo. 	<ul style="list-style-type: none"> Pequena repercussão clínica; Reação local da picada, com dor local discreta, edema e eritema leves. Pode ocorrer necrose superficial no local, mas sem consequências. 	<ul style="list-style-type: none"> Compressa fria; Limpeza local; analgésicos: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Dipirona 500mg/ml; ➤ Paracetamol 500mg ou 200mg/ml; ➤ Ibuprofeno 600mg; Antihistamínicos: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Loratadina 10mg; ➤ Dexclorfeniramina 2mg/5ml. Corticoterapia: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Dexametasona tópica;
<p>OUTROS LEPDÓPTEROS LAGARTAS (TATURANAS, MANDORAVÁ,...)</p> 	<p>Devido a possibilidade de acidente hemorrágico por lonomia, todo paciente que não levar a lagarta ou se houver dúvidas na identificação, deve ser monitorado com controle e observação até 2 dias após o contato. Paciente deve retornar ao serviço médico se apresentar sangramento nesse período</p>	<p>DERMATITE URTICANTE</p> <ul style="list-style-type: none"> Dependem da intensidade e extensão do contato; Dor local intensa em queimação, edema, eritema, prurido local, podendo evoluir para vesiculações; Pode ocorrer infarto ganglionar regional; Raramente ocorre mal-estar, náuseas, vômitos e diarreia; Quadro regride totalmente em 2-3 dias; 	<ul style="list-style-type: none"> Orientar sinais de possível sangramento; Compressas frias; Limpeza local; analgésicos: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Dipirona 500mg/ml; ➤ Paracetamol 500mg ou 200mg/ml; ➤ Ibuprofeno 600mg; ➤ Codeína 30mg Antihistamínicos: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Loratadina 10mg; ➤ Dexclorfeniramina 2mg/5ml. Corticoterapia: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Dexametasona tópica; ➤ Medicação VO se reação alérgica importante: Prednisona 1mg/kg/dia (máx. 60mg) ou Prednisolona 1mg/kg/dia para crianças.
<p>ABELHAS</p>  <p>VESPAS</p>  <p>FORMIGAS</p> 	<p>o veneno destes insetos induz uma resposta imune responsável por hipersensibilidade em alguns indivíduos e pelo início da reação alérgica. São agentes bloqueadores neuromusculares e possuem poderosa ação hemolítica, além de propriedades antiarrítmicas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Manifestações locais: dor aguda local, hiperemia, prurido e edema por várias horas ou dias; Manifestações regionais: eritema, prurido, edema flogístico que evolui para endurecimento local que aumenta em 24-48h, diminuindo nos dias subsequentes; Manifestações sistêmicas: anafilaxia com início rápido (2-3min após picada). Cefaleia, vertigem, calafrios, agitação psicomotora, sensação de opressão torácica, dispneia, taquipneia, diarreia. 	<ul style="list-style-type: none"> Remoção dos ferrões: nos acidentes causados por enxame, a retirada dos ferrões da pele deverá ser feita por raspagem com lâmina e não pelo pinçamento de cada um deles, pois a compressão poderá espremer a glândula ligada ao ferrão e inocular ainda mais veneno; SE ANAFILAXIA: <ul style="list-style-type: none"> • adrenalina 1:1000: 0,3 a 0,5ml IM ou 0,01 ml/kg/dose IM • metilprednisolona 500mg: 125mg IV ou 2mg/kg/dose • prometazina 50mg: 25mg IM ou 0,5mg/kg/dose • salbutamol 100mcg/dose: se broncoespasmo SEM SINAIS DE ANAFILAXIA: <ul style="list-style-type: none"> • Compressas frias; • Limpeza local; • analgésicos: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Dipirona 500mg/ml; ➤ Paracetamol 500mg ou 200mg/ml; ➤ Ibuprofeno 600mg; ➤ Codeína 30mg • Antihistamínicos: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Loratadina 10mg; ➤ Dexclorfeniramina 2mg/5ml. • Corticoterapia: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Dexametasona tópica; ➤ Medicação VO se reação alérgica importante: Prednisona 1mg/kg/dia (máx. 60mg) ou Prednisolona 1mg/kg/dia para crianças.

ACIDENTE POR ANIMAIS PEÇONHENTOS

ACIDENTE POR OFÍDIOS



JARARACA (*Bothrops*)- BOTRÓPICO

QUADRO CLÍNICO

- **LOCAL:**
 - DOR, EDEMA E QUIMOSE NA REGIÃO DA PICADA QUE PODE PROGREDIR AO LONGO DO MEMBRO;
 - BOLHAS COM CONTEÚDO SEROSO OU SERO-HEMORRÁGICO PODEM SURTIR E ORIGINAR ÁREAS DE NECROSE, PODENDO OCORRER INFECÇÃO SECUNDÁRIA;
 - INFECÇÕES COMO ABSCESSO, CELULITE E ERISPELA NA REGIÃO DA PICADA PODEM OCORRER PRINCIPALMENTE NOS CASOS MODERADOS OU GRAVES;
 - COMPLICAÇÕES LOCAIS: SÍNDROME COMPARTIMENTAL, ABSCESSO, NECROSE.
- **SISTÊMICOS:**
 - SANGRAMENTOS EM PELE E MUCOSAS SÃO COMUNS (GENGIVORRAGIA, EQUIMOSES A DISTÂNCIA DO LOCAL DA PICADA).
 - HEMATÚRIA, HEMATÊMESE E ENTERORRAGIA, BEM COMO SANGRAMENTOS EM SISTEMA NERVOSO CENTRAL, HIPOTENSÃO E CHOQUE SÃO RAROS.
 - INJÚRIA RENAL AGUDA (IRA) MULTIFATORIAL: AÇÃO DIRETA DO VENENO, RABDOMIÓLISE, DESIDRATAÇÃO OU HIPOTENSÃO ARTERIAL E CHOQUE;
 - SEPTICEMIA.

**SOROTERAPIA:

- Antes da aplicação, investigar quadro de hipersensibilidade; Infundir medicação IV em 20-60min;
- Volume máx para crianças: 20ml/kg/h;
- O controle da eficácia do SAB deve ser realizado pela determinação do tempo de coagulação 12 e 24h após o término da aplicação, com indicação de soroterapia complementar (2 ampolas de SAB) nos casos de incoagulabilidade no exame de 12h/ou qualquer alteração da coagulação nos exames de 24h.

CLÍNICA DE ENVENENAMENTO BOTRÓPICO?

NÃO

SEM CLÍNICA DE ENVENENAMENTO NA ADMISSÃO, PODENDO APRESENTAR, OU NÃO, MARCA DA MORDIDA, COM DOR E EDEMA DISCRETOS OU AUSENTES (DEVIDO APENAS A LESÃO DA MORDIDA)

OBSERVAÇÃO POR 12 HORAS

EVOLUIU PARA CLÍNICA DE ENVENENAMENTO?

NÃO

ALTA DOMICILIAR

SIM

SIM

ACIONAR CIATOX (Centro de Informação e Assistência Toxicológica) 0800-410148

+ EXAMES LABORATORIAIS
Hemograma, TAP, KPTT, tempo de coagulação, ureia, creatinina, parcial de urina,

ACIDENTE LEVE

- Edema, eritema e dor discretos;
- Manifestações sistêmicas ausentes;
- Tempo de coagulação normal ou alterado.

ACIONAR SAMU

+ MANEJO CLÍNICO*

+ SOROTERAPIA**

SORO ANTIBOTRÓPICO (SAB) 3 AMPOLAS IV.

ACIDENTE MODERADO

- Edema, eritema e dor evidentes, atingindo segmento superior;
- Manifestações sistêmicas ausentes ou sinais de hemorragias;
- Tempo de coagulação normal ou alterado.

ACIONAR SAMU

+ MANEJO CLÍNICO*

+ SOROTERAPIA**

SORO ANTIBOTRÓPICO (SAB) 6 AMPOLAS IV.

ACIDENTE GRAVE

- Manifestações locais intensas (equimose, bolhas, necrose);
- Manifestações sistêmicas presentes: hipotensão, choque, hemorragia grave, IRA.
- Tempo de coagulação normal ou alterado, Alteração da função renal.

ACIONAR SAMU

+ MANEJO CLÍNICO*

+ SOROTERAPIA**

SORO ANTIBOTRÓPICO (SAB) 12 AMPOLAS IV.

*MANEJO CLÍNICO

- Repouso e elevação do membro acometido;
- Não fazer curativos compressivos;
- Remoção de adornos (anel, pulseira, relógio) do membro acometido;
- Evitar puncionar acesso venoso no membro acometido;
- Monitorizar dados vitais;
- Controle de débito urinário;
- Profilaxia do tétano para todos;
- HIDRATAÇÃO: SF 0,9% 20-30ml/kg. Repetir conforme necessidade. Cuidado com cardiopatas e nefropatas;
- SINTOMÁTICOS:
 - DIPIRONA 500MG/ML IV OU IM 15mg/kg/dose;
 - CETOPROFENO 100MG/ML IM (adultos);
- **ESCALONAMENTO ANALGÉSICO 1:**
 - TRAMADOL 50MG IV OU 1-2mg/kg (CRIANÇAS) 8/8h;
- ANTIBIOTICOTERAPIA: Somente se evidência de infecção secundária

ACIDENTE POR ANIMAIS PEÇONHENTOS

ACIDENTE POR OFÍDIOS

CASCAVEL (*Crotalus*)- CROTÁLICO



QUADRO CLÍNICO

- **LOCAL:**
 - Podem ser encontradas as marcas das presas, edema e eritema discretos;
 - Não há dor, ou se existe, é de pequena intensidade;
 - Parestesia local ou regional, que pode persistir por tempo variável, podendo ser acompanhada de edema discreto ou eritema no ponto da picada;
- **SISTÊMICOS:**
 - GERAIS: mal-estar, sudorese, náuseas, vômitos, cefaleia, xerostomia, prostração, sonolência ou agitação;
 - NEUROLÓGICAS: "fáscies miastênica" - ver figura ao lado- (ptose palpebral uni ou bilateral, flacidez da musculatura da face, oftalmoplegia e dificuldade de acomodação visual- visão turva ou diplopia- e midríase). pode ocorrer dificuldade de deglutição, diminuição do reflexo do vômito, alteração do olfato e paladar;
 - MUSCULARES: mialgia, rabdomiólise, mioglobinúria;
 - DISTÚRBIOS DA COAGULAÇÃO: aumento do tempo de coagulação, pequenos sangramentos (gengivorragia);
 - MANIFESTAÇÕES POUCO FREQUENTES: insuficiência respiratória aguda, fasciculações e paralisia de grupos musculares.



Fáscies miastênica

ACIONAR CIATOX (Centro de Informação e Assistência Toxicológica) 0800-410148

EXAMES LABORATORIAIS

Hemograma, creatinina, ureia, eletrólitos, TAP, KPTT, CPK, TGO, TGP, PCR, desidrogenase láctica-DHL, tempo de coagulação, gasometria, parcial de urina.

ACIDENTE LEVE

- Nenhuma reação local ou edema e parestesia discretos;
- Fáscies miastênica discreta;
- Mialgia discreta ou ausente;
- Tempo de coagulação normal ou alterado.

ACIONAR SAMU

+ MANEJO CLÍNICO*

+ SOROTERAPIA

SORO ANTICROTÁLICO (SAC) OU SORO ANTIBOTRÓPICO-CROTÁLICO (SABC) 5 AMPOLAS IV.

ACIDENTE MODERADO

- Nenhuma reação local ou edema e parestesia discretos;
- Fáscies miastênica evidente;
- Mialgia;
- Tempo de coagulação normal ou alterado.

ACIONAR SAMU

+ MANEJO CLÍNICO*

+ SOROTERAPIA

SORO ANTICROTÁLICO (SAC) OU SORO ANTIBOTRÓPICO-CROTÁLICO (SABC) 10 AMPOLAS IV..

ACIDENTE GRAVE

- Nenhuma reação local ou edema e parestesia discretos;
- Fáscies miastênica evidente;
- Mialgia evidente;
- Aligúria ou anúria;
- Insuficiência respiratória;
- Tempo de coagulação normal ou alterado. Alteração da função renal.

ACIONAR SAMU

+ MANEJO CLÍNICO*

+ SOROTERAPIA

SORO ANTICROTÁLICO (SAC) OU SORO ANTIBOTRÓPICO-CROTÁLICO (SABC) 20AMPOLAS IV.

*MANEJO CLÍNICO

- Repouso e elevação do membro acometido;
- Remoção de adornos (anel, pulseira, relógio) do membro acometido;
- Evitar puncionar acesso venoso no membro acometido;
- Monitorizar dados vitais;
- Suporte ventilatório conforme necessidade;
- Controle de débito urinário;
- HIDRATAÇÃO: SF 0,9% 20-30ml/kg. Repetir conforme necessidade (até débito urinário 1-2ml/kg/h em criança e 30/40ml/h em adultos). Cuidado com cardiopatas e nefropatas;

• SINTOMÁTICOS:

- DIPIRONA 500MG/ML IV OU IM 15mg/kg/dose;
- CETOPROFENO 100MG/ML IM (adultos);
- SE OLIGÚRIA:
 - FUROSEMIDA IV 1ml/kg/dose em crianças e 40mg/dose no adulto;
- ALCALINIZAÇÃO DA URINA:
 - Manter pH urinário > 6,5;
- BICARBONATO DE SÓDIO 8,4% 150ml + sf 0,9% 850ml. Iniciar com 200 a 300 ml iv/h e monitorar ph sérico (deve estar > 7,5).

ACIDENTE POR ANIMAIS PEÇONHENTOS

ACIDENTE POR OFÍDIOS



CORAL VERDADEIRA (*Micrurus*)- ELAPÍDICO

QUADRO CLÍNICO

- **LOCAL:**
 - MANIFESTAÇÕES LOCAIS COSTUMAM SER DISCRETAS;
 - MARCA DAS PRESAS PODE OU NÃO SER ENCONTRADA;
 - PARESTESIA E DOR NO LOCAL DA MORDIDA, DE INTENSIDADE VARIÁVEL, COM TENDÊNCIA A PROGRESSÃO PROXIMAL;
- **SISTÊMICOS:**
 - SÍNDROME MIASTÊNICA AGUDA, SEMELHANTE A MIASTENIA GRAVIS. SURTEM POUCAS HORAS APÓS O ACIDENTE (1-3H);
 - PTOSE PALPEBRAL BILATERAL, SIMÉTRICA E ASSIMÉTRICA, COM OU SEM LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS OCULARES;
 - DIFICULDADE DA ACOMODAÇÃO VISUAL;
 - OFTALMOPLEGIA, MIDRIASE, ANISOCORIA E NISTAGMO;
 - DIFICULDADE PARA DEGLUTIR E MASTIGAR, COM SIALORREIA;
 - DIMINUIÇÃO DO REFLEXO DO VÔMITO E PTOSE MANDIBULAR;
 - DIFICULDADE PARA SE MANTER NA POSIÇÃO ERETA, PARA SE LEVANTAR DA CAMA OU PARA DEAMBULAR, POR DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR, PODENDO EVOLUIR PARA PARALISIA TOTAL DOS MEMBROS;
 - DISPNEIA RESTRITIVA E OBSTRUTIVA, RESPECTIVA POR PARALISIA DA MUSCULATURA TORÁCICA INTERCOSTAL E POR ACÚMULO DE SECREÇÕES, PODENDO EVOLUIR PARA PARALISIA DIAFRAGMÁTICA;
 - PARALISIAS GENERALIZADAS, DISESTESIAS, FASCICULAÇÕES MUSCULARES, DIFICULDADE PARA FALAR, DISFONIA, AFONIA, PARALISIA FACIAL, ESTRIDOR LARÍNGEO, HIPEREMIA CONJUNTIVAL, NÁUSEAS, VÔMITOS, CEFALEIA, INCONTINÊNCIA URINÁRIA TRANSITÓRIA, DOR ABDOMINAL, DOR TORÁCICA, SUDORESE PROFUSA, TONTURAS, EUFORIA.

TOOS OS ACIDENTES POR CORAL COM MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS DEVEM SER CONSIDERADOS POTENCIALMENTE GRAVES.

ACIONAR CIATOX (Centro de Informação e Assistência Toxicológica) 0800-410148

+ EXAMES LABORATORIAIS

Hemograma, creatinina, ureia, eletrólitos, TAP, KPTT, CPK, TGO, TGP, PCR, tempo de coagulação, gasometria, parcial de urina.

ACIDENTE LEVE

Presença de manifestações locais como parestesia e dor de intensidade variável com ou sem irradiação

ACIONAR SAMU
+
OBSERVAÇÃO POR 24H

EVOLUIU COM
SINAIS DE
MIASTENIA?

SIM

NÃO

ALTA DOMICILIAR

ACIDENTE MODERADO

além das manifestações locais, que podem estar ausentes, manifestações indicativas de uma miastenia aguda como ptose palpebral, diminuição objetiva da força muscular, porém sem sinais de paralisia.

ACIONAR SAMU
+
MANEJO CLÍNICO*
+
SOROTERAPIA**
SORO ANTIELAPÍDICO(SAEIa) 5 AMPOLAS IV

ACIDENTE GRAVE

Sinais de fraqueza muscular intensa e paralisia evidentes, como dificuldade para se levantar da cama e para deambular, disfagia e sialorreia, respiração superficial até paralisia respiratória.

ACIONAR PROTOCOLO DO SAMU 33604980
+
MANEJO CLÍNICO*
+
SOROTERAPIA**
SORO ANTIELAPÍDICO(SAEIa) 10 AMPOLAS IV

*MANEJO CLÍNICO

- Monitorizar dados vitais;
- Controle de débito urinário;
- HIDRATAÇÃO: SF 0,9% 20-30ml/kg. Repetir conforme necessidade (até débito urinário 1-2ml/kg/h em criança e 30/40ml/h em adultos). Cuidado com cardiopatas e nefropatas;
- **SE SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA:**
 - Ventilar com bolsa válvula-máscara e proceder intubação orotraqueal (IOT) e ventilação mecânica.
- SINTOMÁTICOS:
 - DIPIRONA 500MG/ML IV OU IM 15mg/kg/dose;
 - CETOPROFENO 100MG/ML IM (adultos);
- ESCALONAMENTO ANALGÉSICO 1:
 - TRAMADOL 50MG IV OU 1-2mg/kg (CRIANÇAS) 8/8H;

**SOROTERAPIA:

- Antes da aplicação, investigar quadro de hipersensibilidade; Infundir medicação IV em 20-60min;
- Volume máx para crianças: 20ml/kg/h;

• Fonte: SMS curitiba, 2025

Disponível em:

<https://saude.curitiba.pr.gov.br/conteudo/atendimento-adulto/1470>

1. ARRITMIAS CARDÍACAS

QUEIXAS CLÍNICAS:

- TONTURA
- SÍNCOPE
- CONFUSÃO MENTAL
- REBAIXAMENTO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA
- ATIVIDADES MOTORES ESPONTÂNEAS (PODE SIMULAR CONVULSÃO)
- DOR TORÁCICA
- DISPNEIA
- PALPITAÇÕES

EXAME FÍSICO:

PA AFERIDA NOS DOIS MMSS/
GLICEMIA CAPILAR/
FREQUÊNCIA CARDÍACA/
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA/
SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO/
ESCALA DE COMA DE
GLASGOW/ PULSO DISTAL/
AUSCULTA PULMONAR/
AUSCULTA CARDÍACA

ELETROCARDIOGRAMA

- PRESENÇA OU NÃO DA ONDA P, SUA FREQUÊNCIA E MORFOLOGIA
- INTERVALO P-R
- CORRELAÇÃO ENTRE AS ONDAS P E COMPLEXOS QRS
- PRESENÇA DE BLOQUEIOS DE RAMO OU DE DIVISÕES DE RAMOS

CUIDADOS PARA TODO PACIENTE COM ARRITMIA CARDÍACA

- MONITORIZAÇÃO: FC, PA, MONITOR CARDÍACO E OXÍMETRO
- O₂ EM CATETER NASAL: SE HIPÓXIA
- ACESSO VENOSO CALIBROSO

REGISTRAR ALTERAÇÃO DE TRAÇADO ELETROCARDIOGRÁFICO ANTES DAS MEDIDAS NECESSÁRIAS (GUARDAR ECG/ FOTO DO MONITOR-CARDÍACO)

1.1 BRADIARRITMIAS

DEFINIÇÃO DE BRADIARRITMIA INSTÁVEL:

SOMENTE SE OS CRITÉRIOS A SEGUIR OCORREREM DEVIDO À ARRITMIA.

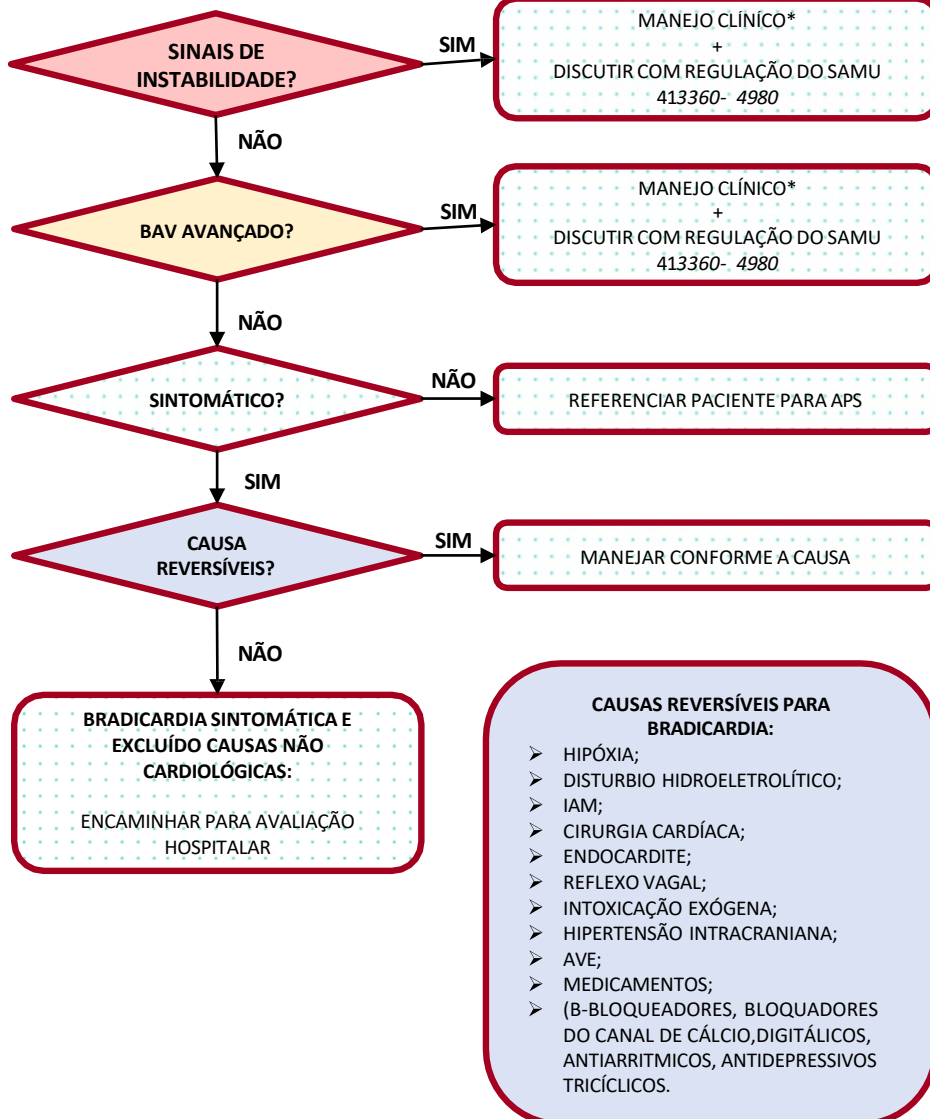
- HIPOTENSÃO, CHOQUE, MÁ PERFUSÃO PERIFÉRICA;
- DOR TORÁCICA;
- DISPNEIA;
- ESTADO MENTAL AGUDAMENTE ALTERADO ;
- SÍNCOPE;

*MANEJO CLÍNICO

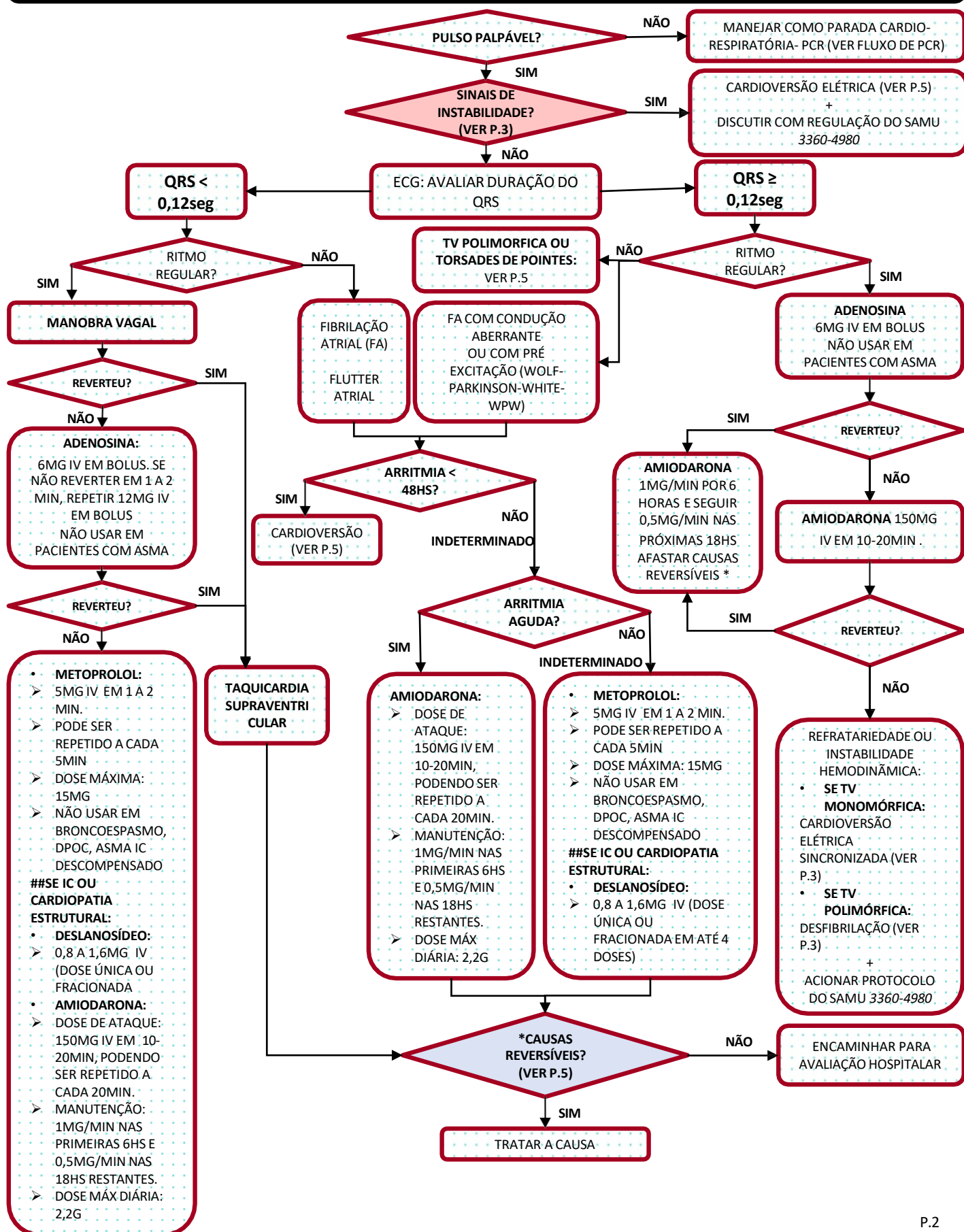
- **ATROPINA:**
 - 0,5MG IV A CADA 3-5MIN (DOSE MÁX: 3MG);
 - ÚTIL EM BAV 1ºGRAU OU 2ºGRAU MOBITZ II;
 - EM MOBITZ II OU BAVT, SOMENTE SE QRS ESTREITO;
 - NÃO USAR EM QRS ALARGADO;
- **DOPAMINA OU EPINEFRINA:**
 - INDICADA QUANDO NÃO RESPONDE À ATROPINA OU EM QRS ALARGADO;
 - 5-20MCG/KG/MIN EM BIC;
- **MARCA-PASSO PROVISÓRIO TRANSCUTÂNEO:**
 - INDICADO QUANDO NÃO RESPONDER AS TENTATIVAS ANTERIORES;
 - SEDAÇÃO COM MIDAZOLAM (3 A 5MG IV). CUIDADO COM DEPRESSÃO RESPIRATÓRIA;
 - FALHA EM 30 A 40% DOS PACIENTES PROVISÓRIO;

BLOQUEIO ATRIOVENTRICULAR (BAV) AVANÇADO?

- BAV MOBITZ II;
- BAV 2:1; 3:1 E 4:1;
- BAVT (BLOQUEIO ATRIOVENTRICULAR TOTAL);
- FIBRILAÇÃO ATRIAL (FA) COM BAVT: BRADICARDIA IMPORTANTE (FC < 40Bpm) E ECG COM RITMO REGULAR, SEM ONDA P;



1.2 TAQUIARRITMIAS



1.2 TAQUIARRITMIAS

DEFINIÇÃO DE TAQUIARRITMIA INSTÁVEL:

SOMENTE SE OS CRITÉRIOS A SEGUIR OCORREREM DEVIDO À ARRITMIA.

- HIPOTENSÃO, CHOQUE, MÁ PERFUSÃO PERIFÉRICA;
- DOR TORÁCICA;
- DISPNEIA;
- ESTADO MENTAL AGUDAMENTE ALTERADO;
- SÍNCOPE.

CAUSAS REVERSÍVEIS PARA TAQUICARDIA:

- HIPÓXIA;
- DISTÚRBO HIDROELETROLÍTICO;
- IAM;
- TEP;
- HEMORRAGIA DIGESTIVA;
- HIPOVolemia;
- FEOCROMOCITOMA;
- HIPERTIREOIDISMO;
- SÍNDROME DO PÂNICO;
- DROGAS ILÍCITAS (COCAÍNA);
- SEPSE;
- INSUFICIÊNCIA CARDÍACA;
- VALVOPATIAS;
- USO DE ANTIARRITMICOS.

SINAIS DE INSTABILIDADE

- **MONITORIZAÇÃO:** FC, PA, MONITOR CARDÍACO E OXÍMETRO
- **O₂ EM CATETER NASAL:** SE HIPÓXIA
- **ACESSO VENOSO CALIBROSO**
- **EQUIPAMENTO PARA ASPIRAÇÃO**
- **EQUIPAMENTO DE INTUBAÇÃO**

PRÉ MEDICAÇÃO SEMPRE QUE POSSÍVEL:

- **ANALGESIA:**
 - MORFINA: 1 A 2MG IV
 - FENTANIL: 1 A 2 MCG/KG IV
- **SEDAÇÃO:**
 - MIDAZOLAM: 3 A 5MG EM BOLUS. REPETIR ATÉ SEDAÇÃO ADEQUADA

ENERGIA DE CHOQUE PARA CARディオVERSÃO ELÉTRICA:

- **QRS ESTREITO REGULAR:** 50 A 100J MONO OU BIFÁSICO;
- **QRS ESTREITO IREGULAR:** 120-200J BIFÁSICO OU 200J MONOFÁSICO;
- **QRS LARGO REGULAR:** 100J MONO OU BIFÁSICO;
- **QRS LARGO IREGULAR:** CARGA DE DESFIBRILAÇÃO (SEM SINCRONIZAÇÃO).

- **TAQUICARDIA SUPRAVENTRICULAR FLUTTER**

FIBRILAÇÃO ATRIAL

TV MONOMÓRFICA

TV POLIMÓRFICA

TORSADES DE POINTES

DOSE DE ENERGIA MONOFÁSICA ESCALONADA (OU EQUIVALENTE DE ENERGIA BIFÁSICA): 50J, 100J, 200J, 300J, 360J

DOSE DE ENERGIA MONOFÁSICA ESCALONADA (OU EQUIVALENTE DE ENERGIA BIFÁSICA): 200J, 300J, 360J

DOSE DE ENERGIA MONOFÁSICA ESCALONADA (OU EQUIVALENTE DE ENERGIA BIFÁSICA): 100J, 200J, 300J, 360J

DOSE SEMELHANTE A DESFIBRILAÇÃO (NÃO SINCRONIZADA)

- **SE INSTABILIDADE DESFIBRILAÇÃO**
- **SE ESTÁVEL:** SULFATO DE MAGNÉSIO 10% 1 A 2g EM 5 A 20MIN, SEGUIDO DE MAIS 2g EM 15MIN SE NECESSÁRIO. PODE-SE AINDA FAZER 3-20MG/MIN EM BIC

ATENÇÃO:

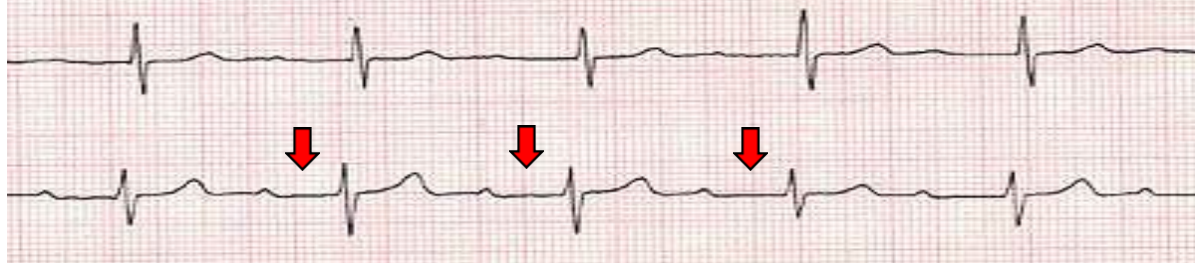
- FIQUE ATENTO PARA A POSSÍVEL NECESSIDADE DE RESSINCRONIZAR O EQUIPAMENTO APÓS CADA CARディオVERSÃO
- SE HOUVER DEMORA NA SINCRONIZAÇÃO E O QUADRO CLÍNICO FOR CRÍTICO, APLIQUE CHOQUE NÃO SINCRONIZADO IMEDIATAMENTE.

1.3 ARRITMIAS CARDÍACAS

TRAÇADOS ELETROCARDIOGRÁFICOS

BLOQUEIO ATRIOVENTRICULAR (BAV) 1º GRAU

CADA ONDA P SEGUE-SE UM COMPLEXO QRS, MAS O INTERVALO P-R ESTÁ AUMENTANDO (>0,2 SEGUNDOS)



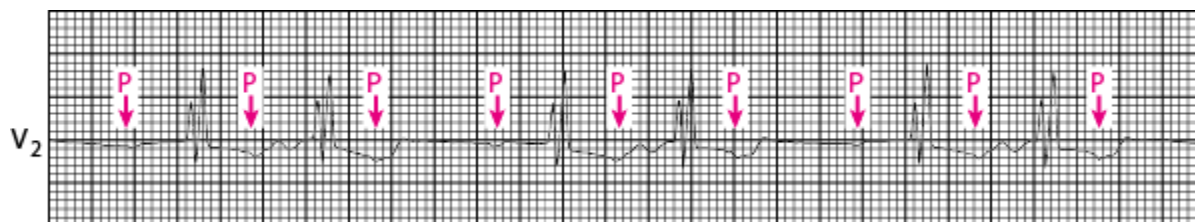
BLOQUEIO ATRIOVENTRICULAR (BAV) 2º GRAU – MOBITZ I

O INTERVALO P-R AUMENTA PROGRESSIVAMENTE, ATÉ QUE UMA ONDA P É BLOQUEADA E NÃO É CONDUZIDA (NÃO É ACOMPANHADA DE COMPLEXO QRS)



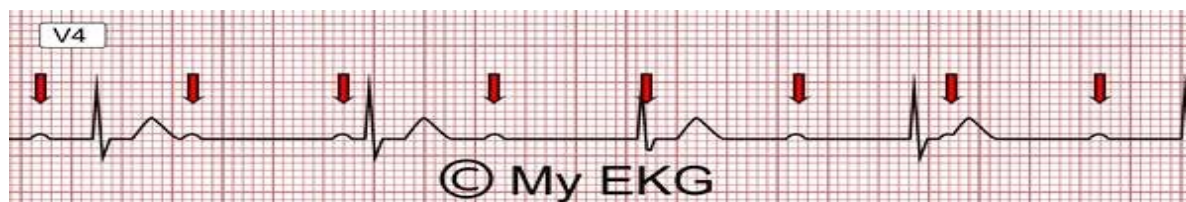
BLOQUEIO ATRIOVENTRICULAR (BAV) 2º GRAU – MOBITZ II

O INTERVALO P-R PERMANECE CONSTANTE. OS BATIMENTOS SÃO INTERMITENTEMENTE NÃO CONDUZIDOS E HÁ FALHA DE COMPLEXOS QRS, GERALMENTE EM UM CICLO REPTIDO A CADA 3 (BLOQUEIO 3:1) OU 4 (BLOQUEIO 4:1) ONDAS P.



BLOQUEIO ATRIOVENTRICULAR (BAV) 3º GRAU OU TOTAL – BAVT

DISSOCIAÇÃO COMPLETA ENTRE A DESPOLARIZAÇÃO VENTRICULAR ATRIAL E A DESPOLARIZAÇÃO VENTRICULAR. EXISTEM ONDAS P E COMPLEXOS QRS, PORÉM SEM ASSOCIAÇÃO

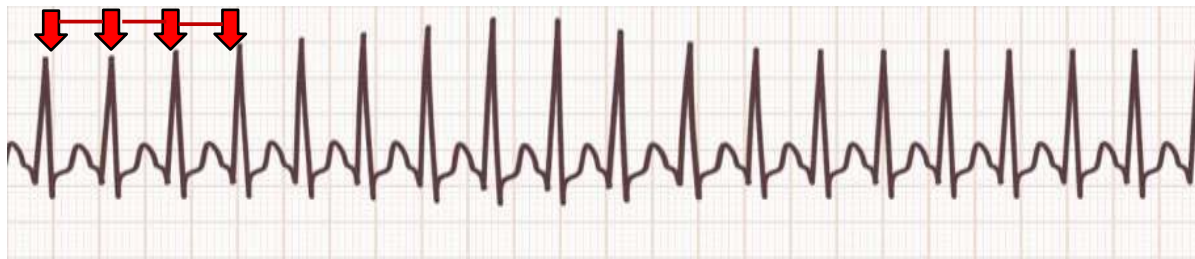


ARRITMIAS CARDÍACAS

TRAÇADOS ELETROCARDIOGRÁFICOS

TAQUICARDIA SUPRAVENTRICULAR

FC PRÓXIMA A 180Bpm, INTERVALO R-R REGULAR, SEM ONDA P OU COM PR>RP E RP< 0,8SEG



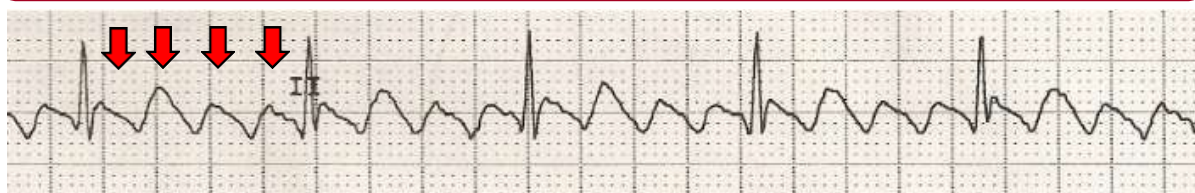
FIBRILAÇÃO ATRIAL

Múltiplos focos de reentrada atrial com altíssima frequência atrial. BAV variável, intervalo R-R irregular e FC ~ 180 bpm.



FLUTTER ATRIAL

condução para o ventrículo com bloqueio 2:1 no NAV (FC ~ 150 bpm) e, em geral, R-R regular.



TAQUICARDIA COM CONDUÇÃO ABERRANTE (SD. WOLF-PARKINSON-WHITE)

No ECG sem arritmia, podemos identificar um P-R curto (< 0,12 seg.) e a onda delta, causada pela despolarização inicial dos ventrículos pelo feixe anômalo que não tem o retardo do NAV, mas com período refratário maior que o NAV



ARRITMIAS CARDÍACAS

TRAÇADOS ELETROCARDIOGRÁFICOS

TAQUICARDIA VENTRICULAR MONOMÓRFICA

QRS largo, R-R regular



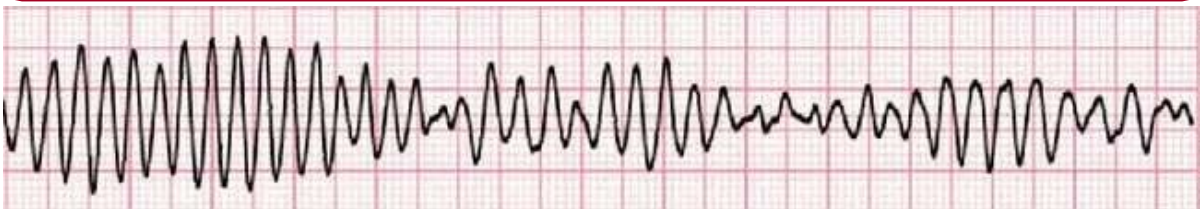
TAQUICARDIA VENTRICULAR POLIMÓRFICA

Morfologia de QRS e R-R variáveis



TORSADES DE POINTES

É uma forma específica de TV polimórfica em pacientes com um intervalo QT longo. Se caracteriza por complexos QRS irregulares rápidos, que parecem estar se contorcendo em torno da linha de base do eletrocardiograma



ASPIRAÇÃO DE CORPO ESTRANHO

- HISTÓRIA DE ASPIRAÇÃO DE CORPO ESTRANHO;
- TEMPO DESDE A ASPIRAÇÃO;
- DEFINIR TIPO, FORMA TAMANHO DO CORPO ESTRANHO;

SINAIS DE ALERTA

- CIANOSE;
- DISPNEIA;
- AFONIA/ DISFONIA;
- TOSSE INCONTROLÁVEL;
- ESTRIDOR;
- ASFIXIA/ HIPÓXIA.
- PARADA RESPIRATÓRIA.

SINAIS DE ALERTA?

SIM

SE PACIENTE INCONSCIENTE:

- DECÚBITO DORSAL;
- TENTAR VISUALIZAR E RETIRAR MANUALMENTE;
- LARINGOSCOPIA PARA VISUALIZAÇÃO DE CORPO ESTRANHO;
- SE NECESSÁRIO, INICIAR RCP (VER FLUXO DE PARADA CARDIORESPIRATÓRIA).

SE PACIENTE CONSCIENTE :

- MANOBRA DE DESOBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS SUPERIORES ADAPTADA À FAIXA ETÁRIA (HEIMLICH).

DISCUTIR COM REGULAÇÃO DO SAMU
3360-4980

CASO NÃO OCORRA DESOBSTRUÇÃO DA VIA AÉREA SUPERIOR APÓS MANOBRAS.

NÃO

OBSTRUÇÃO PARCIAL DE VIA AÉREA INFERIOR?

SIM

CADASTRAR NA CLM
+
MANEJO CLÍNICO*

NÃO

SINAIS DE OBSTRUÇÃO PARCIAL DE VIA AÉREA INFERIOR

- **CLÍNICA:**
 - TOSSE;
 - SIBILOS;
 - DIMINUIÇÃO DE SONS RESPIRATÓRIOS.
- **RAIO-X TORAX:**
 - HIPERINSUFLAÇÃO;
 - ATELECTASIA;
 - CONSOLIDAÇÕES;
 - CORPO ESTRANHO RADIOPACO;
 - NORMAL.

CORPO ESTRANHO EM NARINAS

TENTAR RETIRADA MANUALMENTE
(PINÇAS, LAVAGEM COM SF, AR COMPRIMIDO, ...)

RETIROU CORPO ESTRANHO??

SIM

ALTA DOMICILIAR COM HIGIENE LOCAL

NÃO

ENCAMINHAR PARA AVALIAÇÃO HOSPITALAR

*MANEJO CLÍNICO:

- ACESSO VENOSO;
- O2 SUPLEMENTAR SE NECESSÁRIO (CUIDADO PARA NÃO VENTILAR COM PRESSÃO POSITIVA);
- MONITORAR DADOS VITAIS;
- **HIDRATAÇÃO:**
 - SF 0,9% 20ML/Kg EM 30 MIN, REPETINDO CONFORME NECESSIDADE;
- **SINTOMÁTICOS:**
 - DIPIRONA 500MG/ML: 15Mg/Kg/DOSE IV OU IM, SE FEBRE OU DOR;
- **SE SIBILOS:**
 - SALBUTAMOL 100MCG/DOSE;
 - PREDNISONA 20MG OU PREDNISOLONA 3MG/ML VO;
 - OU
 - METILPREDNISOLONA 1-2MG/KG 6/6H;
- **ANTIBIOTICOTERAPIA:**
 - SE > 6 H DE EVOLUÇÃO;
 - CEFTRIAXONA 1G: 2 G IV OU 100MG/KG/DOSE 24/24H.

ASSISTÊNCIA AO TRABALHO DE PARTO NA UPA

CONTRAÇÕES UTERINAS DOLORAS, REGULARES EM TEMPO, INTENSIDADE E EM DURAÇÃO.
+
AMNIOREXE

AFERIR DADOS VITAIS.
VERIFICAR IDADE GESTACIONAL.
AVALIAR OS BATIMENTOS CARDIO-FETAIS (BCF).
COLOCAR PACIENTE EM DECÚBITO LATERAL ESQUERDO

TOQUE VAGINAL

- Avaliar integridade das membranas fetais, caso estas estejam rotas, definir há quanto tempo e descrever o aspecto do líquido amniótico;
- Avaliar se existe sangramento vaginal e sua característica;
- Avaliar a dilatação, o comprimento, a consistência, a posição e o apagamento cervical, a altura da apresentação, a situação, a posição e a apresentação fetal.

CALCULAR ESCORE DE MALINAS

ESCORE/ VALOR	NÚMERO DE PARTOS PRÉVIOS	DURAÇÃO DO TRABALHO DE PARTO	DURAÇÃO DAS CONTRAÇÕES	INTERVALO ENTRE 2 CONTRAÇÕES	TEMPO DE AMNIOREXE
0	1	< 3 HORAS	< 1 MINUTO	> 5 MINUTOS	NEGA
1	2	3 A 5 HORAS	1 MINUTO	3 A 5 MINUTOS	RECENTE (< 1 HORA)
2	> 2	> 6 HORAS	> 1 MINUTO	< 3 MIN (AO MENOS 2 EM 5 MIN)	> 1 HORA

ESCORE < 5

ORIENTAR PROCURAR MATERNIDADE DE REFERÊNCIA.

(AVALIAR RISCO SOCIAL E NECESSIDADE DE ACIONAR CTS PARA TRANSPORTE)

ESCORE ENTRE 5 E 7

CONTATO COM MATERNIDADE DE REFERÊNCIA* E ACIONAR SAMU 192

- DEITAR PACIENTE EM DECÚBITO LATERAL ESQUERDO.
- ACESSO VENOSO PERIFÉRICO.
- VERIFICAR BCF A CADA 20 MIN.
- AVALIAR DINÂMICA UTERINA (CONTRATILIDADE, INTENSIDADE E FREQUÊNCIA DAS CONTRAÇÕES)

ESCORE > 7

PERÍODO EXPULSIVO?

NÃO

SIM

*MATERNIDADE DE REFERÊNCIA DE ACORDO COM A CARTERINHA/UBS DA GESTANTE

PERÍODO EXPULSIVO DO TRABALHO DE PARTO:

- DILATAÇÃO TOTAL DO COLO (10 cm);
- ESFORÇO EXPULSIVO MATERNO (PUXOS);
- SENSAÇÃO DE PREENCHIMENTO RETAL;
- O BEBÊ TORNA-SE VISÍVEL/ PALPÁVEL.

PREPARO DA EQUIPE PARA PARTO IMINENTE:

- TRANQUILIZAR A GESTANTE; FRASES DE INCENTIVO/APOIO; GARANTIR PRIVACIDADE;
- ESTIMULAR RESPIRAÇÃO CONTROLADA;
- EVITAR TOQUES VAGINAIS FORA DA CONTRAÇÃO UTERINA;
- VERIFICAR BCF A CADA 5 MIN;
- REALIZAR MANOBRA PARA DESPRENDIMENTO FETAL.
- AVALIAR RESPIRAÇÃO DO BEBÊ/ CHORO;
- AQUECER, SECAR E COLOCAR O BEBÊ EM CONTATO PELE A PELE COM O MÃE O MAIS RÁPIDO POSSÍVEL;
- ESPERAR 1 A 2 MIN PARA CLAMPEAR CORDÃO UMBILICAL;
- APLICAR OCITOCINA 10UI IM NA MÃE;
- REALIZAR TRAÇÃO CONTROLADA DO CORDÃO ATÉ DEQUITAÇÃO COMPLETA;
- ENCAMINHAR PLACENTA EM UM SACO PARA MATERNIDADE JUNTO COM MÃE E BEBÊ.
- APLICAR VITAMINA K 1 mg IM NO RECÉM NASCIDO.

ACIONAR SAMU 192 PARA TRANSFERÊNCIA APÓS O PARTO E CONTATO COM A MATERNIDADE DE REFERÊNCIA*

SE GESTAÇÃO ≤ 34 SEMANAS: SOLICITAR AMBULÂNCIA NEONATAL

ACIDENTE VASCULAR CELEBRAL

- Instalação súbita (em 1 minuto) de déficit neurológico focal relacionado a um território vascular.
- Divide-se em dois grandes grupos baseados na fisiopatologia de lesão dos vasos: AVC isquêmico (AVCi) e AVC hemorrágico (AVCh).

1 Fatores de Risco:

✓ HAS	✓ Afro-americano
✓ Diabetes Mellitus	✓ Idade (dobra a cada 10 anos, a partir de 55 anos)
✓ Sexo masculino	✓ FA (Fibrilação atrial), estenose carotídea, doença coronariana
✓ Obesidade	✓ AIT (Ataque isquêmico transitório) prévio ou AVC prévio

1.1.1 Manejo da Pressão Arterial:

- **Se for realizar trombólise:**

PAS entre 180-220 mmHg ou PAD entre 110-140 mmHg, administrar metoprolol IV, 5 mg em 5 minutos, podendo repetir a cada 10 minutos com dose máxima de 20 mg.

PAS > 220 mmHg ou PAD > 140 mmHg, iniciar nitroprussiato de sódio na dose de 0,5-10,0 mcg/kg/min.

Na ausência desses anti-hipertensivos, o uso de outros como a hidralazina, atensina, captopril ou enalapril.

Se PAS entre 180-220 mmHg ou PAD entre 110-140 mmHg, administrar metoprolol IV, 5 mg em 5 minutos, podendo repetir dose a cada 10 minutos com dose máxima de 20 mg.

Objetivo: Diminuir até 15% do valor da pressão na primeira hora.

- **Se não for realizar trombólise:**
 - ✓ Manejar PA, se PAS >220 mmHg ou PAD >120 mmHg;
 - ✓ Redução lenta e progressiva da Pressão Arterial.

Obrigatório aferir HGT em todo paciente com déficit focal agudo

Manter faixa de glicemia entre 140-180 mg/dL.

Administrar insulina regular humana, via subcutânea, se necessário, para correção de hiperglicemia.

Corrigir hipoglicemia (< 70 mg/dL) conforme protocolo.

3.2.3 Trombólise

- ✓ A trombólise é realizada em ambiente intra-hospitalar; no entanto, é importante atentar-se para os critérios de inclusão do paciente, o tempo decorrido desde o início dos sintomas, além do cálculo do NIHSS, para otimização do tratamento pré-hospitalar.
 - ✓ **Critérios de inclusão:** acima de 18 anos, déficit clínico significativo de AVCi, TC de crânio sem evidências de hemorragia, estar entro da janela trombolítica; NIHSS >5 e < 25, com exceção de presença de afasia.
 - ✓ **Janela Trombolítica: o HGCA trabalha com a janela de até 4,5h.**
 - ✓ Vale ressaltar, que pacientes que acordam com o déficit, é considerado o horário que foram dormir. Se o período de sono for superior a 4,5 horas, ele torna-se não elegível à trombólise química, pois não há como definir o horário exato do início do evento.
 - ✓ Em serviços com hemodinâmica, a janela para trombectomia mecânica é de 6 horas. Alguns serviços trabalham com janela estendida, realizando trombectomia em até 24 horas.
- **NIHSS: (National Institutes of Health Stroke Scale)**

➤ **Conduta pré-hospitalar:**

- ✓ Manter glicemia entre 140-180 mg/dL.
- ✓ Manter pressão sistólica menor que 140mmHg.
- ✓ Atentar-se aos sinais de Hipertensão intracraniana: tríade de Cushing (bradipneia, bradicardia, hipertensão arterial). Iniciar osmoterapia, hiperventilação e sedação.

	AVCI	AVCH
INCIDÊNCIA	80%	20%
FISIOPATOLOGIA	Obstrução do fluxo sanguíneo	Rompimento de um vaso
APRESENTAÇÃO MAIS COMUM	Hemiparesia, acometimento do VII par craniano.	Cefaleia em trovoada, síncope, convulsão
PROGNÓSTICO	Variável	Reservado
PA ALVO	Trombólise? Não: PAS >220, PAD >120. Sim: PAS >185 PAD >110	PAS 140mmHg

Obs: Não se diferencia AVCI de AVCh apenas pela clínica, o diagnóstico é dado por exame de imagem!

Conduta Pré-Hospitalar

- ✓ Suspeitar do quadro ainda na regulação.
- ✓ Aplicar Escala de Cincinnati.
- ✓ Instalar monitorização.
- ✓ Proteção das vias aéreas.
- ✓ Manter em decúbito de 30°.
- ✓ Oferecer oxigenação, se $SPO_2 < 92\%$.
- ✓ Coleta de HGT.
- ✓ Manutenção de glicemia entre 140-180mg/dL.
- ✓ Instalar acesso venoso catéter 18G em MMSS.
- ✓ Controlar pressão arterial (Diminuir em 15%, de acordo com a indicação - analisar se paciente está em janela trombolítica ou não).
- ✓ Tratar hipertermia com antitérmico.
- ✓ Remover paciente conforme quadro clínico para Hospital Geral Clériston Andrade (HGCA) ou outra unidade com suporte a paciente neurocrítico.
- ✓ Todos os pacientes em janela trombolítica, sem convênios de saúde, serão encaminhados para o HGCA, com comunicação prévia ao chefe de plantão, conforme Protocolo de AVC da referida unidade.

➤ ESCALA DE CINCINNATI

- ✓ É uma escala pré-hospitalar de AVC.
- ✓ Baseia-se na avaliação de 3 achados físicos em menos de 1 minuto.

1) Paralisia facial

2) Paresia em MMSS

3) Alteração da fala

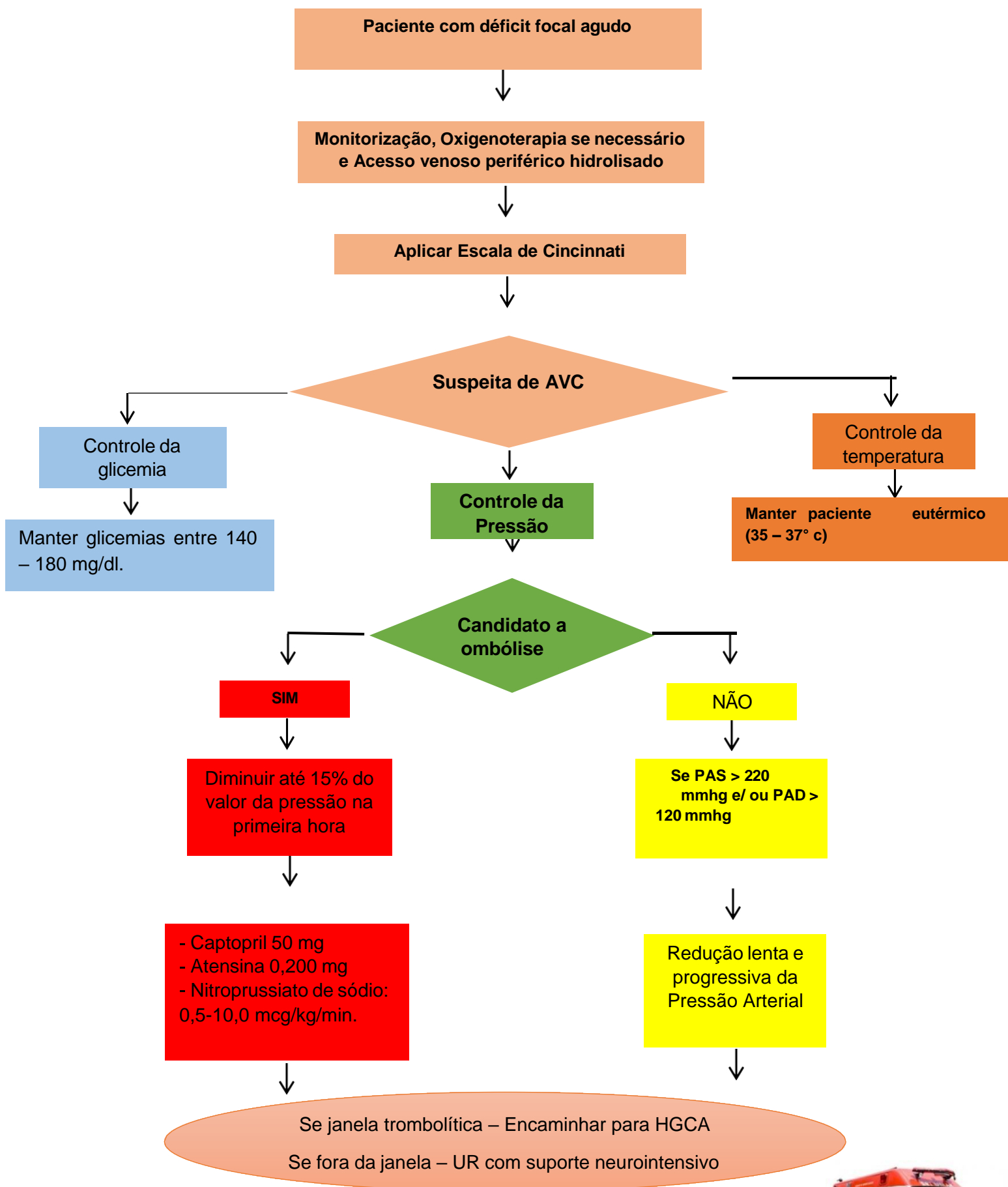
Paciente com aparecimento súbito de um desses achados tem 72% de probabilidade de um AVC isquêmico. Se os 3 achados estiverem presentes a probabilidade é maior que 85%.



Lembre-se: Tempo é cérebro!!!



Fluxograma de atendimento ao paciente com suspeita de AVC





Elaborado em 06/12/2023

Atualização: 27/10/2025

CEFALEIA

> ANAMNESE

- > **TEMPO DE INÍCIO**
- > **CARACTERÍSTICA DA DOR:** PULSÁTIL/ APERTO/ CONTÍNUA/ EM SALVAS/ UNILATERAL/ DIFUSA/ PROGRESSIVA/ RECORRENTE
- > **FATOR DESENCADEANTE:** EXERCÍCIO FÍSICO/ ESTRESS/ CALOR/ FRIO/ ALIMENTO/ PERÍODO MENSTRUAL/ ATIVIDADE SEXUAL/ TRAUMA
- > **FATORES DE RISCO:** HAS/ DM/ DOENÇA CARDIOVASCULAR/ HIV/ HISTÓRICO DE NEOPLASIA/ TABAGISMO + ANTICONCEPCIONAL
- > **SINTOMAS ASSOCIADOS:** NÁUSEAS/ VÔMITOS/ FOTO OU FONOSSENSIBILIDADE/ FEBRE/ ESCOTOMAS/ ALTERAÇÃO DE NÍVEL DE CONSCIÊNCIA/ DOR OCULAR/ SINTOMAS DEPRESSIVOS OU ANSIOSOS.

SINAIS DE GRAVIDADE:

- > DEFICIT NEUROLÓGICO (VER FLUXO DE DEFICIT FOCAL AGUDO)
- > ANISOCORIA
- > ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA
- > EMERGÊNCIA HIPERTENSIVA
- > HIPOPERFUSÃO (SINAIS DE CHOQUE)
- > SINAIS MENÍNGEOS
- > TCE < 72 HORAS

SINAIS DE ALERTA:

- > MUDANÇA NO PADRÃO DA DOR DE QUEM TEM CEFALEIA CRÔNICA.
- > DOR QUE ACORDA O PACIENTE A NOITE.
- > DOR SÚBITA, SEM FEBRE, DESCRITA COMO "PIOR DOR DA VIDA".

CEFALEIA PRIMÁRIA:

A DOR DE CABEÇA É A DOENÇA EM SI E NÃO O SINTOMA DE OUTRA DOENÇA.

- > CEFALEIA EM SALVAS
- > CEFALEIA TENSIONAL
- > ENXAQUECA/ MIGRÂNEA

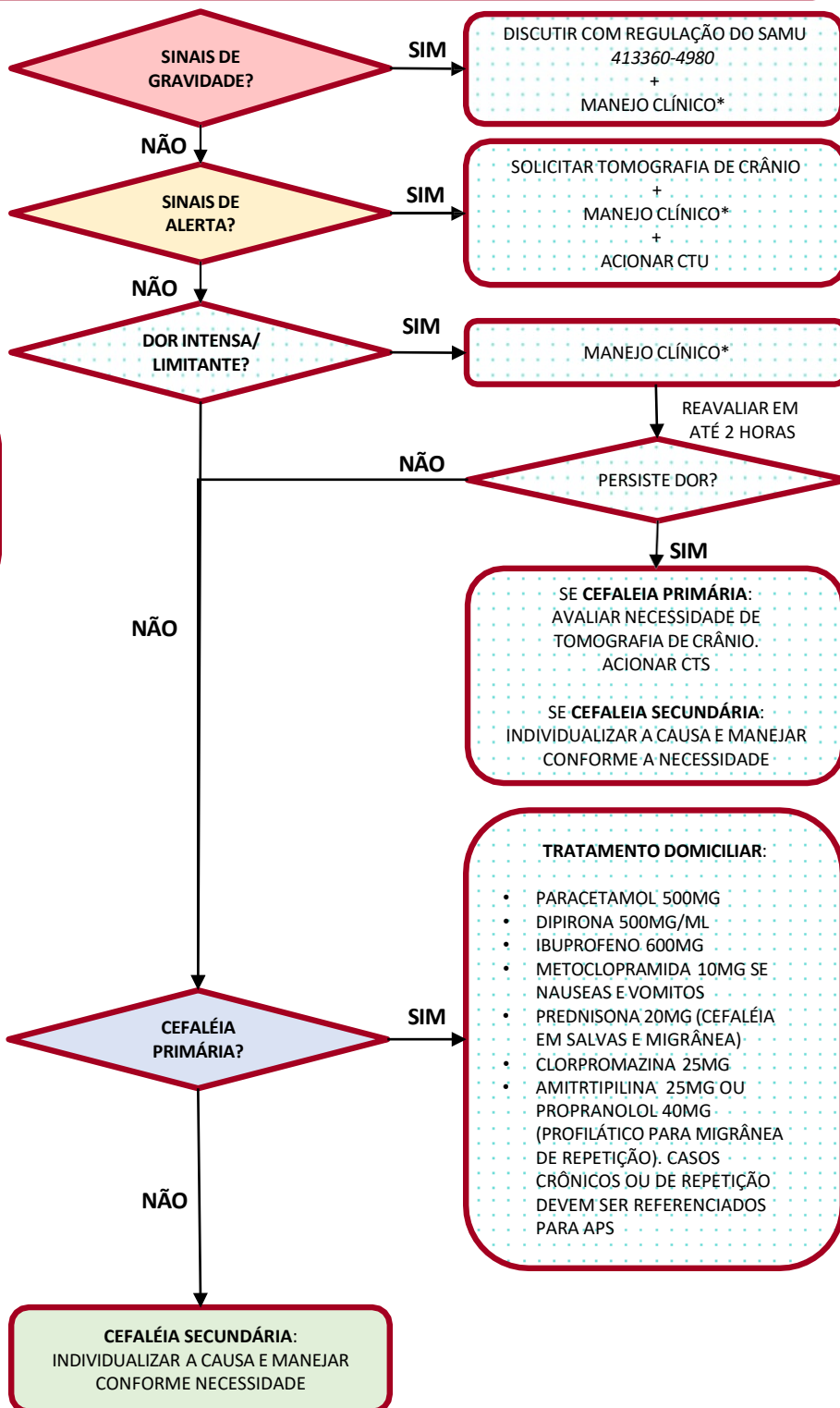
CEFALÉIA SECUNDÁRIA:

A DOR DE CABEÇA É UM SINTOMA DE OUTRA DOENÇA

- > IVAS
- > COVID-19
- > SINUSOPATIA
- > TRANSTORNO DA ATM
- > TRANSTORNOS DENTÁRIOS
- > HERPES ZOSTER
- > INFECÇÕES SISTÊMICAS (PIELONEFRITE/ PNEUMONIA)
- > HIPERGLICEMIA
- > EMERGÊNCIA HIPERTENSIVA
- > ARRITMIA CARDÍACA
- > ABSTINÊNCIA
- > INTOXICAÇÃO
- > ANSIEDADE
- > DEPRESSÃO

*MANEJO CLÍNICO

- > **ANALGESIA SIMPLES:**
 - DAPIRONA 500MG/ML IV OU IM
 - CETOPROFENO 100MG/ML IM
- > **SINTOMÁTICOS AUXILIARES:**
 - METOCLOPRAMIDA 5MG/ML IV (SE VÔMITOS)
- > **ESCALONAMENTO ANALGÉSICO:**
 - TRAMADOL 50MG/ML IV (EVITAR EM MIGRÂNEA)
 - CLORPROMAZINA 25MG VO OU IM (MIGRÂNEA REFRACTÁRIA)
 - O2 A 100% (CEFALEIA EM SALVAS)



DISCUTIR COM REGULAÇÃO DO SAMU
413360-4980
+
MANEJO CLÍNICO*

SOLICITAR TOMOGRAFIA DE CRÂNIO
+
MANEJO CLÍNICO*
+
ACIONAR CTU

MANEJO CLÍNICO*

REAVALIAR EM
ATÉ 2 HORAS

PERSISTE DOR?

SE CEFALEIA PRIMÁRIA:
AVALIAR NECESSIDADE DE
TOMOGRAFIA DE CRÂNIO.
ACIONAR CTS

SE CEFALEIA SECUNDÁRIA:
INDIVIDUALIZAR A CAUSA E MANEJAR
CONFORME A NECESSIDADE

CEFALÉIA PRIMÁRIA?

TRATAMENTO DOMICILIAR:

- PARACETAMOL 500MG
- DAPIRONA 500MG/ML
- IBUPROFENO 600MG
- METOCLOPRAMIDA 10MG SE NÁUSEAS E VÔMITOS
- PREDNISONA 20MG (CEFALÉIA EM SALVAS E MIGRÂNEA)
- CLORPROMAZINA 25MG
- AMITRIPIPILOLA 25MG OU PROPRANOLOL 40MG (PROFILÁTICO PARA MIGRÂNEA DE REPETIÇÃO). CASOS CRÔNICOS OU DE REPETIÇÃO DEVEM SER REFERENCIADOS PARA APS

CEFALÉIA SECUNDÁRIA:
INDIVIDUALIZAR A CAUSA E MANEJAR
CONFORME NECESSIDADE

MANEJO DE CHOQUE NA EMERGÊNCIA- PEDIATRIA

DADOS CLÍNICOS

- LETARGIA;
- DIFICULDADE DE ALIMENTAÇÃO;
- TAQUIPNEIA (> 2 DESVIOS PADRÕES PARA A IDADE);
- TAQUICARDIA (> 2 DESVIOS PADRÕES PARA A IDADE);
- DISPNEIA (TIRAGEM SUBCOSTAL, TIRAGEM INTERCOSTAL, TIRAGEM SUBCLAVICULAR, BATIMENTOS DE ALETAS NASAIS);
- SUDORESE EXCESSIVA;
- FEBRE (Tax > 37,8°C) OU HIPOTERMIA (Taz < 36°C);
- BAIXO GANHO PÔNDERO-ESTATURAL;
- INFECÇÕES RESPIRATÓRIAS FREQUENTES (CRIANÇAS COM CARDIOPATIAS CONGÊNITAS COM HIPERFLUXO PULMONAR);
- TURGÊNCIA JUGULAR: SUGERE CHOQUE CARDIOGÊNICO OU OBSTRUTIVO;
- B3 E CREPITAÇÕES DIFUSAS: SUGEREM CHOQUE CARDIOGÊNICO;
- BRADICARDIA: PODE OCORRER EM HEMORRAGIA GRAVE, CHOQUE NEUROGÊNICO, DOENÇA CARDÍACA PRÉ-EXISTENTE OU EM USO DE ANTIARRITMICO;
- FEBRE: SUGERE ETIOLOGIA INFECCIOSA OU CRISE TIREOTÓXICA;
- REDUÇÃO DO TURGOR DA PELE E PELE SECA: SUGERE CHOQUE HIPOVOLÊMICO;
- PLACAS URTICARIFORMES: SUGERE ANAFILAXIA;
- PETÉQUIAS: SUGERE INFECÇÕES (MENINGOCOCCEMIA), PLAQUETOPENIA;
- RASH CUTÂNEO: SÍNDROME DO CHOQUE TÓXICO;
- HIPOXEMIA GRAVE (SO₂ < 90%): PNEUMONIA, COVID-19, BRONQUIOLITE, ASMA GRAVE, TEP;
- SIBILOS: PODEM OCORRER EM CHOQUE ANAFILÁTICO E EM CHOQUE CARDIOGÊNICO DEVIDO AO EDEMA PULMONAR (“ASMA CARDÍACA”);
- DIMINUIÇÃO DA DIURESE (< 1ml/kg/h);
- HIPOTENSÃO É SINAL TARDIO DE CHOQUE EM CRIANÇAS.

DEFINIÇÃO DE HIPOTENSÃO PELOS LIMITES DA PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA		FREQUÊNCIA CARDÍACA NORMAL	FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA NORMAL
IDADE	PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA (PAS)		
		RN ATÉ 3meses: 80-200bpm	< 1 ano: 30-60irpm
RECÉM-NASCIDOS-RN (0 A 28 dias)	< 60mmHg	3meses A 2 anos: 100-190 bpm	1 A 2 anos: 24-40irpm
LACTENTES (1-12meses)	<70mmHg	2 A 5 anos: 80-140bpm	PRÉ-ESCOLAR: 22-34irpm
CRIANÇAS (1-10anos)	< 70 + (2X IDADE EM ANOS)mmHg	5 A 10 anos: 60-120bpm	ESCOLAR: 18-30irpm
> 10 anos	< 90mmHg	> 10 anos: 60-100bpm	ADOLESCENTE: 12-16irpm

CHOQUE HIPODINÂMICO

- DIMINUIÇÃO DO DÉBITO CARDÍACO;
- PELE FRIA E MARMÓREA;
- PULSOS FINOS;
- TEMPO DE ENCHIMENTO CAPILAR (TEC) PROLONGADO: > 2 seg.

X

CHOQUE HIPERDINÂMICO

- AUMENTO DE DÉBITO CARDÍACO;
- DIMINUIÇÃO DA RESISTÊNCIA VASCULAR SISTÊMICA;
- EXTREMIDADES QUENTES E AVERMELHADAS;
- TEC RÁPIDO.

CLASSIFICAÇÃO DOS ESTADOS DE CHOQUE E PRINCIPAIS ETIOLOGIAS

HIPOVOLÊMICO HIPODINÂMICO OU FRIO	DISTRIBUTIVO
<p>HEMORRÁGICOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • TRAUMA; • HEMORRAGIA DIGESTIVA ; • HEMOPERITÔNIO. <p>NÃO HEMORRÁGICOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • GASTROINTESTINAIS (DIARREIA, VÔMITOS); • RENAL (HIPERGLICEMIA); • QUEIMADURAS; • HIPERTERMIA; • PERDA PARA O TERCEIRO ESPAÇO (PANCREATITE AGUDA). 	<ul style="list-style-type: none"> • SÉPTICO; • SÍNDROME DO CHOQUE TÓXICO; • ANAFILÁTICO; • NEUROGÊNICO: TRAUMA RAQUIMEDULAR, COMPRESSÃO DE MEDULA ESPINHAL E ANESTESIA; • ENDOCRINOLÓGICO: INSUFICIÊNCIA ADRENAL, CRISE TIREOTÓXICA; • INTOXICAÇÕES AGUDAS: MONÓXIDO DE CARBONO, NITROPRUSSIATO, CIANETO.
CARDIOGÊNICO BAIXO DÉBITO CARDÍACO E ALTA RESISTÊNCIA VASCULAR SISTÊMICA	OBSTRUTIVO
<ul style="list-style-type: none"> • EDEMA AGUDO DE PULMÃO; • IAM; • TAQUIARRITMIAS; • LESÕES VALVARES; • MIOCARDITE AGUDA; • CARDIOMIOPATIAS CONGÊNITAS; • DISFUNÇÃO MIOCÁRDICA NA SEPSE; <p>CARDIOGÊNICO</p> <ul style="list-style-type: none"> • OBSTRUÇÕES CONGÊNITAS DA SAÍDA DO VENTRÍCULO ESQUERDO (COARCTAÇÃO DE AORTA GRAVE, INTERRUPTÃO DO ARCO AÓRTICO, ESTENOSE AÓRTICA CRÍTICA) SE MANIFESTAM POR CHOQUE CARDIOGÊNICO NAS DUAS PRIMEIRAS SEMANAS DE VIDA, DEVIDO AO FECHAMENTO DO CANAL ARTERIAL. 	<ul style="list-style-type: none"> • TEP; • PNEUMOTORAX HIPERTENSIVO; • TAMPONAMENTO CARDÍACO; • PERICARDITE ; • DISSECÇÃO AGUDA DE AORTA; • OBSTRUÇÃO DE CAVA OU TUMORES INTRATORÁCICOS; • VENTILAÇÃO COM ALTOS VALORES DE PEEP.

MANEJO DE CHOQUE NA EMERGÊNCIA- PEDIATRIA

SINAIS CLÍNICOS DE CHOQUE (VER P.1)

- MONITORIZAÇÃO DE DADOS VITAIS;
 - MONITOR CARDÍACO;
 - 2 ACESSOS VENOSOS CALIBROSOS. CASO IMPOSSIBILIDADE, OBTER ACESSO INTRAÓSSEO;
 - FORNECER FIO2* ATÉ ATEINGIR SO2 > 92%;
 - Sonda vesical de demora;
 - AVALIAR OBTENÇÃO DE ACESSO VENOSO CENTRAL;
 - RESSUSCITAÇÃO VOLÊMICA: 20ml/kg IV DE SF 0,9% OU RINGER LACTATO. EM RN, 10ML/Kg.
- DISCUTIR COM REGULAÇÃO DO SAMU 3360-4980**

SINAIS DE HIPOVOLEMIA?

SIM

NÃO

CONGESTÃO PULMONAR?

SIM

NÃO

DISPNEIA ASSOCIADA?

SIM

NÃO

SUSPEITA CLÍNICA DE INFECÇÃO?

SIM

NÃO

ANAFILAXIA?

SIM

NÃO

OUTRAS SITUAÇÕES QUE CAUSEM CHOQUE DEVEM SER INDIVIDUALIZADAS E MANEJADAS CONFORME A CLASSIFICAÇÃO DE CHOQUE (VER P.1)

CHOQUE HIPOVOLÊMICO

- SE HISTÓRICO DE TRAUMA OU QUEIMADURA: OTIMIZAR RESSUSCITAÇÃO VOLÊMICA
- SE SANGRAMENTO ATIVO NÃO TRAUMÁTICO: OTIMIZAR RESSUSCITAÇÃO VOLÊMICA + ÁCIDO TRANEXÂMICO 50MG/ML- 10mg/kg/dose IV
- SE HIPERGLICEMIA: VER FLUXO DE EMERGÊNCIAS HIPERGLICÊMICAS
- DEMAIS CAUSAS: OTIMIZAR RESSUSCITAÇÃO VOLÊMICA REAVALIAR APÓS EXPANSÃO

CHOQUE OBSTRUTIVO

- SE ESTASE JUGULAR, ABAFAMENTO DE BULHAS CARDÍACAS, ATRITO PERICÁRDICO OU PULSO PARADOXAL:
 - TAMPONAMENTO CARDÍACO: AVALIAR PERICARDIOCENTESE (SE CONDIÇÕES TÉCNICAS)
- SE DOR TORÁCICA, MV ABOLIDO, COM HIPERTIMPANISMO E DESVIO DA TRAQUEIA PARA O LADO OPOSTO:
 - PNEUMOTÓRAX: AVALIAR TORACOCENTESE DE ALÍVIO (SE CONDIÇÕES TÉCNICAS)

- ADRENALINA 1:1000: 0,01 ml/kg/dose IM;
- METILPREDNISOLONA 500MG: 1 A 2mg/kg/dose ;
- PROMETAZINA 50MG: 0,5mg/kg/dose IV;
- SALBUTAMOL 100MCG/DOSE: SE BRONCOESPASMO.

*FORNECIMENTO DE FIO2

- **CATETER NASAL:**
 - BAIXO FLUXO DE O2;
 - FORNECE ATÉ 6L/MIN;
 - CADA LITRO AUMENTA 3% A FIO2.
- **MÁSCARA COM RESERVATÓRIO:**
 - ALTO FLUXO DE O2;
 - ACIMA DE 6L/MIN;
 - CADA LITRO AUMENTA 10% A FIO2;
 - CONTRA-INDICAÇÃO: TRAUMA FACIAL/VÔMITOS INCOERCÍVEIS.
- **INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL (IOT):**
 - INDICAÇÕES: REBAIXAMENTO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA/ INABILIDADE PARA PROTEGER AS VIAS AERIAS/ INSTABILIDADE HEMODINÂMICA/ HIPOVENTILAÇÃO.

CHOQUE CARDIOGÊNICO

- **ELETROCARDIOGRAMA; COM HIPOTENSÃO (CONFORME A IDADE): VER P.1**
 - NOREPINEFRINA 2MG/2ML IV: 0,01 A 0,2mcg/kg/min EM BIC;
 - EPINEFRINA 0,01 A 0,3mcg/kg/min EM BIC;
 - DOPAMINA 5 A 10mcg/kg/min EM BIC.
 - **SEM HIPOTENSÃO (CONFORME A IDADE): VER P.1**
 - DOBUTAMINA 12,5MG IV: 5 A 15mcg/kg/min EM BIC.
- APÓS MELHORA DA P.A**
- FUROSEMIDA 1MG/KG IV BOLUS**

VER FLUXO DE SEPSIS EM PEDIATRIA

MANEJO DE CHOQUE NA EMERGÊNCIA

SINAIS CLÍNICOS DE CHOQUE

- PAS < 90mmHg (PODE ESTAR NORMAL NAS FASES INICIAIS)
- PAD < 60mmHg (PODE ESTAR NORMAL NAS FASES INICIAIS)
- FC > 100 bpm
- FR > 22 irpm
- TEMPO DE ENCHIMENTO CAPILAR (TEC) > 4,5 SEG
- EXTREMIDADES FRIAS, SUDOREICAS, CIANOSE E LIVEDO RETICULAR
- ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (AGITAÇÃO, INQUIETAÇÃO, CONFUSÃO, DESORIENTAÇÃO, DELIRIUM E COMA)
- OLIGÚRIA (DIURESE < 0,5ml/kg/H). PODE ESTAR AUSENTE EM USUÁRIOS DE DIURÉTICOS, DIURESE OSMÓTICA (ESTADO HIPEROSMOLAR HIPERGLICÊMICO) E NEFROPATIA CRÔNICA.

OUTRAS ALTERAÇÕES:

- TURGÊNCIA JUGULAR: SUGERE CHOQUE CARDIOGÊNICO OU OBSTRUTIVO
- B3 E CREPITAÇÕES DIFUSAS: SUGEREM CHOQUE CARDIOGÊNICO
- BRADICARDIA: PODE OCORRER EM HEMORRAGIA GRAVE, CHOQUE NEUROGÊNICO, DOENÇA CARDÍACA PRÉ-EXISTENTE OU EM USO DE ANTIARRITMICO
- FEBRE: SUGERE ETIOLOGIA INFECCIOSA OU CRISE TIREOTÓXICA
- REDUÇÃO DO TURGOR DA PELE E PELE SECA: SUGERE CHOQUE HIPOVOLÊMICO
- PLACAS URTICARIFORMES: SUGERE ANAFILAXIA
- PETÉQUIAS: SUGERE INFECÇÕES (MENINGOCOCCEMIA), PLAQUETOPENIA
- RASH CUTÂNEO: SÍNDROME DO CHOQUE TÓXICO
- HIPOXEMIA GRAVE: SE SEM CAUSA APARENTE, SUGERE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR (TEP)

CLASSIFICAÇÃO DOS ESTADOS DE CHOQUE E PRINCIPAIS ETIOLOGIAS

<p style="text-align: center;">HIPOVOLÊMICO</p> <ul style="list-style-type: none"> • HEMORRÁGICOS: TRAUMA, HEMORRAGIA DIGESTIVA, HEMOPERITÔNIO, ABORTAMENTO, SANGRAMENTO VAGINAL • NÃO HEMORRÁGICO: GASTROINTESTINAIS (DIARREIA, VÔMITOS), RENAL (EXCESSO DE DIURÉTICOS, HIPERGLICEMIA), QUEIMADURAS, HIPERTERMIA, PERDA PARA O TERCEIRO ESPAÇO (PANCREATITE AGUDA) 	<p style="text-align: center;">DISTRIBUTIVO</p> <ul style="list-style-type: none"> • SÉPTICO • SÍNDROME DO CHOQUE TÓXICO • ANAFILÁTICO • NEUROGÊNICO: TRAUMA RAQUIMEDULAR, COMPRESSÃO DE MEDULA ESPINHAL E ANESTESIA • ENDOCRINOLÓGICO: INSUFICIÊNCIA ADRENAL, CRISE TIREOTÓXICA • INTOXICAÇÕES AGUDAS: MONÓXIDO DE CARBONO, NITROPRUSSIATO, CIANETO 		
<p style="text-align: center;">CARDIOGÊNICO</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p style="text-align: center;">COM EDEMA PULMONAR</p> <ul style="list-style-type: none"> • EDEMA AGUDO DE PULMÃO • IAM • TAQUIARRITMIAS • PÓS-PCR • LESÕES VALVARES • MIOCARDITE AGUDA • CARDIOMIOPATIAS • INTOXICAÇÃO AGUDA (B-BLOQUEADOR, ANTIARRITMICOS) • DISFUNÇÃO MIOCÁRDICA NA SEPSE </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p style="text-align: center;">SEM EDEMA PULMONAR</p> <ul style="list-style-type: none"> • IAM DE VENTRÍCULO DIREITO • INSUFICIÊNCIA CARDÍACA GRAVE DESCOMPENSADA • PERFIL "L" • BRADIARRITMIAS </td> </tr> </table>	<p style="text-align: center;">COM EDEMA PULMONAR</p> <ul style="list-style-type: none"> • EDEMA AGUDO DE PULMÃO • IAM • TAQUIARRITMIAS • PÓS-PCR • LESÕES VALVARES • MIOCARDITE AGUDA • CARDIOMIOPATIAS • INTOXICAÇÃO AGUDA (B-BLOQUEADOR, ANTIARRITMICOS) • DISFUNÇÃO MIOCÁRDICA NA SEPSE 	<p style="text-align: center;">SEM EDEMA PULMONAR</p> <ul style="list-style-type: none"> • IAM DE VENTRÍCULO DIREITO • INSUFICIÊNCIA CARDÍACA GRAVE DESCOMPENSADA • PERFIL "L" • BRADIARRITMIAS 	<p style="text-align: center;">OBSTRUTIVO</p> <ul style="list-style-type: none"> • TEP • PNEUMOTORAX HIPERTENSIVO • TAMPONAMENTO CARDÍACO • PERICARDITE • DISSECÇÃO AGUDA DE AORTA • OBSTRUÇÃO DE CAVA OU TUMORES INTRATORÁDICOS • VENTILAÇÃO COM ALTOS VALORES DE PEEP
<p style="text-align: center;">COM EDEMA PULMONAR</p> <ul style="list-style-type: none"> • EDEMA AGUDO DE PULMÃO • IAM • TAQUIARRITMIAS • PÓS-PCR • LESÕES VALVARES • MIOCARDITE AGUDA • CARDIOMIOPATIAS • INTOXICAÇÃO AGUDA (B-BLOQUEADOR, ANTIARRITMICOS) • DISFUNÇÃO MIOCÁRDICA NA SEPSE 	<p style="text-align: center;">SEM EDEMA PULMONAR</p> <ul style="list-style-type: none"> • IAM DE VENTRÍCULO DIREITO • INSUFICIÊNCIA CARDÍACA GRAVE DESCOMPENSADA • PERFIL "L" • BRADIARRITMIAS 		

PROPEDÊUTICA COMPLEMENTAR

- HEMOGRAMA
- ELETRÓLITOS
- GLICEMIA
- PARCIAL DE URINA
- FUNÇÃO RENAL
- FUNÇÃO HEPÁTICA
- GASOMETRIA ARTERIAL
- PROTEÍNA C-REATIVA
- ENZIMAS CARDÍACAS
- TAP
- ELETROCARDIOGRAMA
- RAIOS-X TORAX

MANEJO DE CHOQUE NA EMERGÊNCIA

SINAIS CLÍNICOS DE CHOQUE (VER P.1)

- MONITORIZAÇÃO DE DADOS VITAIS
- MONITOR CARDÍACO
- 2 ACESSOS VENOSOS CALIBROSOS
- FORNECER FIO2* ATÉ ATINGIR SO2 > 92% (PARA DPOC ENTRE 88-92%)
- COLETA DE EXAMES PARA PROPEDEÚTICA COMPLEMENTAR (VER P.1)
- Sonda vesical de demora
- AVALIAR OBTENÇÃO DE ACESSO VENOSO CENTRAL
- RESSUSCITAÇÃO VOLÊMICA: 20ml/kg IV DE SF 0,9% OU RINGER LACTATO. ATENÇÃO COM CONGESTÃO PULMONAR

SINAIS DE HIPOVOLEMIA?

SIM

NÃO

CONGESTÃO PULMONAR?

SIM

NÃO

DISPNEIA ASSOCIADA?

SIM

NÃO

ANAFILAXIA?

SIM

NÃO

SUSPEITA CLÍNICA DE INFECÇÃO?

SIM

NÃO

OUTRAS SITUAÇÕES QUE CAUSEM CHOQUE DEVEM SER INDIVIDUALIZADAS E MANEJADAS CONFORME A CLASSIFICAÇÃO DE CHOQUE (VER P.1)

- **SE HISTÓRICO DE TRAUMA OU QUEIMADURA:** DISCUTIR COM REGULAÇÃO DO SAMU 413360-4980 + OTIMIZAR RESSUSCITAÇÃO VOLÊMICA
- **SE SANGRAMENTO ATIVO NÃO TRAUMÁTICO:** DISCUTIR COM REGULAÇÃO DO SAMU 413360-4980 + OTIMIZAR RESSUSCITAÇÃO VOLÊMICA + ÁCIDO TRANEXÂMICO 50MG/ML- 500MG IV (50MG/MIN)
- **SE HIPERGLICEMIA:** VER FLUXO DE EMERGÊNCIAS HIPERGLICÊMICAS
- **DEMAIS CAUSAS:** OTIMIZAR RESSUSCITAÇÃO VOLÊMICA REAVALIAR APÓS EXPANSÃO

- **SE ESTASE JUGULAR, ABAFAMENTO DE BULHAS CARDIACAS, ATRITO PERICÁRDICO OU PULSO PARADOXAL:**
 - TAMPONAMENTO CARDÍACO: DISCUTIR COM REGULAÇÃO DO SAMU 41 3360-4980 + AVALIAR PERICARDIOCENTESE (SE CONDIÇÕES TÉCNICAS)
- **SE DOR TORÁCICA, MV ABOLIDO, COM HIPERTIMPANISMO E DESVIO DA TRAQUEIA PARA O LADO OPOSTO:**
 - PNEUMOTORAX: VER FLUXO DE DOR TORACICA VENTILATÓRIO-DEPENDENTE
- **SE HIPOXEMIA SEM CAUSA APARENTE:**
 - TEP: VER FLUXO DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR

VER FLUXO DE SEPSE

- **SE HIPOTENSÃO PERSISTENTE, MESMO COM AUMENTO DE NOREPINEFRINA:**
 - POSSÍVEL INSUFICIÊNCIA ADRENAL.
 - HIDROCORTISONA 200MG IV EM BIC A CADA 24HS
- **PROFILAXIA DE TEP:**
 - HEPARINA 5000UI SC 12/12HS

- *FORNECECIMENTO DE FIO2
- **CATETER NASAL:**
 - BAIXO FLUXO DE O2
 - FORNECE ATÉ 6L/MIN
 - CADA LITRO AUMENTA 3% A FIO2
- **MÁSCARA COM RESERVATÓRIO:**
 - ALTO FLUXO DE O2
 - ACIMA DE 6L/MIN
 - CADA LITRO AUMENTA 10% A FIO2
- **INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL (IOT):**
 - INDICAÇÕES: REBAIXAMENTO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA/ INABILIDADE PARA PROTEGER AS VIAS AEREAS/ INSTABILIDADE HEMODINÂMICA

- **SE PAS < 90mmHg:**
 - NOREPINEFRINA 2MG/2ML IV: 0,1 A 2mcg/kg/min EM BIC
- **SE PAS 90 A 100mmHg:**
 - DOBUTAMINA 12,5MG IV 2,5mcg/Kg/min EM BIC. (AJUSTE A CADA 10MIN)
- **SE PAS > 100mmHg**
 - FUROSEMIDA 1MG/KG IV BOLUS
 - SUSPENDER USO OU REDUZIR USO DE BETABLOQUEADOR PELA METADE DO USO HABITUAL.
 - NITROGLICERINA 10-20mcg/min IV EM BIC. (AJUSTE A CADA 15 MIN)
 - SE FIBRILAÇÃO ATRIAL:
 - DESLANOSÍDEO 0,4MG IV: DOSE DE ATAQUE: 2 AMP DE 6/6HS MANUTENÇÃO: 1 AMP DE 12/12HS
 - **SE ECG COM SINAIS SUGESTIVOS DE IAM:**
 - VER FLUXO DE SÍNDROME CORONARIANA AGUDA

- ADRENALINA 1:1000: 0,3 A 0,5ML IM OU 0,01 ml/kg/dose IM
- METILPREDNISOLONA 500MG: 125MG IV OU 2mg/kg/dose
- PROMETAZINA 50MG: 25MG IM OU 0,5mg/kg/dose
- SALBUTAMOL 100MCG/DOSE: SE BRONCOESPASMO DISCUTIR COM REGULAÇÃO DO SAMU 3360-4980

- META PARA MONITORIZAÇÃO DO PACIENTE EM CHOQUE:**
- PAS > 90mmHg
- FC < 100bpm
- DIURESE > 0,5ml/kg/H
- MELHORA DA PERFUSÃO PERIFÉRICA: TEC < 3 SEG
- NORMALIZAÇÃO DO LACTATO ARTERIAL
- EXCESSO DE BASE > -5mEq/L

CRISE HIPERTENSIVA

PAS \geq 180mmHg E/ OU PAD \geq 120mmHg

SIM

GESTANTE?

VER FLUXO DE SÍNDROME HIPERTENSIVA NA GESTAÇÃO

NÃO

SINAIS DE ALERTA?

NÃO

AFASTAR PSEUDOCRISE HIPERTENSIVA:

- ACALMAR O PACIENTE
- ALIVIAR DOR, SE NECESSÁRIO APÓS AFASTAR PSEUDOCRISE HIPERTENSIVA:

URGÊNCIA HIPERTENSIVA

- ANLODIPINO 5MG OU
- ENALAPRIL 10MG

O OBJETIVO É REDUZIR A PA EM 25% NO 1º DIA

REFERENCIAR PACIENTE PARA APS SE RISCO AUMENTADO DE EVOLUÇÃO ADVERSA EM CURTO PRAZO, VOLTAR AO FLUXO

SIM

DOR TORÁCICA?

SIM

SEGUIR FLUXO DE DOR TORÁCICA

NÃO

REBAIXAMENTO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA?

SIM

VER FLUXO DE REBAIXAMENTO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA + MANEJO CLÍNICO* + DISCUTIR COM REGULAÇÃO DO SAMU 413360-4980

NÃO

CONVULSÕES?

SIM

VER FLUXO DE CRISES CONVULSIVAS

NÃO

DEFICIT FOCAL AGUDO?

SIM

VER FLUXO DE DEFICIT FOCAL AGUDO

NÃO

DISPNEIA?

SIM

EDEMA AGUDO HIPERTENSIVO DE PULMÃO:
MANEJO CLÍNICO*

- FUROSEMIDA 10MG/ML: 0,5 A 1 MG/KG IV EM BOLUS. PODE SER REPETIDO AÓS 20 MIN.
- ISOSSORBIDA 5MG SL. (SE PAS > 140mmHg)
- NITROGLICERINA 5MG/ML: 5 A 10 MCG/KG/MIN EM BIC
- MORFINA 10MG/ML: 2 A 5MG A CADA 30 MIN
- NÃO USAR BETABLOQUEADOR

NÃO

MANEJO CLÍNICO*

SE SUSPEITA DE HIPERTENSÃO MALIGNA:
ASSOCIAR ATENOLOL 50MG OU ANLODPINO 5MG

SINAIS DE ALERTA (EMERGÊNCIA HIPERTENSIVA)

- DOR TORÁCICA (IAM OU DISSECÇÃO DE AORTA)
- DORSALGIA OU LOMABLGIA (DISSECÇÃO DE AORTA)
- DISPNEIA (I.C. OU EDEMA AGUDO DE PULMÃO)
- SINTOMAS NEUROLÓGICOS FOCAIS (AVE)
- ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (AVE/ HIPERTENSÃO MALIGNA)
- CONVULSÕES

EDEMA AGUDO HIPERTENSIVO DE PULMÃO (EAP)

- DISPNEIA
- DIAFORESE
- SUDORESE
- TAQUICARDIA
- MÁ PERFUSAO PERIFÉRICA
- ESTERTORES CREPITANTES
- TURGÊNCIA JUGULAR
- HIPERFONESE DE B2
- PRESENÇA DE B3

***MANEJO CLÍNICO**

➤ **SUPORTE**

- MONITORIZAÇÃO CONTINUA: SINAIS VITAIS, SO₂, DIURESE
- AVALIAR VIA AEREA
- O₂ SUPLEMENTAR (SE SO₂ < 90%)
- DECÚBITO ELEVADO (EM EAP)
- COLETAR EXAMES LABORATORIAIS
- REALIZAR ELETROCARDIOGRAMA
- RAIOS-X TORAX

➤ **MEDICAMENTOSO:**

- NITROGLICERINA 5MG/ML: 5 A 10MCG/KG/MIN EM BIC
- ISOSSORBIDA 5MG SL
- METOPROLOL 1MG/ML IV: 5 MG EM 5 MIN (1MG/MIN). (PARA DISSECÇÃO AGUDA DE AORTA)

A META É REDUZIR A PAM EM 25% NA PRIMEIRA HORA E TER COMO ALVO UMA PA DE 160X100mmHg NAS PRÓXIMAS 2 A 6 HORAS.

NA SUSPEITA DE AVE, NÃO BAIXAR PA ABAIXO DE 220X120mmHg

CRISES CONVULSIVAS

PACIENTE QUE CHEGA OU SE APRESENTA COM CRISE CONVULSIVA:

- PROTEGER VIAS AERIAS E GARANTIR OXIGENAÇÃO (ELEVÇÃO DO MENTO OU MANDÍBULA)
- SUPLEMENTAÇÃO DE O2, SE NECESSÁRIO, COM CATETER NASAL OU MÁSCARA FACIAL.
- VERIFICAR SINAIS VITAIS.
- ACESSO VENOSO CALIBROSO
- VERIFICAR GLICEMIA CAPILAR: SE DEXTRO < 60mg/DL: ADMINISTRAR GLICOSE 50% 50ML IV

*MANEJO CLÍNICO

- **SE ACESSO VENOSO:**
 - DIAZEPAM 10MG IV (5MG/ML) OU 0,2-0,5mg/kg/dose IV EM 2 min.
- **SEM ACESSO VENOSO:**
 - MIDAZOLAM 0,2mg/Kg/dose IM OU INTRANASAL.
 - DIAZEPAM VIA RETAL: 0,3MG/KG

↓ PERSISTE APÓS 5 MINUTOS?

REPETIR A DOSE

↓ PERSISTE APÓS 5 MINUTOS?

- **FENITOÍNA 50MG/ML:**
 - DILUIR EM 250ML DE SF 0,9% E CALCULAR 20MG/KG, COM VELOCIDADE MÁXIMA DE INFUSÃO DE 50MG/MIN
 - ACESSO VENOSO CALIBROSO. NÃO FAZER EM EXTREMIDADES PELO RISCO DE NECROSE CUTÂNEA.
 - MONITOR CARDÍACO (RISCO DE HIPOTENSÃO E BRADICARDIA)
 - SEPARAR MATERIAL PARA IOT

↓ PERSISTE APÓS 60 MINUTOS?

ESTADO DE MAL-CONVULSIVO REFRATÁRIO

- PROCEDER IOT
- **MIDAZOLAM 5MG/ML:**
 - DOSE DE ATAQUE: 0,2MG/KG IV
 - DOSE DE MANUTENÇÃO: 0,1 A 0,2MG/KG/H
- DISCUTIR COM REGULAÇÃO DO SAMU 3360-4980

SINAIS DE ALERTA

- MENINGISMO
- HISTÓRICO DE TCE
- DEFICIT FOCAL AGUDO

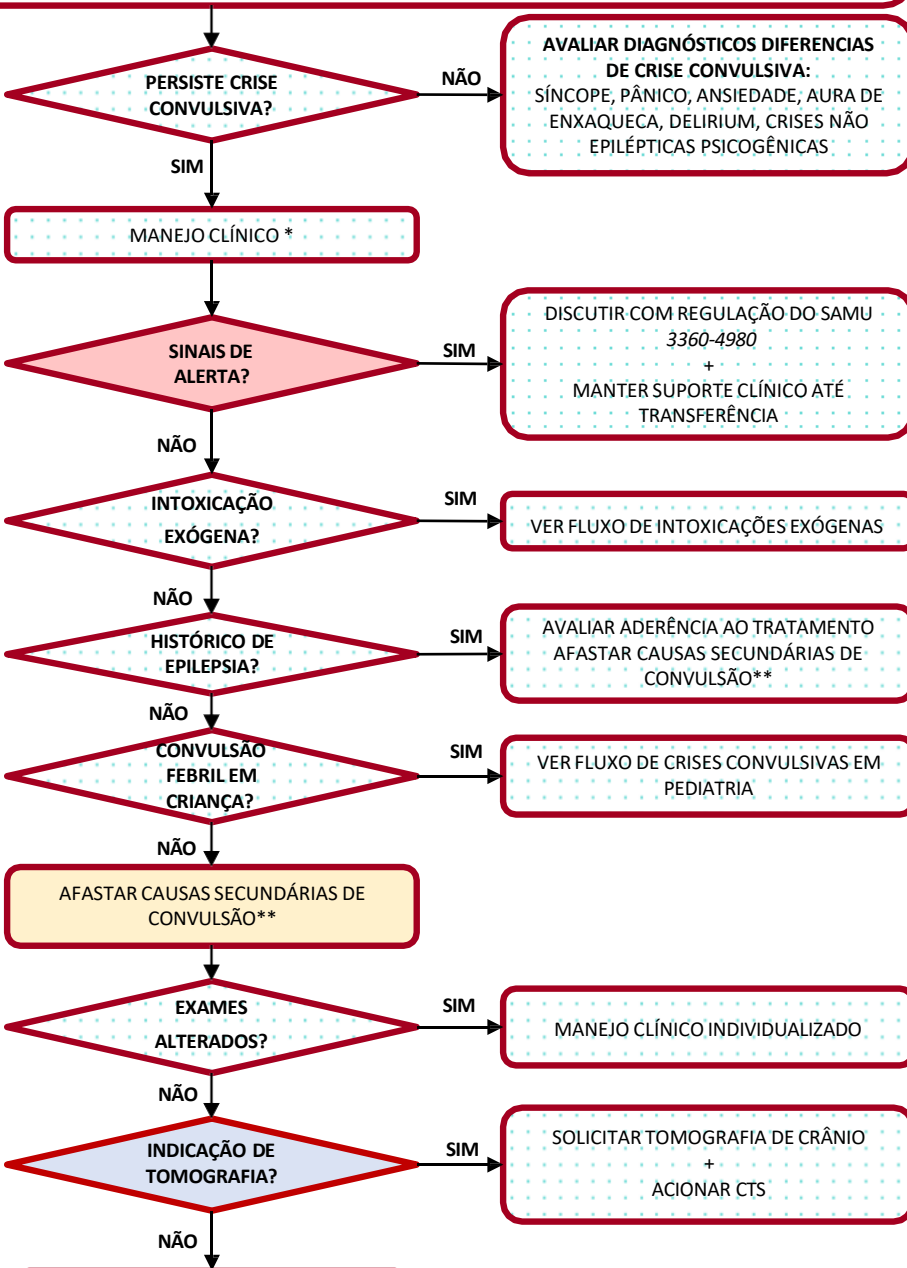
**CAUSAS SECUNDÁRIAS DE CONVULSÃO:

HIPÓXIA, DISTÚRBO HIDROELETROLÍTICO, UREMIA, HIPERTIREOIDISMO, ESTADO DE ABSTINÊNCIA, ARRITMIA CARDÍACA, IAM

EXAMES SUGERIDOS:

HEMOGRAMA, GLICOSE, ELETRÓLITOS, FUNÇÃO RENAL, FUNÇÃO HEPÁTICA, GASOMETRIA VENOSA, ELETROCARDIOGRAMA

EM PACIENTES QUE USAM ANTICONVULSIVANTES, TRATAR HIPONATREMIA SOMENTE SE SÓDIO < 120.



INDICAÇÕES DE TOMOGRAFIA DE EMERGÊNCIA APÓS 1º CRISE:

- IDADE > 40 ANOS
- CEFALIA PÓS-ICTAL
- HISTÓRICO DE CÂNCER
- HISTÓRICO DE ANTICOAGULAÇÃO OU COAGULOPATIA
- HISTÓRICO DE IMUNOSSUPRESSÃO



CRISES CONVULSIVAS EM PEDIATRIA

PACIENTE QUE CHEGA COM OU APRESENTA CRISE CONVULSIVA:

- PROTEGER VIAS AEREAS E GARANTIR OXIGENAÇÃO (ELEVÇÃO DO MENTO OU MANDÍBULA);
- SUPLEMENTAÇÃO DE O₂, SE NECESSÁRIO, COM CATETER NASAL OU MÁSCARA FACIAL;
- VERIFICAR SINAIS VITAIS;
- ACESSO VENOSO CALIBROSO;
- VERIFICAR GLICEMIA CAPILAR (SE DEXTRO < 60mg/DL: ADMINISTRAR SG 10% 2,5ML/KG IV)
- SG 10%: 450ML DE SG 5% + 50ML DE SG 50%

*MANEJO CLÍNICO

- **COM ACESSO VENOSO:**
 - DIAZEPAM 0,2-0,5mg/kg/dose IV EM 2 min.
- **SEM ACESSO VENOSO:**
 - MIDAZOLAM 0,2mg/Kg/dose IM OU INTRANASAL.
 - DIAZEPAM VIA RETAL: 0,3MG/KG

PERSISTE APÓS 5 MINUTOS?

REPETIR A DOSE

PERSISTE APÓS 5 MINUTOS?

- **FENITOÍNA 50MG/ML:**
 - DILUIR EM 250ML DE SF 0,9% E CALCULAR 20MG/KG, COM VELOCIDADE MÁXIMA DE INFUSÃO DE 50MG/MIN;
 - ACESSO VENOSO CALIBROSO. *NÃO FAZER EM EXTREMIDADES PELO RISCO DE NECROSE CUTÂNEA;*
 - MONITOR CARDÍACO (RISCO DE HIPOTENSÃO E BRADICARDIA);
 - SEPARAR MATERIAL PARA IOT.

PERSISTE APÓS 60 MINUTOS?

ESTADO DE MAL-CONVULSIVO REFRATÁRIO

- PROCEDER IOT
- **MIDAZOLAM 5MG/ML:**
 - DOSE DE ATAQUE: 0,2MG/KG IV
 - DOSE DE MANUTENÇÃO: 0,1 A 0,2MG/KG/H
- DISCUTIR COM REGULAÇÃO DO SAMU **3360-4980**

SINAIS DE ALERTA

- ASPECTO TOXÊMICO;
- PROSTRAÇÃO ACENTUADA, LETARGIA OU COMA;
- REBAIXAMENTO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA;
- PETÉQUIAS;
- RIGIDEZ NUCAL/ SINAIS MENINGEOS;
- IRRITABILIDADE;
- FONTANELA ABAULADA.

**CAUSAS DE NOVAS CRISES

- ABSTINÊNCIA (ABANDOU TRATAMENTO);
- SUBDOSE (CRIANÇA GANHOU PESO E DOSE NÃO FOI AJUSTADA);
- FEBRE/ INFEÇÕES;
- VÔMITOS/ DIARREIA (DIMINUI BIODISPONIBILIDADE).

PERSISTE CRISE CONVULSIVA?

NÃO

AVALIAR DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS DE CRISE CONVULSIVA:

MIOCLONIA BENIGNA/ MIOCLONIA DO SONO/ SOLUÇO/ CÓLICA/ REFLEXOS PRIMITIVOS/ CALAFRIO (FEBRE)/ PARASSONIAS (TERROR NOTURNO, SONAMBULISMO)

SIM

MANEJO CLÍNICO *
+
RETORNAR AO FLUXO APÓS

SINAIS DE ALERTA?

SIM

CONSIDERAR POSSIBILIDADE DE MENINGITE
+
DISCUTIR COM REGULAÇÃO DO SAMU **3360-4980**

NÃO

CONVULSÃO APÓS TCE?

SIM

DISCUTIR COM REGULAÇÃO DO SAMU **3360-4980**

NÃO

HISTÓRICO DE EPILEPSIA?

SIM

AVALIAR CAUSAS DE NOVAS CRISES**
+
ESTABILIZAR O QUADRO
+
AJUSTAR DOSE DE TRATAMENTO OU ENCAMINHAR PARA AVALIAÇÃO HOSPITALAR

NÃO

CONVULSÃO FEBRIL?

SIM

CONDIÇÕES ESPECIAIS***?

NÃO

SIM

PRIMEIRA CRISE AFEBRIL

OBSERVAÇÃO POR 4H
AFASTAR DESIDRATAÇÃO, TCE, HIPER/ HIPOGLICEMIA, INTOXICAÇÃO EXÓGENA.

- SE CRISE PROLONGADA OU CRISE RECORRENTE, DISCUTIR COM REGULAÇÃO DO SAMU **3360-4980**
- SE EXAME NEUROLÓGICO PÓS-ICTAL ALTERADO, DISCUTIR COM REGULAÇÃO DO SAMU **3360-4980**

PACIENTES QUE FICARAM BEM APÓS OBSERVAÇÃO, DEVEM RECEBER ALTA COM REFERÊNCIA PARA A APS E MEDICAÇÃO DOMICILIAR:

- ÁCIDO VALPRÓICO 30-60MG/KG/DIA;
- FENOBARBITAL 3-6MG/KG/DIA.

VER FLUXO DE FEBRE EM PEDIATRIA

OBSERVAÇÃO POR 4H INVESTIGAÇÃO DA FEBRE COM PROPEDÊUTICA COMPLEMENTAR: HEMOGRAMA, PCR, UROFITA/ URINA TIPO 1, RAIO-X TORAX
SE CRISE PROLONGADA OU CRISE RECORRENTE: DISCUTIR COM REGULAÇÃO DO SAMU **3360-4980**
SE EXAME NEUROLÓGICO PÓS-ICTAL ALTERADO: DISCUTIR COM REGULAÇÃO DO SAMU **3360-4980**

***CONDIÇÕES ESPECIAIS

- IDADE < 18 MESES;
- USO PRÉVIO DE ANTIBIÓTICO;
- CRISE FEBRIL COMPLEXA (DURAÇÃO > 15 MIN, CRISES FOCAIS, CRISES REPETITIVAS).

DOR ABDOMINAL EM GESTANTES

ANAMENSE

- TEMPO DE INÍCIO DA DOR;
- LOCALIZAÇÃO DA DOR (PREJUDICADA EM GESTANTES DEVIDO ALTERAÇÃO DA ANATOMIA);
- COMO É A DOR: LOCALIZAÇÃO, IRRADIAÇÃO, INTENSIDADE, DURAÇÃO, EVOLUÇÃO;
- SINTOMAS ASSOCIADOS: : NÁUSEAS, VÔMITOS, DIARREIA, DISÚRIA, URGÊNCIA MICCIONAL, FEBRE, OBSTIPAÇÃO, CORRIMENTO VAGINAL, SANGRAMENTO VAGINAL, PERDA DE LÍQUIDO VIA VAGINAL.



AFERIR DADOS VITAIS.
VERIFICAR IDADE GESTACIONAL.
AVALIAR OS BATIMENTOS CARDIO-FETAIS (BCF).
COLOCAR PACIENTE EM DECÚBITO LATERAL ESQUERDO (PRINCIPALMENTE APÓS 24 SEMANAS)

SINAIS DE GRAVIDADE:

- IDADE GESTACIONAL > 20 SEMANAS;
 - PA \geq 160X110mmHg;
 - EDEMA GENERALIZADO;
 - ICTERÍCIA;
 - REBAIXAMENTO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA;
 - CONVULSÕES;
 - EQUIMOSES PELO CORPO.
- SANGRAMENTO VAGINAL COM SINAIS DE CHOQUE HIPOVOLÊMICO
- HIPOTENSÃO (PAS < 90mmHg)
 - TAQUICARDIA (FC > 100 Bpm)
 - TAQUIPNEIA (FR > 22irpm)
 - HIPOPERFUSÃO PERIFÉRICA (TEC > 3seg)

SINAIS DE GRAVIDADE?

SIM

DISCUTIR COM REGULAÇÃO DO SAMU
3360-4980

+
VER FLUXO DE SÍNDROME
HIPERTENSIVA NA GESTAÇÃO OU
FLUXO DE SANGRAMENTO GENITAL
FEMININO

NÃO

SINAIS DE ALERTA:

- PERITONITE;
- FEBRE;
- HIPOTENSÃO;
- CALAFRIOS;
- VÔMITOS;
- SINAL DE GIORDANO POSITIVO;
- DOR EM HIPOCÔNDRIO DIREITO.

CAUSA OBSTÉTRICA?

SIM

- ABORTAMENTO;
- TRABALHO DE PARTO A TERMO;
- TRABALHO DE PARTO PREMATURO (TPP);
- CONTRAÇÕES DE BRAXTON-HICKS;
- DESCOLAMENTO DE PLACENTA (DPP);
- DOR DO LIGAMENTO REDONDO;
- DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA (DIP)

NÃO

- APENDICITE;
- CÓLICA BILIAR/ COLECISTITE;
- OBSTIPAÇÃO;
- PIELONEFRITE;
- CISTITE;
- GASTROENTERITE (GECA).

SUSPEITA DE ABORTAMENTO/ DPP ou TPP?

SIM

SIM

SINAIS DE ALERTA?

NÃO

NÃO

TRABALHO DE PARTO?

NÃO

SIM

PRESCREVER SINTOMÁTICOS
+
ORIENTAR PROCURAR MATERNIDADE DE REFERÊNCIA OU APS

VER FLUXO DE ASSISTÊNCIA AO TRABALHO DE PARTO NA UPA

ENCAMINHAR PARA MATERNIDADE

DISCUTIR COM REGULAÇÃO DO SAMU 3360-4980

MANEJO CLÍNICO:

- DEITAR PACIENTE EM DECÚBITO LATERAL ESQUERDO.
- ACESSO VENOSO PERIFÉRICO.
- VERIFICAR BCF A CADA 20 MIN.
- **HIDRATAÇÃO** (SE HIPOTENSÃO OU DESIDRATAÇÃO):
- SF 0,9% 20ML/KG.
- **ANALGESIA SIMPLES:**
- DAPIRONA 500MG/ML IV (SE DOR OU FEBRE).
- HIOSCINA 20MG IV (SE DOR).
- **SINTOMÁTICOS AUXILIARES:**
- METOCLOPRAMIDA 5MG/ML IV (SE VÔMITOS).

A ADMINISTRAÇÃO DE ANTIBIÓTICOS SERÁ INSTITUÍDA NA MATERNIDADE.

• SE INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO:
VER FLUXO DE INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO EM GESTANTES

• SE GECA OU CONSTIPAÇÃO:
ORIENTAR DIETA
+
PRESCREVER SINTOMÁTICOS
+
ORIENTAR PROCURAR MATERNIDADE DE REFERÊNCIA OU APS

DOR ABDOMINAL NO ADULTO

AVALIAÇÃO INICIAL DA DOR ABDOMINAL

➤ ANAMNESE

- TEMPO DE INÍCIO DA DOR;
- **COMO É A DOR:** LOCALIZAÇÃO, IRRADIAÇÃO, INTENSIDADE, DURAÇÃO, EVOLUÇÃO;
- FATORES DESENCADEANTES OU AGRAVANTES;
- FATORES DE ALÍVIO;
- **FATORES DE RISCO:** CIRURGIAS ABDOMINAIS, TRAUMA, VIAGEM, HISTÓRICO FAMILIAR, HISTÓRICO DE DOENÇAS, USO DE MEDICAÇÃO, ALCOOLISMO, DROGADIÇÕES, IST, ALIMENTAÇÃO, GRAVIDEZ, CARDIOPATIA;
- **SEXO;**
- **SINTOMAS ASSOCIADOS:** NÁUSEAS, VÔMITOS, DIARREIA, DISÚRIA, URGÊNCIA MICCIONAL, FEBRE, OBSTIPAÇÃO, PIROSE, PLENITUDE PÓS-PRADIAL, ERUCTAÇÕES, EMPACHAMENTO, DISTENSÃO ABDOMINAL, EMAGRECIMENTO, FADIGA, ICTERÍCIA, COLÚRIA, ACOLIA, PRURIDO, HEMATÊMESE, MELENA, ENTERORRAGIA, HEMATOQUEZIA, VÔMITOS FECALÓIDES, DISPAREUNIA, DISMENORREIA, DOR LOMBAR, CORRIMENTO VAGINAL, ANSIEDADE, SINTOMAS DEPRESSIVOS;

➤ EXAME FÍSICO

- **SINAIS VITAIS:** P.A., GLICEMIA CAPILAR, F.C., F.R., TEMPERATURA, SATURAÇÃO DE O₂
- AUSCULTA PULMONAR.
- PALPAÇÃO DE PULSOS DISTAIS EM MMSS E MMII
- **INSPEÇÃO:** MARCHA (ANTÁLGICA), PALIDEZ CUTÂNEA, HIDRATAÇÃO, ICTERÍCIA, TELANGIECTASIA, HEMATOMA PERIUMBILICAL OU FLANCOS, DISTENSÃO ABDOMINAL, ASCITE, HERNIAS ABDOMINAIS, CICATRIZ DE CIRURGIAS PRÉVIAS;
- **AUSCULTA:** RUIDOS HIDROAÉREOS PRESENTES/AUSENTES/ DIMINUÍDOS/ METÁLICOS;
- **PERCUSSÃO:** SINAIS DE HIPERTIMPANISMO, GIORDANO, JOBERT;
- **PALPAÇÃO:** MASSA PALPÁVEL, ADENOMEGALIA, RIGIDEZ ABDOMINAL, DOR A COMPRESSÃO, DESCOMPRESSÃO DOLOROSA (BLUMBERG), OUTROS SINAIS ABDOMINAIS (ROVSING/ MURPHY/ SINAL DO PSOAS/ SINAL DO OBTURADOR), FUNDO UTERINO (GRAVIDEZ);
- **TOQUE VAGINAL:** DOR A MOBILIZAÇÃO DE ANEXOS, COLO ABERTO (ABORTAMENTO);
- **TOQUE RETAL:** TUMOR DE RETO, FECALOMA, CORPO ESTRANHO.

*PROPEDÊUTICA COMPLEMENTAR

➤ EXAMES LABORATORIAIS:

- HEMOGRAMA, PARCIAL DE URINA, SÓDIO, POTÁSSIO, FUNÇÃO RENAL, FUNÇÃO HEPÁTICA, GAMA-GT, LIPASE, BILIRRUBINAS, PROTEÍNA C-REATIVA
- B-HCG PARA TODA DOR ABDOMINAL SUSPEITA DE ABDOME AGUDO EM MULHER EM IDADE FÉRTIL.
- **RAIO-X DE ABDOME AGUDO:**
- AP EM PÉ, AP DEITADO E PA DE TORAX.

TIPOS DE ABDOME AGUDO:

DOR ABDOMINAL, NÃO TRAUMÁTICA, DE APARECIMENTO SÚBITO, DE INTENSIDADE VARIÁVEL, ASSOCIADA OU NÃO A OUTROS SINTOMAS. GERALMENTE COM DURAÇÃO DE HORAS ATÉ 4 DIAS, NÃO ULTRAPASSANDO 7 DIAS.

CLASSIFICAÇÃO:

- 1- INFLAMATÓRIO:** APENDICITE AGUDA, COLECISTITE AGUDA, DIVERTICULITE, DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA (DIP), ABSCESSOS INTRACAVITÁRIOS, PERITONITES PRIMÁRIAS E SECUNDÁRIAS;
- 2- PERFURANTE:** ÚLCERA PÉPTICA, CÂNCER GASTROINTESTINAL, AMEBÍASE, DIVERTÍCULOS DE CÓLONS, PERFURAÇÃO DO APÊNDICE, PERFURAÇÃO DA VESÍCULA BILIAR;
- 3- OBSTRUTIVO:** OBSTRUÇÃO PÍLÓRICA, HÉRNIA ESTRANGULADA, BRIDAS, ÁSCARIS, CORPOS ESTRANHOS, CÁLCULO BILIAR, VOLVO, INTUSSUSCEPÇÃO, FECALOMA;
- 4- HEMORRÁGICO:** GRAVIDEZ ECTÓPICA, ROTURA DE ANEURISMA ABDOMINAL, CISTO HEMORRÁGICO DE OVÁRIO, ROTURA DE BAÇO, ENDOMETRIOSE, NECROSE TUMORAL;
- 5- VASCULAR:** TROMBOSE DA ARTÉRIA MESENTÉRICA, TORÇÃO DO GRANDE OMENTO, TORÇÃO DO PEDÍCULO DE CISTO OVARIANO, INFARTO ESPLÊNICO.

CATÁSTROFE VASCULAR

- DOR ABDOMINAL AGUDA, DE FORTE INTENSIDADE, DESPROPORCIONAL AO EXAME FÍSICO. COM A EVOLUÇÃO, PODEM-SE ENCONTRAR MANIFESTAÇÕES ABDOMINAIS, COMO AUMENTO DA SENSIBILIDADE DOLOROSA, PRESENÇA DE DESCOMPRESSÃO DOLOROSA E DEFESA MUSCULAR DIFUSA OU LOCALIZADA;
- FATORES DE RISCO:
- CARDIOPATIA, ARRITMIAS, INSUFICIÊNCIA CARDÍACA, IAM RECENTE, HIPOTENSÃO;
- EMBOLIA/ TROMBOSE MESENTÉRICA

ABDOME AGUDO OCLUSIVO

- RAIO-X DE ABDOME AGUDO COM PRESENÇA DE NÍVEL LÍQUIDO E DISTENSÃO DE ALÇAS INTESTINAIS PROXIMAIS E DIMINUIÇÃO/ DESAPARECIMENTO DAS ALÇAS DISTAIS À OBSTRUÇÃO, OU EMPILHAMENTO DE MOEDAS.
- NESTES CASOS, ACIONAR PROTOCOLO DO SAMU 3360-4980

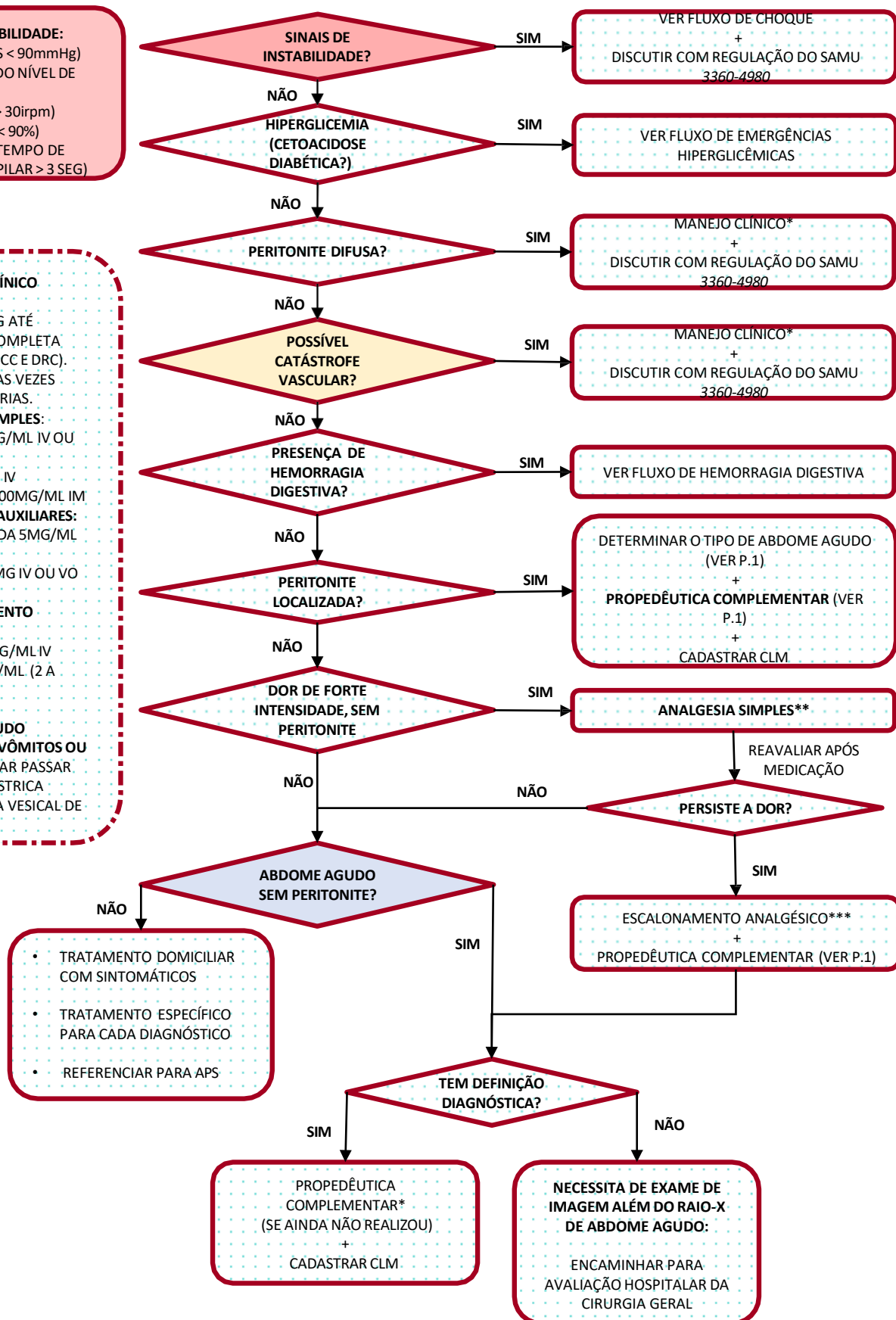
DOR ABDOMINAL

SINAIS DE INSTABILIDADE:

- HIPOTENSÃO (PAS < 90mmHg)
- REBAIXAMENTO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA
- TAQUIPNÉIA (FR > 30irpm)
- HIPOXEMIA (SO₂ < 90%)
- HIPOPERFUSÃO (TEMPO DE ENCHIMENTO CAPILAR > 3 SEG)

*MANEJO CLÍNICO

- **HIDRATAÇÃO:**
 - SF 0,9% 20ML/KG ATÉ REIDRATAÇÃO COMPLETA (ATENÇÃO COM ICC E DRC). REPETIR QUANTAS VEZES FOREM NECESSÁRIAS.
- ****ANALGESIA SIMPLES:**
 - DIPIRONA 500MG/ML IV OU IM
 - HIOSCINA 20MG IV
 - CETOPROFENO 100MG/ML IM
- **SINTOMÁTICOS AUXILIARES:**
 - METOCLOPRAMIDA 5MG/ML IV (SE VÔMITOS)
 - OMEPRAZOL 40MG IV OU VO 20MG
- *****ESCALONAMENTO ANALGÉSICO:**
 - TRAMADOL 50MG/ML IV
 - MORFINA 10MG/ML (2 A 4MG IV)
- **SE ABDOME AGUDO OCLUSIVO COM VÔMITOS OU HDA:** CONSIDERAR PASSAR SONDA NASOGÁSTRICA ABERTA + SONDA VESICAL DE DEMORA



DOR TORÁCICA

TIPO DE DOR

- **TIPO/ LOCALIZAÇÃO DA DOR: 1 PONTO**
DOR CONSTRICTIVA E/ OU TIPO "PESO" E/ OU TIPO QUEIMOR ESPALHADA PELA REGIÃO ANTERIOR DO TÓRAX
- **IRRADIAÇÃO/ SINTOMAS ASSOCIADOS: 1 PONTO**
PODE IRRADIAR PARA PESCOÇO/ MANDÍBULA, FACE INTERNA DOS BRAÇOS, OMBROS, REGIÃO DORSAL. PODE TAMBÉM VIR ACOMPANHADA DE SUDORESE, NÁUSEAS, VÔMITOS, DESCONFORTO RESPIRATÓRIO
- **FATORES DE MELHORA/ PIORA: 1 PONTO**
GERALMENTE PIORA COM ESFORÇO, MELHORA COM REPOUSO E NITRATO SUBLINGUAL

- TIPO A-** DEFINITIVAMENTE ANGINOSA (3 PONTOS)
- TIPO B-** PROVAVELMENTE ANGINOSA (2 PONTOS)
- TIPO C-** PROVAVELMENTE NÃO-ANGINOSA (1 PONTO)
- TIPO D-** DEFINITIVAMENTE NÃO ANGINOSA (0 PONTOS)

FATORES DE RISCO

HAS, DM, DISLIPIDEMIA, OBESIDADE (IMC > 30Kg/M2), SEDENTARISMO, TABAGISMO (ATUAL OU INTERRUPTÃO <3 MESES), HISTÓRIA FAMILIAR POSITIVA (MÃE OU IRMÃ COM IAM < 65 ANOS/ PAI OU IRMÃO COM IAM < 55 ANOS).

DOR TORACICA VASCULAR
DOR TIPO "RASGADURA", SÚBITA, INTENSA, COM IRRADIAÇÃO PARA DORSO, ASSOCIADO À SUDORESE, ALTERAÇÃO DE PULSO ENTRE OS MMSS E ALTERAÇÃO DE P.A. ENTRE MSE E MSD, COM VARIAÇÃO > 20mmHg NA PA SISTÓLICA E 10mmHg NA PA DIASTÓLICA.
*RAIO-X TORAX: ALARGAMENTO DO MEDIASTINO.

SUSPEITA DE SÍNDROME CORONARIANA?

SIM → VER FLUXO DE SÍNDROME CORONARIANA

NÃO

DOR TIPO VASCULAR?

SIM →

DISCUTIR COM REGULAÇÃO DO SAMU 3360-4980
+
MANEJO CLÍNICO:

- > **SUORTE:**
 - ACESSO VENOSO CALIBROSO
 - MONITORIZAÇÃO CONTINUA
 - AVALIAR VIA AEREA
 - O2 SUPLEMENTAR (SE SO2 < 90%)
- > **MEDICAMENTOSO:**
 - METOPROLOL 1MG/ML IV: 2,5 A 5MG, EM BOLUS, COM VELOCIDADE DE INFUSÃO DE 1MG/MIN. PODE REPETIR ATÉ 3X.
 - MORFINA 10MG/ML IV: 2 A 4MG A CADA 5-15 MIN

SE APÓS BETABLOQUEADOR, PERMANECER COM PAS > 120mmHg:

- NITROGLICERINA 5MG/ML: 5 A 10MCG/KG/MIN EM BIC

NÃO

DOR VENTILATÓRIO-DEPENDENTE?

SIM → VER FLUXO DE DOR TORÁCICA VENTILATÓRIO-DEPENDENTE

NÃO

DOR À PALPAÇÃO OU MOVIMENTAÇÃO?

SIM →

TRATAMENTO DOMICILIAR INDIVIDUALIZADO

- COSTOCONDRITE;
- FRATURA DE COSTELA;
- MIALGIA;
- NEURITE INTERCOSTAL;
- HERPES ZOSTER.

NÃO

DOR INESPECÍFICA

ELETROCARDIOGRAMA

ALTERAÇÕES ISQUÊMICAS: (SUPRA DE ST/ INFRA DE ST/ INVERSÃO DE ONDA T/ BRE)

ARRITMIA CARDÍACA (BRADIARRITMIA/TAQUIARRITMIA)

NORMAL

VER FLUXO DE SÍNDROME CORONARIANA AGUDA

VER FLUXO DE ARRITMIAS

CONSIDERAR CAUSA ESOFÁGICA OU PSICOSOMÁTICA

EMERGÊNCIAS HIPERGLICÊMICAS

GLICEMIA CAPILAR > 250 mg/dL

SIM

SINAIS DE ALARME?

NÃO

SINAIS DE ALARME:

- NÁUSEAS E VÔMITOS
- DOR ABDOMINAL
- TAQUICARDIA
- TAQUIPNEIA (RESPIRAÇÃO DE KUSSMAUL)
- HÁLITO CETÔNICO
- REBAIXAMENTO DE NÍVEL DE CONSCIÊNCIA
- SONOLÊNCIA EXCESSIVA
- CONVULSÕES

CETOACIDOSE DIABÉTICA (CAD):

- pH < 7,3
- HCO₃ < 15
- CETONÚRIA: PRESENTE

ESTADO HIPEROSMOLAR HIPERGLICÊMICO (EHH):

- GLICOSE > 600 mg/dL
- HCO₃ > 18 / pH > 7,3
- CETONÚRIA: AUSENTES
- OSMOLARIDADE > 320

SIM

SINAIS DE DESIDRATAÇÃO?

NÃO

HIDRATAÇÃO
+
AFASTAR FATORES DE
DESCOMPENSAÇÃO *

- AVALIAR FATORES DE DESCOMPENSAÇÃO*
- SE SOMENTE HIPERGLICEMIA, REFERENCIAR À APS PARA AJUSTE DE TRATAMENTO

MANEJO CLÍNICO
(VER P.2)

*FATORES DE DESCOMPENSAÇÃO

- INFECÇÕES
- TRATAMENTO IRREGULAR
- ABDOMINAIS (PANCREATITE, COLECISTITE, APENDICITE, VÔMITOS, DIARREIA)
- VASCULAR (IAM, AVE)
- MEDICAÇÕES (CORTICOESTERÓIDES, FENITOÍNA, TARV)
- SUBSTÂNCIAS: ÁLCOOL, COCAÍNA

ACHADO CLÍNICO	CETOACIDOSE DIABÉTICA (CAD)	ESTADO HIPEROSMOLAR HIPERGLICÊMICO (EHH)
IDADE	< 30 ANOS	> 40 ANOS, + IDOSO
TIPO DE DM	DM1	DM2
GLICOSE (mg/dL)	250-800	600-2400
INSTALAÇÃO	RÁPIDA (HORAS)	PROGRESSIVA (DIAS)
SINTOMAS NEUROLÓGICOS	NORMALMENTE ALERTA (PODE HAVER REBAIXAMENTO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA)	REBAIXAMENTO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA É A REGRA
SINAIS	HÁLITO CETÔNICO, TAQUIPNEIA, RESPIRAÇÃO DE KUSSMAUL	PROFUNDA DESIDRATAÇÃO
PECULIARIDADES	NÁUSEAS, VÔMITOS, DOR ABDOMINAL	DIFICULDADE DE ACESSO À ÁGUA
CORPOS CETÔNICOS NA URINA	PRESENTES	AUSENTES
PH SANGUÍNEO	BAIXO (<7,3)	NORMAL (>7,3)
SÓDIO SÉRICO	USUALMENTE BAIXO	VARIADO
POTÁSSIO SÉRICO	VARIADO	NORMAL OU ALTO
BICARBONATO (HCO ₃)	BAIXO	NORMAL
OSMOLARIDADE SÉRICA (mOsm/kg)	VARIÁVEL	> 320

Osmolaridade sérica = 2 X {sódio + potássio} + (glicemia/18) + (uréia/6)

EMERGÊNCIAS HIPERGLICÊMICAS- MANEJO CLÍNICO

- PROTEGER VIAS AÉREAS E GARANTIR OXIGENAÇÃO (ELEVAÇÃO DO MENTO OU MANDÍBULA/ GUEDEL/ MÁSCARA COM RESERVATÓRIO)
- VERIFICAR SINAIS VITAIS
- ACESSO VENOSO CALIBROSO
- ELETROCARDIOGRAMA
- COLETAR EXAMES*
- CADASTRAR PACIENTE NA CLM

SF 0,9% IV: 15 A 20ML/KG NA PRIMEIRA HORA (100 A 1500ML)

*SE CAD

FLUIDOS IV

INSULINA

POTÁSSIO

BICARBONATO

SÓDIO CORRIGIDO > 135mEq/L

SIM NÃO

NaCl 0,45%**:
4 A
14ml/kg/h
(250 A 500 ml/h)

SF 0,9%
4 A
14ml/kg/h
(250 A 500 ml/h)

K > 3,3mEq/L

SIM

NÃO

INSULINA REGULAR EM BIC 0,1U/KG/H
50UI Insulina Regular + 50ml SF 0,9%
(1UI/ml)

SE K > 3,3 E < 5.2 mEq/L:

KCl 19,1% 1 ampola + SF 0,9% 1000ml IV
EM BICA 42-84ml/h

SE K ≥ 5,2 mEq/L

NÃO REPOR POTÁSSIO

NÃO ADMINISTRAR INSULINA

REPOR 20-30 mEq/H,
ATÉ K > 3,3 mEq/L
(KCl 19,1% 2ampolas +
500ml SF 0,9%, IV,
correr em 1 hora)

PH ≤ 6,9

NÃO

SIM

NÃO REPOR BICARBONATO

NaHCO₃
8,4% 100ml
+ SF 0,9%
400ml IV
EM 2H.
SE
PERSISTIR
PH < 6,9,
REPETIR
DOSAGEM,
ATÉ OBTER
PH > 7

GLICEMIA CAPILAR DE 1/1H

TAXA IDEAL DE QUEDA DA GLICEMIA:

50 A 75 mg/dL/h.

SE REDUÇÃO < 10%:

DOBRAR DOSE DE INSULINA REGULAR IV
(0,2U/KG/H)

QUANDO GLICEMIA CHEGAR EM 200-300mg/dL

TROCAR SF 0,9% PARA NaCl 0,45%**:
4-14ML/KG/H- 250 A 500ML/H

REDUZIR A DOSE DE INSULINA REGULAR PARA 0,02 A 0,05UI/KG/H
(MANTER GLICEMIA ENTRE 150 A 250 mg/DI)

SUSPENSÃO DA BOMBA DE INSULINA

CRITÉRIOS

GLICEMIA < 250 mg/DI E PH > 7,3 E BICARBONATO > 18mEq/L E CETONÚRIA NEGATIVA (FITA URINÁRIA)

CUIDADOS:

- INSULINA REGULAR 10UI SUBCUTÂNEA.
- MANTER INSULINA EM BIC POR 2-4H APÓS INÍCIO DE INSULINA SUBCUTÂNEA.

SE HISTÓRICO DE DM 1 CONHECIDO:

- MANTER DOSE HABITUAL PRÉVIA.
- SE CAD EM DM1 DESCONHECIDO:
- ENCAMINHAR PARA AVALIAÇÃO HOSPITALAR ENDOCRINOLOGIA

SÓDIO CORRIGIDO = SÓDIO MEDIDO + [1,6 X (GLICEMIA - 100)/100]

*EXAMES COMPLEMENTARES

- GASOMETRIA ARTERIAL
- GLICOSE
- ELETRÓLITOS (SÓDIO/ POTÁSSIO)
- URÉIA/ CREATININA
- HEMOGRAMA
- URINA TIPO 1

**NaCl 0,45%:

COLOCAR 22ML DE NaCl 20% EM 980mL DE SG 5%

URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS PSIQUIÁTRICAS EM GESTANTES

DEVE-SE LEVANTAR A POSSIBILIDADE GRAVIDEZ PARA TODA MULHER EM IDADE FÉRTIL QUE SE APRESENTAR COM QUADRO DE EMERGÊNCIA OU URGÊNCIA PSIQUIÁTRICA.
SEMPRE QUESTIONAR SOBRE POSSIBILIDADE GESTACIONAL, USO DE ANTICONCEPÇÃO, DATA DA ÚLTIMA MENSTRUÇÃO (DUM).

GESTAÇÃO CONHECIDA OU POSSÍVEL A IDENTIFICAÇÃO PELA CLÍNICA + EXAME FÍSICO (FUNDO UTERINO PALPÁVEL) COM QUADRO DE URGÊNCIA/ EMERGÊNCIA PSIQUIÁTRICA

MANEJO CLÍNICO

- DEITAR PACIENTE EM DECÚBITO LATERAL ESQUERDO (SE POSSÍVEL)
- ACESSO VENOSO PERIFÉRICO
- VERIFICAR BCF A CADA 20 MIN (> 12 SEMANAS)
- **CONTENÇÃO MECÂNICA:** SE RISCO DE HETERO OU AUTOAGRESSÃO. PELO MENOR PERÍODO DE TEMPO POSSÍVEL
- **CONTENÇÃO QUÍMICA:**
 - HALOPERIDOL 5MG: 1 AMP IM A CADA 30 MIN ATÉ CESSAR A CRISE, COM MÁXIMO DE 6 DOSES.
- SE SINTOMAS EXTRAPIRAMIDAIS:
 - BIPERIDENO 5MG/ML: 3-5MG 6/6H
- PACIENTES QUE NÃO ENCONTRAM-SE AGRESSIVOS, PODEM FAZER USO DE MEDICAÇÃO VO:
 - HALOPERIDOL 5MG 1-4X/DIA. MÁX 40MG/DIA
 - MEDICAÇÃO DE PROTEÇÃO AO SUICÍDIO: (IRIS ≥10. VER P.2)
 - CARBONATO DE LÍTIO 300MG
- EVITAR NO 1º TRIMESTRE. CASO NECESSÁRIO NESTE PERÍODO, AVALIAR RISCO X BENEFÍCIO
 - 1º DIA: 300MG
 - 2º DIA: 600MG
 - 3º DIA EM DIANTE: 900MG

CAUSAS DE AGITAÇÃO PSICOMOTORA:

- DELIRIUM
- SURTO PSICÓTICO
- HIPÓXIA
- TRAUMA CRANIO-ENCEFÁLICO(TCE)
- INTOXICAÇÃO POR COCAÍNA/PSICOESTIMULANTES
- INTOXICAÇÃO ALCOÓLICA
- ABSTINÊNCIA ALCOÓLICA
- ATAQUE DE PÂNICO
- TRANSTORNO E PERSONALIDADE (HISTRIÔNICA, ANTISSOCIAL, BORDERLINE, NARCISÍSTICA)

AFASTAR CAUSA SECUNDÁRIA COM PROPEDÊUTICA COMPLEMENTAR

- **SEM EXAMES PRÉVIOS DE PRÉ-NATAL:**
HEMOGRAMA, GLICOSE, ELETRÓLITOS, CREATININA, PARCIAL DE URINA, UROCULTURA, ANTI-HIV 1 E 2, ANTI-HCV, HBSAG, RASTREAMENTO DE SÍFILI-QUIMIOLUMINESCÊNCIA, ELETROCARDIOGRAMA (ECG)
- **COM ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL:**
HEMOGRAMA, GLICOSE, ELETRÓLITOS, CREATININA, UREIA, PARCIAL DE URINA, ECG
- **ABSTINÊNCIA ALCOÓLICA:**
ACRESCENTAR: CPK, UREIA, LIPASE, TGO, TGP, RNI, BILIRRUBINAS
- **GESTANTES QUE NECESSITAM DE ECOGRAFIA OBSTÉTRICA ANTES DE ENCAMINHAMENTO PARA UEP OU CAPS E QUE NÃO SÃO VINCULADOS A NENHUMA MATERNIDADE:**
ENTRAR EM CONTATO COM A EQUIPE DO MÃE CURITIBANA NO TELEFONE 3350-9451 E DISCUTIR O CASO

VAGA UEP

- ESTABILIZAÇÃO DE URGÊNCIA/ EMERGÊNCIA **PSIQUIÁTRICA**
- DELIRIUM TREMENS APÓS EXAMES LABORATORIAIS
- GRAVE AGITAÇÃO PSICOMOTORA NÃO CONTROLADA COM MEDIDAS INICIAIS
- COMPORTAMENTO ANTISSOCIAL DISRUPTIVO SEM RESPOSTA AO MANEJO INICIAL

VAGA CAPS

- DESCOMPENSAÇÃO DO QUADRO PSIQUIÁTRICO
- DESINTOXICAÇÃO E PREVENÇÃO DE SÍNDROME DE ABSTINÊNCIA DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS
- OBSERVAÇÃO DE ALTERAÇÃO COMPORTAMENTAL COM DESCARTE DE CONDIÇÃO CLÍNICA
- AJUSTE MEDICAMENTOSOS E/OU MONITORAMENTO SEM SUPORTE FAMILIAR

URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS PSIQUIÁTRICAS EM GESTANTES

IRIS: ÍNDICE DE RISCO DE SUICÍDIO

DADO	PONTUAÇÃO	
	SEXO	MASCULINO 1 PONTO
IDADE	≥ 45 ANOS 1 PONTO	< 45 ANOS 0 PONTOS
RELIGIOSIDADE	NÃO 1 PONTO	SIM 0 PONTOS
ISOLAMENTO. VIVE SÓ, SEM APOIO FAMILIAR OU SOCIAL	SIM 2 PONTOS	NÃO 0 PONTOS
PERDA RECENTE MARCANTE. LUTO, DESEMPREGO, PERDA MATERIAL OU DE ESTATUTO	SIM 2 PONTOS	NÃO 0 PONTOS
DOENÇA FÍSICA. INCAPACIDADE OU TERMINAL	SIM 2 PONTOS	NÃO 0 PONTOS
ABUSO. ÁLCOOL OU SUBSTÂNCIAS	SIM 2 PONTOS	NÃO 0 PONTOS
DOENÇA PSIQUIÁTRICA GRAVE. DESCOMPENSAÇÃO ATUAL DE PSICOSE. DEPRESSÃO MAIOR UNIPOLAR OU BIPOLAR. PERTURBAÇÃO GRAVE DA PERSONALIDADE	SIM 2 PONTOS	NÃO 0 PONTOS
HISTÓRIA DE INTERNAMENTO PSIQUIÁTRICO	SIM 2 PONTOS	NÃO 0 PONTOS
HISTÓRIA FAMILIAR DE SUICÍDIO	SIM 2 PONTOS	NÃO 0 PONTOS
HISTÓRIA PESSOAL DE COMPORTAMENTOS SUICIDAS. CONSIDERAR SIM SE HISTÓRICO DE 2 OU MAIS COMPORTAMENTOS PRÉVIOS OU APENAS, 1 SE GRAVE (MÉTODO VIOLENTO OU TENDO JUSTIFICADO CUIDADOS INTENSIVOS)	SIM 3 PONTOS	NÃO 0 PONTOS
PLANO SUICIDA EXISTÊNCIA DE PLANO ORGANIZADO, CONSISTENTE, LETAL E EXEQUÍVEL. VALORIZAR ATOS PREPARATÓRIOS RECENTES (EX: CARTA DE DESPEDIDA, TESTAMENTO), BEM COMO O ACESSO A MEIOS LETAIS (ARMA DE FOGO, PESTICIDAS/ HERBICIDAS)	SIM ATRIBUIR DIRETAMENTE O VALOR 20 AO ESCORE TOTAL DO ÍNDICE	NÃO 0 PONTOS

INTERPRETAÇÃO DA ESCALA

PONTUAÇÃO	RISCO	CONDUTA
ESCORE TOTAL < 5	RISCO REDUZIDO	REFERENCIAR PARA APS
ESCORE TOTAL ≥ 5 E < 10	RISCO INTERMEDIÁRIO	SOLICITAR AVALIAÇÃO DO CAPS
ESCORE TOTAL ≥ 10	RISCO ELEVADO	DE SEGUNDA A SEXTA-FEIRA, DAS 08:00 ÀS 18:00H: ENTRAR EM CONTATO COM CENTRAL DE RETAGUARDA EM SAÚDE MENTAL (CRSM). DEMAIS HORÁRIOS, ENTRAR EM CONTATO COM NIR DA UEP

ORIENTAÇÃO E CONDUTA PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE E SEGURANÇA PÚBLICA EM SITUAÇÕES QUE ENVOLVEM URGÊNCIAS/ EMERGÊNCIAS PSQUIÁTRICAS.

INTRODUÇÃO

Considerando a implantação da rede de urgência e emergência (SAMU) no âmbito da 6ª Regional de Saúde, informamos que atualmente a **principal porta de entrada** para atendimento das urgências/emergências psiquiátricas são: hospitais municipais, UPAS e Pronto Atendimentos.

As ocorrências que ocorrerem no âmbito domiciliar em vias públicas ou situações de urgência/emergência que ocorrerem nos serviços de saúde deverão ser acionados o SAMU(192).

Baseado na resolução do CFM 1451/95: “Urgência significa ocorrência imprevista do agravo a saúde com ou sem risco potencial de vida cujo portador necessita de assistência imediata”. Na urgência psiquiátrica- situação de risco menor- intervenções em curto prazo (dias ou semanas). Emergência pela mesma portaria significa “agravo de saúde que indica risco imediato a vida com instituição de tratamento imediato”. Na Emergência psiquiátrica- situação de risco grave- intervenções imediatas e inadiáveis (minutos ou horas).

Qualquer situação de natureza psiquiátrica (delírio,alucinações, risco de suicídio, entre outros) em que exista um risco significativo(vida) para o usuário ou para terceiros, necessita de uma intervenção terapêutica imediata.

1. CENTRAL DE LEITOS PSQUIÁTRICOS (MÉDICO SOLICITANTE X MÉDICO REGULADOR)

Desde o ano de 2012 nenhuma instituição de saúde vinculada ao SUS interna pacientes psiquiátricos sem a inclusão da solicitação de vaga, via Central de Regulação de Leitos.

Todos os pacientes devem procurar/ser encaminhados às Porta de entrada (Pronto Atendimento Clínico, preferencialmente 24h, Unidades Básicas de Saúde, CAPS e outros) dos respectivos municípios de origem e são estas unidades que solicitam as vagas à Central de Regulação do CPM.

Após acolhimento, avaliação e intervenção inicial do paciente na PORTA DE ENTRADA e, diante da necessidade de internação integral em instituição psiquiátrica, a

6ª REGIONAL DE SAÚDE – UNIÃO DA VITÓRIA

Rua Marechal Floriano Peixoto, 180, Centro.

Telefone: 42 3521-1750– www.saude.pr.gov.br

PORTA DE ENTRADA faz contato via sistema e se necessário por telefone, com a Central de Regulação para solicitação de leito.

No momento da solicitação de leito, após cadastro inicial do paciente, com transcrição dos dados vitais e exames complementares, o médico solicitante discute o quadro clínico com o psiquiatra regulador. Nesta fase o regulador serve como ponto de apoio e orientação de medidas terapêuticas a serem tomadas pela unidade solicitante, onde o paciente permanecerá até a disponibilização do leito. É também nesta discussão inicial que muitas vezes solicitante e regulador entram em um consenso e optam por outro tipo de tratamento, que não o internamento integral (CAPS, Ambulatório e outros).

2. CONSIDERAÇÕES SOBRE INTERNAMENTO PSIQUIÁTRICO

São de competência exclusiva dos médicos a realização de diagnósticos médicos, indicação de conduta terapêutica tais como internamento hospitalar, fato importante ser considerado no processo de tomada de decisão, uma vez que frequentemente o profissional é pressionado no sentido de indicar internamento em função de critérios não técnicos.

É importante ter sempre em mente que diversas situações clínicas produzem sintomatologia psiquiátrica, mas necessitam de tratamento em hospitais gerais, como por exemplo, traumatismos cranianos, intoxicações exógenas, alterações metabólicas, etc. Em função disso a coleta da história deve considerar outros sintomas e todos os pacientes devem ser submetidos a exame físico completo.

Ter sempre em mente que tentativa de suicídio por intoxicação medicamentosa é uma emergência clínica e um paciente só deve ser encaminhado para atendimento psiquiátrico após cuidadosa avaliação clínica que constate que não mais existem riscos para a sua vida. Nesse tipo de tentativa é de suma importância pesquisar as drogas a que o paciente tem acesso, com atenção especial ao **LÍLIO**, uma vez que intoxicações por lítio se não forem prontamente tratadas são frequentemente fatais.

Indicativo de internamento psiquiátrico:

- **Agressividade** importante muito recente, em curso ou na iminência de se instalar (isto é: paciente inquieto, irritável, ameaçando agressividade);

- Presença de **ideação suicida** importante, isto é, o paciente refere intenção suicida presente, planos suicidas detalhados para execução imediata, ideias obsessivas de suicídio;
- **Agitação intensa** necessitando contenção física ou medicamentosa, que mesmo após a intervenção não apresentem melhora significativa;
- Alcoolista apresentando **síndrome de abstinência** importante com o risco de instalação de delirium tremens, isto é, pacientes com tremores **intensos**, sudorese profusa, ansiedade, etc... O quadro de delirium tremens quando instalado requer hospitalização em hospital geral.
- Uso de **substâncias psicoativas** (em nosso meio principalmente álcool ou cocaína/crack) de forma compulsiva em que paciente ou familiar afirmam ser impossível a entrada de abstinência no ambiente extra-hospitalar. Pacientes com quadros semelhantes de menor intensidade, mas com suporte familiar e/ou social precário ou inexistente, podem necessitar hospitalização;
- Embora o **quadro psicótico** (delírios, alucinações, isolamento social, etc...) em si não seja um indicativo de necessidade de internamento, pois pode ser tratado em ambulatório ou CAPS, a ausência de apoio familiar e/ou social faz o tratamento extra-hospitalar difícil, sendo um indicativo de internamento. O mesmo se aplica para os casos mais leves de dependências de substâncias psicoativas.

3. ORIENTAÇÃO PARA AVALIAÇÃO INICIAL DE PACIENTES COM TRANSTONO MENTAL E/OU DEPENDÊNCIA QUÍMICA

Diante das peculiaridades dos pacientes psiquiátricos, propomos uma espécie de roteiro para embasar o atendimento inicial desta clientela. Tal instrumento visa nortear a coleta de dados na entrevista inicial e posteriormente, sendo necessário o internamento integral, auxiliar o regulador a definir o recurso mais adequado para o paciente, evitando ao máximo erro de diagnóstico e informações truncadas, que dificultem o acesso ao leito e a correta definição de recurso para o caso específico.

Dentre as principais causas de encaminhamento para hospitalização de pacientes psiquiátricos estão: surto psicótico, tentativa de suicídio, dependência química e alcoolismo. Segue a abordagem de cada uma destas.

a) EPISÓDIO PSICÓTICO: informações importantes

Quadro Clínico Atual:

Orientado no tempo e no espaço? Vigilante, atento? Apresenta delírios (idéias de grandeza, perseguição, de ser controlado por forças externas, religiosas)? Alucinações (vozes comentando sua conduta, dando-lhes ordens, agredindo verbalmente?, sente odores ou tem visões que ninguém compartilha)? Apresenta agitação psicomotora (inquieta, não consegue ficar tranquilo, anda de um lado para outro, fala o tempo todo)? No episódio atual apresentando ou ameaçando agredir a outros ou a si mesmo? No momento apresenta necessidade de contenção mecânica e/ou medicamentosa? Alimentando-se e dormindo bem? Há quanto tempo está assim?

História da Doença:

Vem fazendo tratamento ambulatorial? Uso de medicação psiquiátrica? Qual? Este é o primeiro episódio psicótico? Se não, quantos anteriores?? Quando foi o último? História de internamentos psiquiátricos? Quantos, quando foi o último? História de acompanhamento em CAPS/Ambulatório? Tem suporte familiar? Doenças e tratamentos clínicos concomitantes?

b) TENTATIVA DE SUICÍDIO: informações importantes

Quadro Clínico Atual:

Queria efetivamente morrer (verificar se não se trata de episódio de automutilação)? Como foi a tentativa de suicídio? Que método utilizou? Qual a gravidade do estado resultante e qual o tratamento necessário (tratamento em pronto atendimento necessitou tratamento em UTI, posterior internamento em enfermaria)? Como e por quem foi socorrido? Como vê atualmente a tentativa (acha-a justificada, sem sentido)? Ideação suicida atual (continua pensando em suicídio, ideias obsessivas de suicídio, não pensa mais)? Intenção suicida (continua desejando morrer, desejo premente de morrer, desistiu do plano, quer viver? Tem uma justificativa para a tentativa? Qual? Quadro psiquiátrico de base. Vinha fazendo tratamento (qual, regularmente, há quanto tempo, onde)? Informe-se sobre suporte sócio-familiar.

História

Tentativas anteriores (há quanto tempo, qual gravidade, método, motivos, associação a quadro psiquiátrico de base)?

c) DEPENDÊNCIA QUÍMICA

Quadro Clínico Atual:

Quais substâncias usa (cocaína inalada, endovenosa, crack, maconha, etc...)? Com que frequência? Há quanto tempo? Quando usou pela última vez? Como a droga modifica o comportamento (fica agitado, agressivo, sedado, persecutório, apresenta alucinações)? Como é a abstinência (fica irritado, agressivo, rouba para poder comprar a droga)? Fazendo acompanhamento?

História do Quadro de Dependência:

Quando iniciou o uso de substâncias psicoativas? Quais já utilizou? Quais tratamentos já fez? Quais os resultados (períodos breves ou prolongados de abstinência)?

d) ALCOOLISMO

Quadro Clínico Atual:

Intoxicado, última dose há quantas horas? Estado psíquico (lúcido e orientado e tranquilo ou iniciando confusão mental)? Estado geral (debilitado, desnutrido, polineuropatias, tremores)? Estado mental (confusão mental, alucinações)? Qual bebida, usa outras substâncias psicoativas? Consumo diário? Como é afetado pela bebida (agressividade, apatia, sono prolongado, fica em casa, passa os dias na rua, ainda trabalha)? Cuidados pessoais? Alimentando-se, Bebendo atualmente há quanto tempo? Em tratamento atualmente? Qual? Informe –se sobre suporte familiar (vive com quem, a pessoa está presente, disposta a auxiliar?)

História do Quadro de Dependência Alcoólica:

Quando iniciou o uso problemático de álcool? Quais tratamentos já fez? Quais os resultados (períodos breves ou prolongados de abstinência)?

4. MODALIDADES DE INTERNAMENTO PSQUIÁTRICO E SUAS ABORDAGENS

Para o tratamento psiquiátrico ocorrer em estabelecimento hospitalar é indispensável a presença simultânea das condições citadas abaixo sendo que, em caso contrário, é indicado outro ponto de atenção da rede de saúde mental (portaria GM/MS 3088/2011):

- Existência de Transtorno Mental Grave;
- A hospitalização se apresenta como única possibilidade de tratamento;
- Impossibilidade de manutenção de tratamento em regime ambulatorial;

Diante das condições clínicas ou legais em que o paciente se encontra os tratamentos terapêuticos podem ser indicados através de internamento voluntário, involuntário ou compulsório.

O **internamento voluntário** é quando o paciente, embora com sintomas psiquiátricos, encontra-se colaborativo e segue as orientações clínicas indicadas.

A indicação de **internamento involuntário** ocorre sem o consentimento do paciente e a pedido de terceiros, porém, sempre com avaliação médica. Se dá nas seguintes situações:

- Quando o paciente apresenta rebaixamento ou estreitamento da consciência (estupor catatônico esquizofrênico ou depressivo, transtorno dissociativo histórico, intoxicação exógena e outros) ou preservação da consciência mas com perda da autonomia por falta de capacidade de discernimento para uma decisão racional (transtornos delirantes e alucinatórios, síndrome psicótica aguda, alto risco de suicídio, entre outros).
- Incapacidade grave de autocuidados.
- Risco de vida ou de prejuízos graves à saúde.
- Risco de autoagressão ou de heteroagressão.
- Risco de prejuízo moral ou patrimonial.
- Risco de agressão à ordem pública.
- Adolescentes menores de 16 anos e pessoas interditadas.

No caso de adolescentes menores de 16 anos, aplica-se a modalidade de internação involuntária, por questões legais, pois os mesmos são absolutamente incapazes para os atos da vida civil, conforme o Código Civil;

Já os pacientes que apresentam idade entre 16 e 18 anos são considerados relativamente incapazes para os atos da vida civil, conforme o Código Civil, e podem

ser internados de maneira voluntária, desde que se manifestem neste sentido e haja, também, a concordância e a assistência de seu responsável legal.

Em caso de discordância entre a decisão do responsável legal e o adolescente, deve-se buscar a internação compulsória, por meio de decisão judicial. Nesta modalidade de internação de crianças e adolescentes é indispensável a manifestação do Ministério Público em decorrência do que é expresso no Código de Processo Civil, bem como na Constituição Federal e no Estatuto da Criança e do Adolescente(ECA).

O pedido de **internação compulsória** é determinado pelo magistrado e trata-se de uma ordem judicial.

Diante da indicação de **internamento involuntário ou compulsório** quando o paciente se encontra com prejuízo da capacidade decisória em decorrência de sintomas psiquiátricos, às vezes pode ser necessário uma abordagem involuntária. Nestes casos é fundamental a avaliação médica para realizar qualquer procedimento involuntário (ex: medicar, conter, transferir paciente, etc.)

Caso o paciente esteja em seu domicílio quem vai avaliar o procedimento involuntário será o médico do SAMU e equipe;

Caso o paciente esteja num serviço de saúde, o médico do serviço irá avaliar, prescrever o procedimento e acionar a central de regulação para solicitação de leito psiquiátrico.

Se houver suporte familiar e o paciente estiver colaborativo, este poderá aguardar a liberação do leito em domicílio.

Obs: As abordagens involuntárias poderão ser respaldadas pela força policial, quem avalia essa necessidade será o médico assistente ou equipe do SAMU o qual farão contato prioritariamente com a polícia militar.

Fluxo:

1. O médico assistente (Hospital, CAPS, UPA ou PA), avalia o paciente;
2. O médico assistente confecciona o laudo com indicação de internamento involuntário;
3. O médico assistente entra em contato com a central de regulação de leitos psiquiátricos solicitando a liberação de vaga;
4. Tendo a vaga liberada a equipe de saúde aciona o traslado do paciente;
5. Se necessário aciona a força policial;

6. Procede com a transferência do paciente para Hospital Psiquiátrico;
7. O paciente deve ser prioritariamente acompanhado por um familiar, na ausência, qualquer profissional de saúde poderá acompanhá-lo.

5. SITUAÇÕES QUE REQUEREM INTERVENÇÃO DE FORÇA POLICIAL

Partimos da premissa que as situações que envolvem urgências e emergências psiquiátricas são condições de saúde como qualquer outra emergência, portanto cabe a equipe de saúde toda a assistência ao paciente.

Ocorre que tais solicitações podem chegar aos serviços de saúde ou não. Portanto, em situações em que a equipe de segurança (PM ou Bombeiro) recebeu a solicitação, este deve comunicar o SAMU, sobre a necessidade de atendimento do paciente e, este deve providenciar o envio de profissional de saúde para acompanhar a assistência, ou indicar o serviço de saúde que dará o suporte.

Nesta mesma linha, como já mencionamos anteriormente, abordagens psiquiátricas involuntárias podem ser respaldadas pela força policial com o objetivo de abordar ou conter o paciente, diante das seguintes situações:

- Ocorrências em que o paciente está ameaçando a própria vida ou de terceiros com armas de qualquer natureza (arma branca, arma de fogo, pedras, ou outros objetos), o paciente deve ser abordado exclusivamente pelas forças policiais e, se possível, com apoio da equipe de saúde. Após a contenção e garantia de segurança na cena, a equipe de saúde assume a assistência do paciente;
- Ocorrências em que a equipe de saúde está em risco sendo ameaçada durante a abordagem com paciente em franca crise psiquiátrica;
- Ocorrências em que precisa ser garantido o cumprimento da ordem judicial;

Vale ressaltar que todos os recursos de convencimento do paciente por estratégias de abordagem verbal devem ser esgotadas antes da utilização de força física. As situações que demandam ação simultânea de profissionais de saúde e segurança pública terão sempre como foco a preservação da integridade física do paciente e da segurança de terceiros, e das equipes de atendimento (policiais, bombeiros, médicos e enfermeiros)

O Ministério Público só deverá ser acionado diante do descumprimento das medidas mencionadas, por ambos os órgãos. O comunicado deve ser formal com informações sobre o quadro do paciente e a conduta a ser tomada.

6. MANEJO DE CRISE EM SAÚDE MENTAL PELA EQUIPE DO SAMU

AC39 - Manejo da crise em saúde mental

Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

Tratam-se fundamentalmente de situações de conflitos e/ou rupturas de vínculos sociais, que envolvem grave sofrimento psíquico para o usuário e/ou seu entorno e geralmente estão atreladas às dificuldades de comunicação, expressão e entendimento entre os envolvidos, que impedem o estabelecimento de consensos, gerando desorganizações na vida cotidiana.

Alvorço, confusão, agitação, medo, choro, tristeza, apatia, insegurança, alterações da percepção da realidade são algumas das expressões que igualmente denotam que algo não vai bem com o sujeito. Tanto aspectos biológicos como relacionais estão envolvidos na gênese desses desequilíbrios.

Conduta

1. Avaliar ambiente, sujeitos e segurança (método ACENA);
2. Definir um mediador considerando a receptividade do paciente;
3. Aproximar-se de forma tranquila (não acionar o sinal sonoro da ambulância), identificar-se (nome e função) e explicar motivo da aproximação (oferecer ajuda);
4. Disponibilizar-se ao “bom encontro”, ou seja, estar aberto ao contato e trocas de forma respeitosa e acolhedora;
5. Iniciar a comunicação buscando identificar qual a emoção presente na cena (raiva, medo, ansiedade, angústia, tristeza, irritação, indiferença). Acolher e ajudar a expressão da emoção, validando-a e procurando estabelecer uma relação de confiança;
6. Iniciar a comunicação mantendo atenção à linguagem verbal e não verbal (gestos, expressões faciais, atitude corporal) da equipe e todos os sujeitos envolvidos;
7. Identificar situações relacionadas ao contexto da crise/urgência, fatores desencadeantes, como eventos desfavoráveis, estressores cotidianos ou conflitos com outras pessoas. Uma vez identificados, explicitar que reconhece a situação conflitiva, dialogando em busca de outras soluções, mantendo o tom de voz normal, sem tomar partido e promovendo consensos possíveis. Observar que a aproximação ou distanciamento corporal pode contribuir para alívio na cena e relações;
8. Realizar avaliação primária e secundária observando o estado mental (ex: lucidez, orientação e noção da realidade) e considerando as condições clínicas específicas de cada situação;
9. Dialogar com familiares e pessoas próximas e identificar parentes, amigos ou outros profissionais que possam facilitar o entendimento e manejo da situação;
10. No caso da pessoa possuir vinculação com outro ponto de atenção da rede, tais como CAPS e UBS e usar essa informação, dizendo que fará contato com o profissional/serviço de referência, e posteriormente, comunicar o contato à Central de Regulação;
11. Rever as informações passadas pela regulação e coletar dados relacionados às condições de saúde do indivíduo, como antecedentes relevantes (transtorno mental diagnosticado, uso de substâncias psicoativas, crises anteriores, doenças clínicas e tratamentos prévios) e capacidade de autocuidado;

AC39

Protocolo Samu 192
Emergências Clínicas
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA

AC39 - Manejo da crise em saúde mental

12. Considerar solicitar à Central de Regulação a necessidade de apoio de profissionais da saúde mental e/ou do próprio SAMU. Policiais/bombeiros podem ser acionados em casos que coloquem em risco a segurança da cena;
13. Oferecer e negociar opções de conciliação e formas de lidar com o evento desencadeante, estimulando a tranquilização e melhor resolução da situação;
14. Considerar a importância de acolher os familiares e/ou outras pessoas envolvidas na cena;
15. Considerar o limite da mediação se presença de agravos da situação (estresse da equipe e/ou do ambiente, piora clínica do paciente e tempo excessivo);
16. Considerar a possibilidade de substituir o mediador;
17. Realizar contato com a Regulação Médica para comunicar a situação clínica atualizada, orientações e definição do encaminhamento.

Observações:

- Avaliação ACENA

A	Avaliar: Arredores, A casa e a presença de Armas ou Artefatos que indiquem o uso de Álcool e drogas; Altura e a Aparência do paciente.
C	Observar a presença de sinais de Conflito e Crise na rede social do paciente.
E	Avaliar as expectativas e a receptividade da rede social e do próprio paciente e sobre a Equipe de atendimento.
N	Avaliar o Nível de consciência, a adequação à realidade e a capacidade de escolha e Nível de sofrimento.
A	Avaliar a presença de sinais de uso de Álcool e drogas, a presença de Agressividade (atual ou anterior) e a presença de sinais de Auto-agressão.

AC40 - Agitação e situação de violência

Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

Paciente com quadro de hiperatividade, inquietude, angústia, irritabilidade e verborreia ou em uma atitude hostil (física e/ou verbal), ameaçadora ou em franca agressão. Irritabilidade exacerbada, medo e estresse são sentimentos que podem estar na base dessas situações.

Conduta em paciente armado

1. Avaliar ambiente, sujeitos e segurança (método ACENA).
2. Em caso de presença de objetos que podem ser utilizados para agressão ou autoagressão, informar o médico regulador para solicitar apoio da autoridade policial.
3. Na presença do apoio tentar negociar com o paciente a entrega/abandono do objeto, exceto na presença de arma de fogo.
4. Na presença de armas de fogo ou nos casos de resistência à entrega/abandono do objeto, a autoridade policial assumirá a mediação.
5. Após o desarme, medicar visando à tranquilização do paciente. Utilizar:
 - Haloperidol 5mg IM + Prometazina 50mg IM. Em longas deslocamentos pode-se repetir a dose do Haloperidol a cada 30 min.
6. Somente em pacientes com suspeita de intoxicação por drogas estimulantes pode-se associar Midazolam 5mg IM.

Realizar contato com a Regulação Médica para comunicar a situação clínica atualizada, orientações e definição do encaminhamento.

Conduta em paciente desarmado

7. Avaliar ambiente, sujeitos e segurança (método ACENA).
8. Abordar a cena conforme protocolo de manejo da crise (Protocolo AC39).
9. Demonstrar interesse e consideração pela situação, tentando estabelecer uma relação de confiança e deixando claro que você está ali para ajudar, na tentativa de tranquilizá-lo.
10. Ouvir atentamente o que o paciente tem a dizer, incluindo sua linguagem corporal.
11. Utilizar frases curtas e simples e repetir propostas.
12. Identificar um parente, amigo, ou profissional preferencialmente indicado pelo paciente, que possa oferecer suporte e negociar as necessidades de apoio e as formas de lidar com a situação.
13. Perguntar o que está acontecendo que possa estar causando a agitação, tentando associar o estado de agitação a quatro situações:
 - raiva – hostilidade, fala exaltada, tensão muscular, etc.;
 - euforia – hiperatividade, verborreia, ideia de grandeza, insônia, etc.;
 - medo – atitude de desconfiança, sensação de ameaça, etc.; e
 - confusão mental – desorientação, discurso incoerente, etc.
14. Investir na conversa com alguém agitado é uma estratégia potente para a redução da agitação, mesmo não havendo resposta verbal do paciente.

AC40 - Agitação e situação de violência

15. Ofertar opções para que o paciente possa escolher, mantendo postura firme e segura para negociar limites, sem desafiá-lo nem confrontá-lo.
16. Distensionar as situações de raiva, euforia e medo:
 - raiva – explicitar que reconhece a raiva, mas dialogar em busca de outras soluções;
 - euforia – manter o diálogo com atitudes claras, indicando limites e possibilidades, proporcionando um ambiente com poucos estímulos, que favoreça a tranquilização; e
 - medo – explicitar que reconhece o medo, ter atitude protetiva, escuta e fala acolhedoras.
17. Não fazer julgamentos e não prometer algo que não será realizado.
18. No caso de confusão mental (alteração do nível de consciência) considerar (Protocolo AC25).
19. Quando possível, realizar a avaliação primária e secundária como estratégia para mudar o foco e tranquilizar.
20. Em situação de agressão iminente, buscar o apoio e aproximação de outras pessoas na mediação, de modo a transmitir a mensagem de superioridade de força.
21. Se:
 - estiver superado o estado de agitação e/ou situação de violência, medicar com Diazepam 10mg VO; e
 - persistir o estado de agitação, medicar visando à tranquilização do paciente. Utilizar Haloperidol 5mg IM + Prometazina 50mg IM. Em longos deslocamentos pode-se repetir a dose do Haloperidol a cada 30min. Somente em pacientes com suspeita de intoxicação por drogas estimulantes pode-se associar Midazolam 5mg IM.
22. Realizar contato com a Regulação Médica para comunicar a situação clínica atualizada, orientações e definição do encaminhamento.

Observações:

- O quadro geralmente está associado a alteração metabólica, intoxicação por uso de álcool e outras drogas, sintomas psicóticos, conflitos e rupturas de vínculos familiares e sociais, que geram elevado grau de ansiedade e envolvem grave sofrimento psíquico para o usuário.
- Lembrar que a mediação é a melhor “ferramenta” para todos.
- Os pacientes envolvidos em situações de violência habitualmente causam emoções intensas. Na maioria das vezes provocam medo, mas também podem provocar raiva na equipe. É importante que os profissionais prestem atenção nas próprias emoções e nas suas reações em relação ao paciente.
- Avaliação ACENA

A	Avaliar: Arredores, A casa e a presença de Armas ou Artefatos que indiquem o uso de Álcool e drogas; Altura e a Aparência do paciente.
C	Observar a presença de sinais de Conflito e Crise na rede social do paciente.
E	Avaliar as expectativas e a receptividade da rede social e do próprio paciente e sobre a Equipe de atendimento.
N	Avaliar o Nível de consciência, a adequação à realidade e a capacidade de escolha e Nível de sofrimento.
A	Avaliar a presença de sinais de uso de Álcool e drogas, a presença de Agressividade (atual ou anterior) e a presença de sinais de Auto-agressão.

AC43 - Autoagressão e risco de suicídio

Critérios de inclusão:

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

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

Conduta:

ASPECTOS GERAIS

1. Ao se aproximar do local da ocorrência, desligar a sirene e manter apenas os sinais luminosos, sem pisca ou estrobo;
2. Avaliar ambiente, sujeitos e segurança (método ACENA);
3. Em caso de presença de objetos ou condições que promovam risco de heteroagressão ou autoagressão, informar o médico regulador para que solicite apoio de equipes especializadas e/ou autoridades policiais. Exemplos:
 - Objetos: armas de fogo, armas brancas, vidros quebrados, etc.;
 - Condições: altura (risco de queda), tráfego intenso (risco de atropelamento), água (risco de afogamento), refém, etc.
4. Afastar curiosos, imprensa ou qualquer estímulo que possa contribuir para o aumento do estresse na cena;
5. Abordar o paciente conforme os princípios previstos no protocolo de Manejo da Crise em Saúde Mental (AC39), considerando, em especial, as seguintes medidas:
 - Definir um mediador (preferencialmente um profissional de saúde treinado), considerando a receptividade do paciente em relação à formação de vínculo;
5. Abordar o paciente conforme os princípios previstos no protocolo de Manejo da Crise em Saúde Mental (AC39), considerando, em especial, as seguintes medidas:
 - Definir um mediador (preferencialmente um profissional de saúde treinado), considerando a receptividade do paciente em relação à formação de vínculo;
 - Desligar ou baixar o som do rádio comunicador e/ou do celular;
 - Aproximar-se de forma tranquila para ser visto pelo paciente e manter a segurança;
 - Identificar-se (nome e função) e explicar o motivo da aproximação (oferecer ajuda, escuta, apoio);
 - Iniciar a comunicação diretamente com o paciente, preferencialmente garantindo a privacidade do contato e encorajando a expressão de problemas e sentimentos vivenciados;
 - Perguntar o que está acontecendo e demonstrar interesse e consideração pela situação, tentando estabelecer uma relação de confiança e deixando claro que você está ali para ajudar o paciente.
 - **Fraseologia:** *“Gostaria de entender como você está se sentindo”; “Posso me aproximar?”; “Ficarei o tempo que for necessário para ajudar”.*
 - Identificar e legitimar (*“Dá para entender”; “É compreensível”; “Estou entendendo”*) a emoção presente na cena (raiva, desconfiança, medo, ansiedade, angústia, tristeza, irritação, desesperança, indiferença, frustração) e atentar às situações descritas pelo paciente como insuportáveis (*“Não aguento mais”; “Sou um peso para os outros”; “Eu preferia estar morto”; “Estão querendo acabar com a minha vida”*);
 - Estabelecer o ritmo da conversação sem pressa para chegar ao desfecho do atendimento, transmitindo ao paciente a sensação de que ele não está sozinho;

AC43 - Autoagressão e risco de suicídio

- Incentivar a mudança de local da conversa para um local mais seguro somente quando avaliar que essa atitude não aumentará o estresse ou a desconfiança do paciente. Exemplos: proponha outro lugar para continuarem a conversa que possa trazer mais conforto; ofereça água ou papel e caneta para escrever.
 - Se a situação for de risco, pode ser preferível não deixar que o paciente se mova sem ajuda especializada; mantenha o diálogo, negociando para que a pessoa permaneça imóvel, enquanto se articulam estratégias de intervenção (colchão de ar, escada, etc.).
 - Identificar eventos atuais, pessoas e outros estressores que possam ter precipitado a crise suicida. Valorizar:
 - Histórico de ameaças e tentativas anteriores de autoagressão e/ou suicídio;
 - Histórico psiquiátrico e tratamentos de saúde mental (uso abusivo de substâncias psicoativas, depressão, ansiedade, sintomas psicóticos como delírios persecutórios e alucinações auditivas de comando);
 - Sinais de intoxicação por álcool, outras drogas, pesticidas e/ou medicamentos;
 - Condições biológicas, psicossociais, situacionais e culturais pertinentes (dolorosas, terminais, recusa do tratamento de doenças, insônia, sensação de isolamento ou solidão, desemprego ou dificuldade financeira, término de relação amorosa, falecimento de ente querido, ausência de perspectivas ou projetos futuros).
 - Abordar o tema relativo à autoagressão e/ou ao risco de suicídio demonstrando uma postura de cuidado e, principalmente, evitando adotar uma postura de julgamento ou pressionar o paciente a fornecer detalhes da situação vivenciada.
 - **Fraseologia:** *“Imagino que o tamanho do seu sofrimento (dor) seja tão grande (insuportável) a ponto de já ter desejado morrer”*; *“Está considerando que acabar com a própria vida é a melhor solução?”*; *“Os pensamentos ou sonhos com morte têm sido frequentes?”*; *“Ouve vozes ou vê coisas que trazem sensações ruins ou negativas?”*; *“Tem abusado de álcool e drogas?”*; *“Tem alimentado ideias de como morrer?”*; *“Tem alguém com quem você consegue conversar sobre isso?”*.
 - Oferecer e negociar formas alternativas de lidar com o evento desencadeante, estimulando a tranquilização e a reflexão sobre outras possibilidades de resolução da situação;
 - Não desafiar a pessoa e não prometer algo que não será realizado.
 - Respeite as regras propostas pelo paciente que forem seguras e razoáveis, como não se aproximar em demasia, chamar familiares ou outras pessoas, mudar o negociador, etc.;
 - Explique o motivo da impossibilidade e/ou informe que você precisará consultar outras pessoas antes de efetivar promessas que não pode cumprir;
 - No caso da presença de familiares ou conhecidos, avaliar e negociar com o paciente as condições de afastamento ou permanência de tais pessoas na cena.
 - Manter a concentração na conversa e evitar conversas paralelas com outros membros da equipe;
 - Jamais deixar o paciente sozinho.
- 6. Durante o manejo verbal e a negociação, são ações importantes que podem ser realizadas pelo mediador ou por outros membros da equipe de atendimento:**
- Identificar um familiar, um amigo, uma referência comunitária ou um profissional preferencialmente indicado pelo paciente que possa oferecer suporte e negociar necessidades de apoio e formas de lidar com a situação, bem como fornecer informações que possam ajudar na compreensão dos acontecimentos;
 - Comunicar em voz baixa e com discrição ou por meio de bilhetes entregues ao mediador as informações obtidas junto à família e à comunidade.
- 7. Avaliar, a partir da mediação, a presença de fatores de risco e fatores de proteção:**
- Intenção suicida e/ou de autoagressão (até que ponto o paciente intenciona agir a respeito de seus pensamentos autodestrutivos; sinais de automutilação);
 - Ideação suicida e/ou pensamento de autoagressão (ideia, desejo e pensamento voltados para o ato de cometer suicídio);
 - Planos suicidas (grau de estruturação/detalhamento, letalidade do método e acesso aos meios para o ato planejado);
 - Nível de impulsividade e autocontrole do paciente, com atenção para a velocidade com que passa da ideia (pensamento) ao ato, a capacidade de reflexão (ponderação) sobre os desejos e pensamentos, e o padrão de respostas (atitudes);

11. Caso o suicídio seja consumado, seguir protocolo específico de trauma;
12. Realizar contato com a Central de Regulação das Urgências (CRU) para comunicar a situação a partir da avaliação realizada e para orientações e definições quanto aos encaminhamentos;
13. Registrar ações e intercorrências na ficha de atendimento. Recomenda-se o registro das orientações passadas à família, se houver.

CONSIDERAÇÕES ESPECIAIS PARA O CASO DE PACIENTE ARMADO

- Na presença de apoio especializado ou policial, negociar com o paciente a entrega ou o abandono do objeto;
- Se a pessoa dispõe de arma de fogo, peça que ela coloque a arma no chão e se afaste. Jamais solicite que ela desarme o artefato. Peça apenas que o coloque no chão. Equipes especializadas se responsabilizarão pelo desarme do objeto;
- Nos casos de resistência à entrega ou ao abandono do objeto, o apoio especializado e/ou a autoridade policial têm prioridade na mediação.

AC43 - Autoagressão e risco de suicídio

Observações:

- Método ACENA;
- Se na chegada do SAMU já existirem outras equipes na cena (p. ex.: polícia militar), reportar-se ao comando para se apresentar como recurso e obter detalhes sobre a segurança do evento;
- Uma vez iniciada a mediação com um profissional do SAMU, o paciente pode não aceitar a substituição por um outro profissional mais treinado, mas que chegou mais tarde. Nesses casos, o profissional do SAMU deve manter a negociação, podendo seguir instruções do negociador mais preparado;
- Orientar os familiares e a rede de apoio social para procurarem a rede de atenção básica, psicossocial e/ou de assistência social para avaliação e acompanhamento;
- Perguntar sobre autoagressão NÃO provoca atos de autoagressão nem induz a pessoa ao suicídio. Em geral, reduz a ansiedade associada aos pensamentos ou atos de autoagressão e/ou suicídio, e ajuda a pessoa a se sentir compreendida;
- Ter cuidado com o toque, pois o paciente pode sentir-se desconfortável e considerar o contato físico uma atitude invasiva, o que pode precipitar o ato suicida (estender a mão é melhor que “pegar”);
- Levar a sério todas as ameaças de suicídio, mesmo quando pareçam manipuladoras. Não realizar julgamentos nem minimizar o sofrimento baseado na crença de que o paciente quer “chamar atenção” ou de que a situação vivida é banal;
- Para realizar a avaliação, o profissional deve estar consciente de seus próprios sentimentos (ansiedade, medo, raiva) e não deixar que eles interfiram no manejo da situação;
- Não acelerar a resolução da situação. Quanto mais paciente e calma for a conversação/negociação, maior o tempo para refletir, o que pode ajudar o paciente a mudar de pensamento;
- Considerar, na avaliação, contextos socioculturais específicos, como os de populações tradicionais (indígenas, quilombolas e ribeirinhas), buscando apoio de referências das comunidades locais, de equipes de saúde específicas [Estratégia Saúde da Família (ESF) quilombolas e ribeirinhas e equipes de saúde indígena] e de intérpretes, caso necessário e possível;
- Definidos os encaminhamentos, cabe ao SAMU o transporte do paciente do local de atendimento para a unidade de saúde de referência;

- Considerar que a situação de suspeição ou confirmação de tentativa de suicídio constitui agravo de notificação compulsória obrigatória, conforme legislação vigente, sob responsabilidade dos profissionais de saúde da rede, a ser realizada oportunamente sem prejuízo do acolhimento do paciente, que deve ser a prioridade do atendimento. É fundamental que o SAMU, na impossibilidade de iniciar o registro da notificação, repasse de forma sistemática e organizada as informações coletadas à unidade de saúde referenciada para garantir a continuidade do cuidado e evitar revitimizações;
- O Código Penal não considera crime a tentativa ou o ato de suicídio;
- O artigo 122 do Código Penal considera crime o induzimento, a instigação ou o auxílio a suicídio. Se o suicídio se consuma, a pena é a reclusão de 2 a 6 anos; se da tentativa de suicídio resulta lesão corporal de natureza grave, a pena é a reclusão de 1 a 3 anos;
- As ações de salvamento são indicadas se o indivíduo está em um ambiente de risco, como uma rua de grande movimento, uma ponte, uma janela, etc. A decisão de efetivação dessas ações deve ser tomada em conjunto com a equipe de resgate, a regulação médica, o negociador e a família. Cabe aos bombeiros a definição do melhor método diante das circunstâncias;
- Os serviços devem considerar a realização de acordos interinstitucionais para a realização de ações de salvamento e resgate, quando necessário.

Ana Cristina de Carvalho Brito
DVAGS/SCAERA/6ªRegional

Paula Fernanda Quaglio Kryzanowski
Diretora da 6ª Regional de Saúde

Referências Bibliográficas

BRASIL. Resolução CFM N.º 2.057/2013- Consolida as diversas Resoluções da área da Psiquiatria e reitera os princípios universais de proteção ao ser humano http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/cfm/2013/2057_2013.pdf (acesso em 04/11/2020).

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Lei n.º 10216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm#:~:text=LEI%20No%2010.216%2C%20DE,Art. (acesso em 6/11/2020).

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 3.088 de 23/12/2011 (Republicada em 30/12/2011)- Rede de Atenção Psicossocial. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html (acesso em 03/11/2020).

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar às Urgências. Protocolo de Intervenção para o SAMU 192. 1 Emergências Clínicas, SUPORTE AVANÇADO DE VIDA. 2. Ed.- Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2016. <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/outubro/26/livro-avancado-2016.pdf> (acesso em 10/12/2020)

Nota de Instrução n. 006/2016- “Atendimento a Ocorrências de Natureza Psiquiátrica”. Polícia Militar do Paraná Estado Maior- 3ª Seção. Curitiba, 2017.

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO INICIAL AO PACIENTE PSIQUIÁTRICO DA CENTRAL DE REGULAÇÃO SAMU/192. Curitiba, 2014. file:///C:/Users/User/Documents/Documentos/PASTA%20DA%20ANA/6%20REGIONAL%20DE%20SAUDE/ARQUIVOS%20TELETRABALHO/CERUPI/Protocolo_de_Atendimento_Psiquiatrico_CPM_SAMU_192.pdf (acesso em 6/11/2020)

PROTOCOLO DE ORIENTAÇÃO PARA AVALIAÇÃO INICIAL DE PACIENTES COM TRANSTORNO MENTAL E/OU DEPENDÊNCIA QUÍMICA. Centro Psiquiátrico Metropolitano. Curitiba, 2013

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE. Superintendência de Atenção a Saúde. Norma geral de regulação do fluxo assistencial hospitalar em saúde mental. – Curitiba: SESA, 2014. <http://www.documentador.pr.gov.br/documentador/pub.do?action=d&uuid=@gtf-escriva-sesa@91800f27-0730-4f96-a620-d072a343e8b8&emPg=true> (acesso em 30/11/2020)

ANEXO 1

Referências municipais (telefones úteis)

Central de Regulação de Leitos Psiquiátricos Fone: (41)3213-2440
6ª Regional de Saúde Fone: (42) 3521-1755/ (42) 3521- 1790

SERVIÇOS DE SAÚDE DA REGIÃO

MUNICÍPIO	SERVIÇO	TELEFONE	HORÁRIO
ANTONIO OLINTO	UAPSF - ANTONIO OLINTO (UBS específica atendimento à criança, gestante, puérpera)	(42)35531206 (42) 98861-5575	*PA funciona somente a partir das 18h30min às 06h30min, no horário comercial 08h às 17h, a equipe da ESF central realiza os atendimentos e encaminha para prestador em São mateus do Sul (Hospital Dr. Paulo fortes).
CRUZ MACHADO	Hospital Municipal Santa Terezinha Vitor Augusto Cortiana Krieger	(42) 3554-1294 (42) 98805-6686	
GENERAL CARNEIRO	P.A/SILVIA HOLUB	3552-1499 42-98881-8809	
PAULA FREITAS	Centro de Saúde de PF	(42)99942-0357 (42) 3562-1155	08:00 às 11:30 13:00 às 17:00 Após as 17h e finais de semana ligar para o plantão da Prefeitura: (42)3562-1212
PAULO FRONTIN	PA Hospital Municipal São João Batista	3543-1102	
PORTO VITÓRIA	Centro de Saúde	42-35731486 42-999936066/ 42-984281298 42-35731486	Das 08h às 17h diurno no Centro de saúde, e PA segunda, terça e quinta das 18 h às 22h, nos demais horários convênio com Hospital São Camilo e APMI.
SÃO MATEUS DO SUL	Pronto Atendimento Municipal/ Dr. Eduardo Pedroni	(42) 3532-7437 ou (42)3912-7066	
UNIÃO DA VITÓRIA	Unidade de Pronto Atendimento (UPA)	42 98435 2673 42 3524-7530	
BITURUNA	PA HOSPITAL SAO VICENTE DE PAULA	(42)3553-8000 (42)998612695	

POLICIA MILITAR DA REGIÃO

OPM- 27º BPM			
MUNICIPIO	ENDEREÇO	LINHAS FIXAS	CELULARES
União da Vitória	Rua Alexandre Schlemm	042 3523-1220/3523-3006	
Porto Vitória	Av. Reginaldo F. Gaeber, S/N- Centro	042 35731276	042 98403-9342
Bituruna	Rua João Augustinho, 418 - Centro	042 35531510	042 99944-0852
General Carneiro	Rua Dr. Bernardo Ribeiro Viana, 187-Centro	042 3552-1490	042 98833-0803
Paula Freitas	Av. Agostinho de Souza, 800- Centro	042 3562-1655	042 98809-2287
Paulo Frontin	Rua Rui Barbbosa, 136- Centro	042 35431894	04298834-1716
Cruz Machado	Av. Getulio Vargas, s/n, frente Praça Pio XII	042 3554-1382	042 99815-9666
São Mateus do Sul	Rua Gruilherme Kantor, 665- Centro	(42) 3532-1634	
Antonio Olinto	Rua Edgar Train Schaufhauser, 76- Centro	042 35331483	042 98826-8199

CORPO DE BOMBEIROS

CORPO DE BOMBEIRO		
MUNICIPIO SEDE	MUNICIPIOS ATENDIDOS	CONTATO
União da Vitória	Bituruna	(42) 3523-6808 / (42) 3522-3190/ (42) 3522-0448
	Porto Vitória	
	General Carneiro	
	Paula Freitas	
	Cruz Machado	
	União da Vitória	
São Mateus do Sul	Antonio Olinto	193 ou (42) 42 3912-7100 / 42 3532-5774
	São Mateus do Sul	
	Paulo Frontin	

EMERGÊNCIAS RESPIRATÓRIAS EM PEDIATRIA

ANAMNESE

- **TEMPO DE INÍCIO:** SÚBITA, PROGRESSIVA, RECORRENTE;
- **SINTOMAS ASSOCIADOS:** FEBRE, TOSSE, MANCHAS PELO CORPO, ANGIOEDEMA;

EXAME FÍSICO

- **AValiação DA VIA AÉREA:** LIVRE/ OBSTRUÍDA
- **AValiação DA FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA:** TAQUIPNEIA É O SINAL CLÍNICO MAIS PRECOZE, ENQUANTO BRADPNEIA E A APNEIA SÃO DE MAIOR GRAVIDADE E MAIS TARDIOS.

IDADE	*TAQUIPNEIA
< 2M	> 60 irpm
2M-1A	> 50 irpm
1A-2A	> 40irpm
3ª-5A	> 30 irpm
ESCOLAR	> 25 irpm

- **AUSCULTA DE SONS RESPIRATÓRIOS:** ESTRIDOR, RONCOS, GEMIDO, SIBILOS, CREPITANTES, ABOLIDOS;
- **OXIMETRIA DE PULSO;**
- **GLICEMIA CAPILAR:** AFASTAR CETOACIDOSE DIABÉTICA;
- **INVESTIGAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA PARA SAR-COV-2 E INFLUENZA**(*ver fluxo geral de atendimento doença respiratória- covid-19 e influenza*).

**SINAIS DE ASPIRAÇÃO DE CORPO ESTRANHO

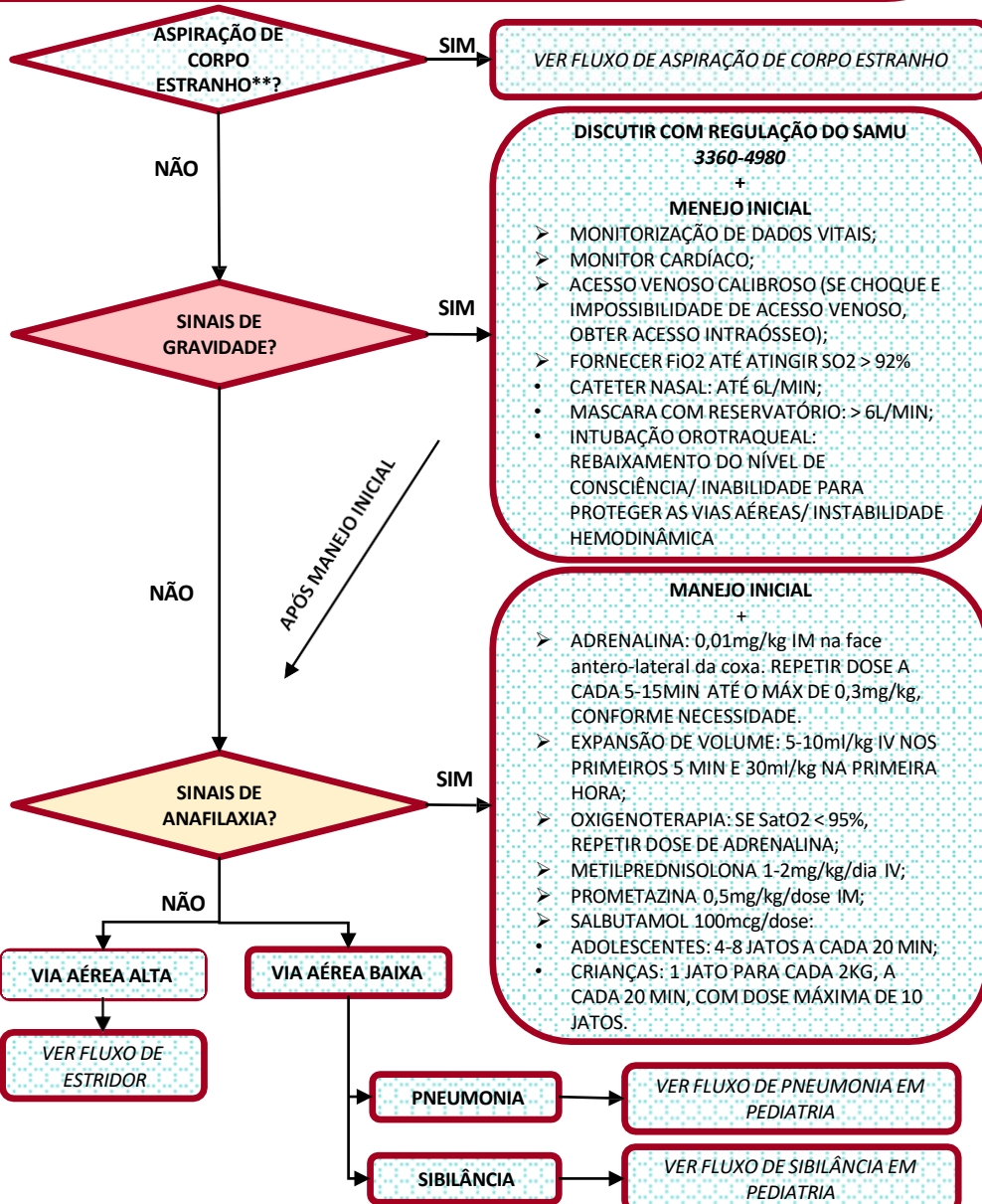
- CIANOSE;
- DISPNEIA;
- AFONIA/ DISFONIA;
- TOSSE INCONTROLÁVEL;
- ESTRIDOR;
- ASFIXIA/ HIPÓXIA.
- PARADA RESPIRATÓRIA.

SINAIS DE GRAVIDADE

- CIANOSE CENTRAL;
- SatO2 \leq 91%AA;
- TAQUIPNEIA*
- TIRAGEM INTERCOSTAL;
- BATIMENTOS DE ALETAS NAsAIS;
- GEMÊNCIA;
- CHOQUE/ HIPOTENSÃO;
- TAQUICARDIA;
- TEC > 2 seg;
- SONOLÊNCIA, LETARGIA, INCONSCIÊNCIA;
- CONVULSÕES;
- INCAPACIDADE DE MAMAR OU BEBER;

SINAIS DE ANAFILAXIA

- DISPNEIA SÚBITA;
- SIBILOS, TOSSE;
- ANGIOEDEMA (PRINCIPALMENTE LÁBIOS E OLHOS);
- ERUPÇÃO CUTÂNEA (RASH, ERITEMA);
- PRURIDO SEM RASH;
- URTICÁRIA;
- TAQUICARDIA;
- HIPOTENSÃO/ SINAIS DE CHOQUE;
- CONVULSÃO.



VER FLUXO DE ASPIRAÇÃO DE CORPO ESTRANHO

DISCUTIR COM REGULAÇÃO DO SAMU 3360-4980 +

MENEJO INICIAL

- MONITORIZAÇÃO DE DADOS VITAIS;
- MONITOR CARDÍACO;
- ACESSO VENOSO CALIBROSO (SE CHOQUE E IMPOSSIBILIDADE DE ACESSO VENOSO, OBTER ACESSO INTRAÓSSEO);
- FORNECER FIO2 ATÉ ATINGIR SO2 > 92%
- CATETER NASAL: ATÉ 6L/MIN;
- MASCARA COM RESERVATÓRIO: > 6L/MIN;
- INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL: REBAIXAMENTO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA/ INABILIDADE PARA PROTEGER AS VIAS AÉREAS/ INSTABILIDADE HEMODINÂMICA

MANEJO INICIAL +

- ADRENALINA: 0,01mg/kg IM na face antero-lateral da coxa. REPETIR DOSE A CADA 5-15MIN ATÉ O MÁX DE 0,3mg/kg, CONFORME NECESSIDADE.
- EXPANSÃO DE VOLUME: 5-10ml/kg IV NOS PRIMEIROS 5 MIN E 30ml/kg NA PRIMEIRA HORA;
- OXIGENOTERAPIA: SE SatO2 < 95%, REPETIR DOSE DE ADRENALINA;
- METILPREDNISOLONA 1-2mg/kg/dia IV;
- PROMETAZINA 0,5mg/kg/dose IM;
- SALBUTAMOL 100mcg/dose:
- ADOLESCENTES: 4-8 JATOS A CADA 20 MIN;
- CRIANÇAS: 1 JATO PARA CADA 2KG, A CADA 20 MIN, COM DOSE MÁXIMA DE 10 JATOS.

VER FLUXO DE PNEUMONIA EM PEDIATRIA

VER FLUXO DE SIBILÂNCIA EM PEDIATRIA



FEBRE (TEMPERATURA AXILAR $\geq 37.8^{\circ}\text{C}$)

ANAMNESE

- **IDADE;**
- **TEMPO DE INÍCIO;**
- **SINTOMAS ASSOCIADOS:** TOSSE/ DIARREIA/ VÔMITOS/ DOR DE GARGANTA/ MANCHAS PELO CORPO/ PRURIDO/ DOR ABDOMINAL/ DOR EM MEMBRO / ALTERAÇÃO DA MARCHA/ DOR DE OUVIDO/ CHORO;
- **EPIDEMIOLOGIA:** CONTATO COM PESSOAS DOENTES/ VIAGEM/ USO DE MEDICAÇÃO/ AVALIAR SITUAÇÃO VACINAL;

EXAME FÍSICO

- CRIANÇA DEVE ESTAR TOTALMENTE SEM ROUPA PARA O EXAME FÍSICO;
- AVALIAR: ESTADO DE ALERTA, HIDRATAÇÃO DE MUCOSAS;
- PELE: (MANCHAS/ PETÊQUIAS/ VESÍCULAS/ EXANTEMAS), FONTANELAS, OTOSCOPIA, OROSCOPIA, PALPAR LINFONODOS, AUSCULTA PULMONAR E CARDÍACA, EXAME ABDOMINAL COMPLETO (INCLUSIVE CICATRIZ UMBILICAL), EXAME DA GENITÁLIA;
- PROCURA POR SINAIS MENÍNGEOS (LACTENTE PODE NÃO APRESENTAR);
- ANOTAR: FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA, FREQUENCIA CARDÍACA (APÓS DIMINUIÇÃO DA FEBRE);

SINAIS DE ALERTA:

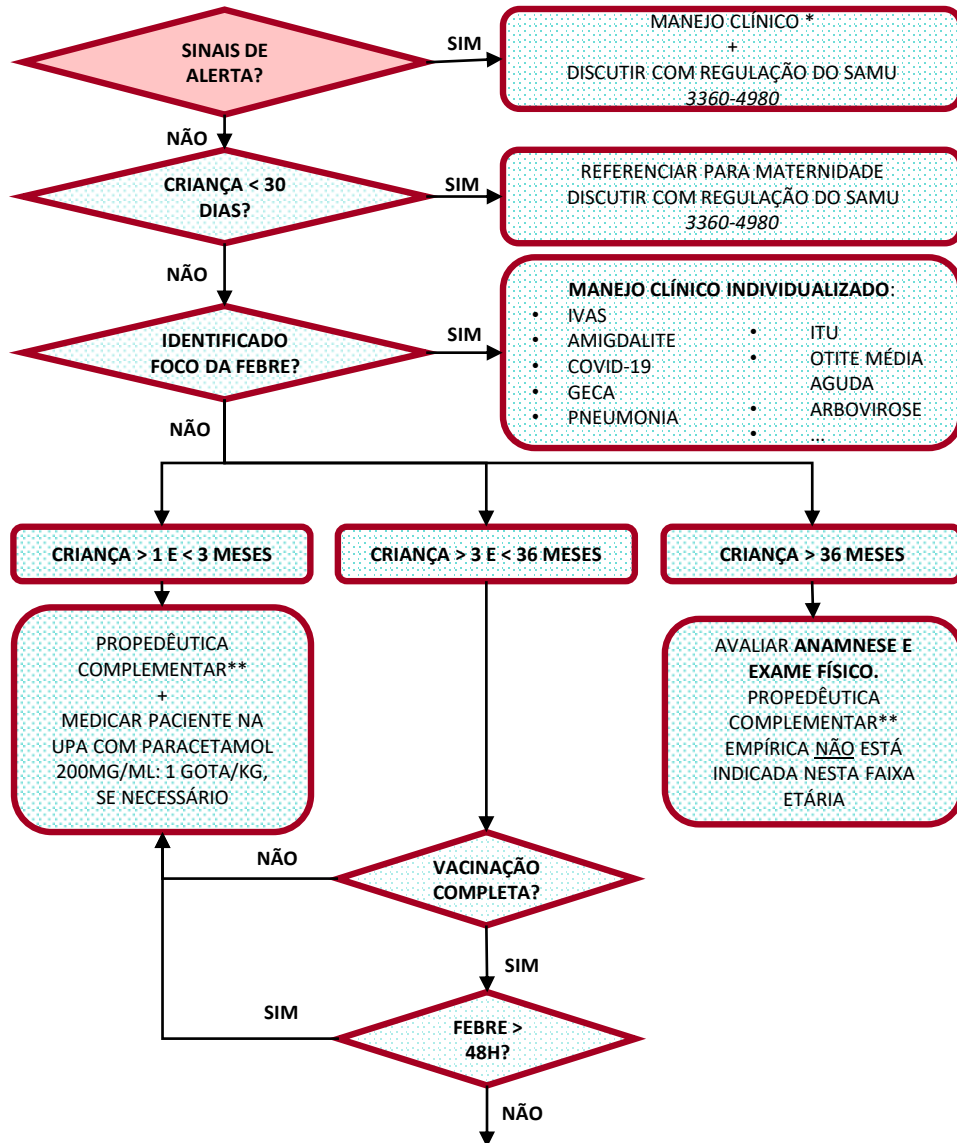
- ASPECTO TOXÊMICO;
- PROSTRACÃO ACENTUADA, LETARGIA OU COMA;
- REBAIXAMENTO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA;
- SINAIS MENÍNGEOS;

*MANEJO CLÍNICO:

- 2 ACESSOS VENOSOS CALIBROSOS;
- O2 SUPLEMENTAR 2L/MIN SE $\text{SO}_2 < 92\%$;
- MONITORAR DADOS VITAIS;
- **HIDRATAÇÃO:**
- SF 0,9% 20ML/KG EM 30 MIN, REPETINDO SE NECESSÁRIO;
- **SINTOMÁTICOS:**
- DAPIRONA 500MG/ML IV OU IM 15MG/KG/DOSE, SE FEBRE OU DOR
- METOCLOPRAMIDA 5MG/ML 0,1MG/KG/DOSE, SE VÔMITOS OU
- DIMENIDRATO 50MG/ML IM 1MG/KG/DOSE (> 2 ANOS)

**PROPEDÊUTICA COMPLEMENTAR:

- HEMOGRAMA;
- PROTEÍNA-C-REATIVA (PCR);
- UROFITA/ URINA TIPO 1;
- RAIO-X TORAX;
- INVESTIGAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA PARA SAR-COV-2 E INFLUENZA (ver fluxo geral de atendimento doença respiratória- covid-19 e influenza)



REALIZAR UROFITA

- SE EXAME COM LEUCOCITÚRIA E/ OU NITRITO POSITIVO: VER FLUXO DE ITU
- SE EXAME NORMAL:
- PRESCREVER ANTITÉRMICOS: (PARACETAMOL 200MG/ML 1 GOTAS/KG DE 6/6H)
- ORIENTAR RETORNO A CADA 24H NA UPA OU NA APS (COM REFERÊNCIA)
- ORIENTAR RETORNO IMEDIATO NA US/ UPA, SE SINAIS DE ALERTA.
- CRIANÇAS COM FEBRE > 7 DIAS, DEVEM SER REFERENCIADAS PARA APS PARA INVESTIGAÇÃO

HEMORRAGIA DIGESTIVA

ANAMNESE

- **TEMPO DE INÍCIO;**
- **QUEIXA:** DOR ABDOMINAL, HEMATÊMESE, HEMATOQUEZIA, MELENA;
- **CLASSIFICAÇÃO:** ALTA/ BAIXA;
- **ALTA:** ÚLCERA PÉPTICA, MEDICAMENTOSA, VARIZES ESOFAGICAS (POR HIPERTENSAO DO SISTEMA PORTA: CIRROSE/ ESQUISTOSSOMOSE/ TROMBOSE PORTO-ESPLÊNICA), MALLORY-WEISS;
- **BAIXA:** ÚLCERAS INTESTINAIS, ANGIODISPLASIA, NEOPLASIA;
- **FATORES DE RISCO:** ETILISMO, USO DE MEDICAÇÕES (AINES, ANTI-COAGULANTES), HEPATOPATIAS, CARDIOPATIAS, NEFROPATIAS;
- **AFASTAR SITUAÇÕES EXTRA-ABDOMINAIS DE FEZES ENEGRECIDAS:** SANGUE DEGLUTIDO POR EPISTAXE, USO DE SULFATO FERROSO, CARVÃO OU ALGUNS VEGETAIS (ESPINAFRE);

EXAME FÍSICO

- **VERIFICAÇÃO DE DADOS VITAIS;**
- **EXAME ABDOMINAL:** AVALIAR PRESENÇA DE PERITONITE, SINAIS DE HEPATOPATIA CRÔNICA (ASCITE/ TELANGIECTASIAS);
- **EXAME DO PERÍNEO:** AFASTAR CAUSAS ORIFICIAS DE SANGRAMENTOS (FISSURAS/ HEMORRÓIDAS);
- **TOQUE RETAL:** PESQUISA DE SANGUE VIVO NA PONTA DO DEDO.

SINAIS DE INSTABILIDADE:

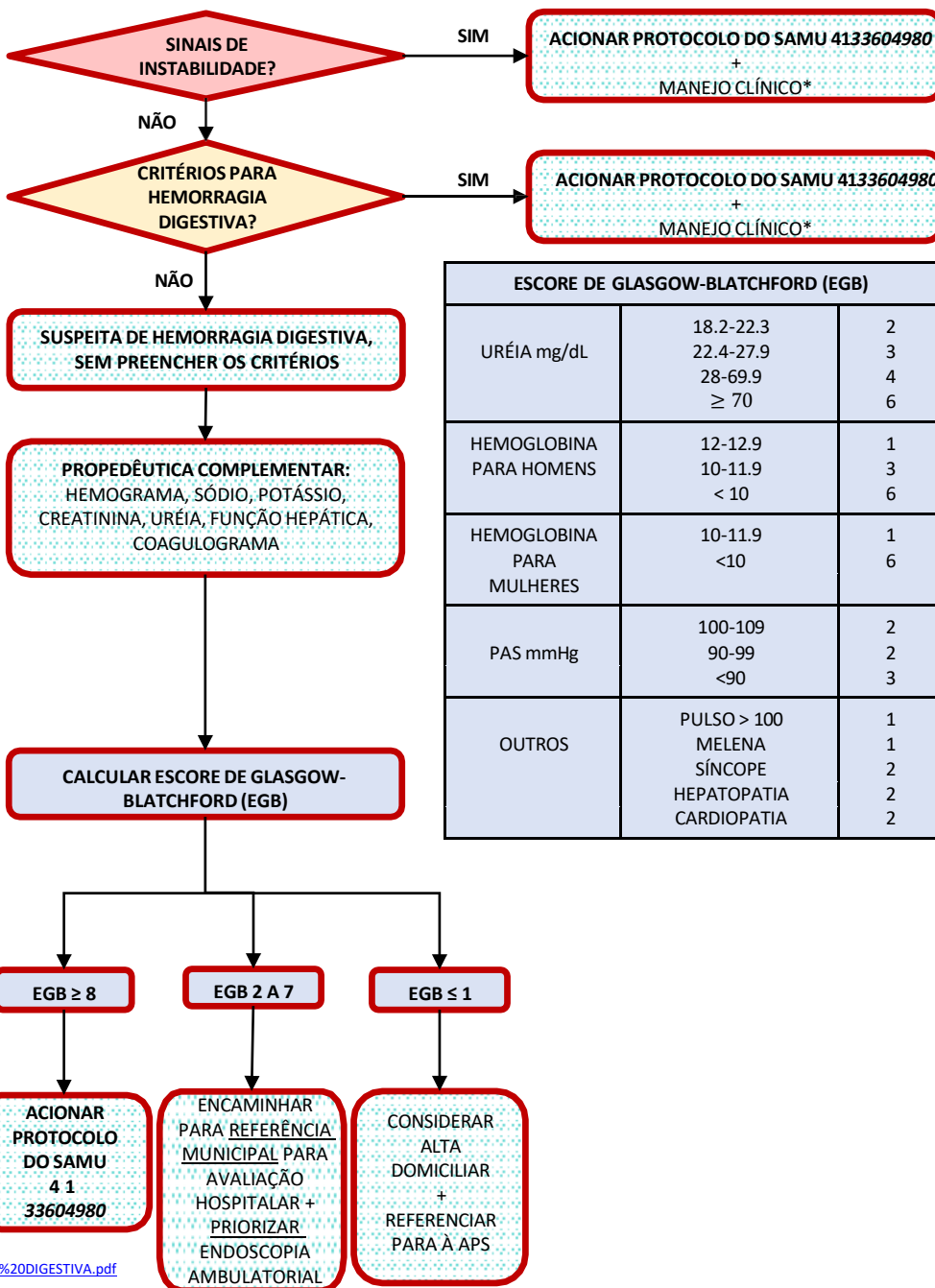
- TAQUICARDIA (FC > 100Bpm)
- TAQUIPNÉIA (FR ≥ 22iRpm)
- REBAIXAMENTO DE NÍVEL DE CONSCIÊNCIA
- HIPÓXIA (SO₂ < 90%)
- HIPOTENSÃO (PAS < 90mmHg)
- DIMINUIÇÃO DA PERFUSÃO DISTAL (TEC > 3SEG)

CRITÉRIOS PARA DEFINIÇÃO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA:

- HEMATÊMESE PRESENCIADA;
- PRESENÇA DE SANGUE VIVO EM SONDA NASOGÁSTRICA;
- HEMATOQUEZIA PRESENCIADA;
- MELENA PRESENCIADA;
- MELENA NO TOQUE RETAL;
- SANGUE VIVO NA PONTA DO DEDO AO TOQUE RETAL (EXCLUIDO CAUSAS ORIFICIAIS).

*MANEJO CLÍNICO

- 2 ACESSOS VENOSOS CALIBROSOS;
- O₂ SUPLEMENTAR (SE SO₂ < 90%);
- CONSIDERAR PASSAR SONDA NASOGÁSTRICA;
- IOT (SOMETE SE SANGRAMENTO VULTUOSO OU REBAIXAMENTO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA);
- EXPANSÃO VOLÊMICA COM SF0,9% OU RINGER LACTATO;
- OMEPRAZOL 80MG IV EM BOLUS SEGUIDO DE 40MG 12/12HS;
- METOCLOPRAMIDA 5MG/ML IV;
- ÁCIDO TRANEXÂMICO 50MG/ML- 500MG IV (50MG/MIN);
- *SE CIRROSE/ ASCITE: CEFTRIAXONA 2G/ DIA IV (PROFILAXIA DE PERITONITE BACTERIANA ESPONTÂNEA)



ESCORE DE GLASGOW-BLATCHFORD (EGB)

URÉIA mg/dL	18.2-22.3	2
	22.4-27.9	3
	28-69.9	4
	≥ 70	6
HEMOGLOBINA PARA HOMENS	12-12.9	1
	10-11.9	3
	< 10	6
HEMOGLOBINA PARA MULHERES	10-11.9	1
	<10	6
PAS mmHg	100-109	2
	90-99	2
	<90	3
OUTROS	PULSO > 100	1
	MELENA	1
	SÍNCOPE	2
	HEPATOPATIA	2
	CARDIOPATIA	2

INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO (ITU) EM GESTANTES

AVALIAR IDADE GESTACIONAL, DADOS VITAIS E SE OS SINAIS E SINTOMAS SÃO COMPATÍVEIS COM PIELONEFRITE OU CISTITE.

- FEBRE
 - DOR ABDOMINAL
 - NAUSEAS/ VÔMITOS
 - CALAFRIOS
 - DOR LOMBAR
 - DOR EM REGIÃO DE ÂNGULO COSTO-VERTEBRAL
 - SINAL DE GIORDANO POSITIVO
- ESTES SINTOMAS PODEM SER PRECEDIDOS OU NÃO POR SINTOMAS URINÁRIOS.

PIELONEFRITE

ENCAMINHAR PARA MATERNIDADE

COMUNICAR MATERNIDADE DE REFERÊNCIA E DISCUTIR COM REGULAÇÃO DO SAMU 3360-4980

+
MANEJO CLÍNICO:

- DEITAR PACIENTE EM DECÚBITO LATERAL ESQUERDO.
 - ACESSO VENOSO PERIFÉRICO.
 - VERIFICAR BCF A CADA 20 MIN.
 - **HIDRATAÇÃO** (SE HIPOTENSÃO OU DESIDRATAÇÃO):
 - SF 0,9% 20ML/KG.
 - **ANALGESIA SIMPLES:**
 - DAPIRONA 500MG/ML IV (SE DOR OU FEBRE).
 - HIOSCINA 20MG IV (SE DOR).
 - **SINTOMÁTICOS AUXILIARES:**
 - METOCLOPRAMIDA 5MG/ML IV (SE VÔMITOS).
- # A ADMINISTRAÇÃO DE ANTIBIÓTICOS SERÁ INSTITUÍDA NA MATERNIDADE.

- DISÚRIA
- POLACIÚRIA
- URGÊNCIA MICCIONAL
- DOR EM HIPOGASTRIO
- PODE OCORRER HEMATÚRIA DISCRETA

CISTITE

- REALIZAR UROFITA (PESQUISA DE LEUCOCITÚRIA E NITRITO POSITIVO).
- CONFIRMADA ALTERAÇÃO NA FITA URINÁRIA, SOLICITAR UROCULTURA.
- APÓS COLETA DO EXAMES, PRESCREVER SINTOMÁTICOS E ANTIBIÓTICOS.
- REFERENCIAR PACIENTE PARA A APS (ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE) PARA REAVALIAÇÃO APÓS 3 DIAS (AVALIAR RESULTADO DE UROCULTURA E DO TRATAMENTO).
- **OPÇÕES TERAPÊUTICAS:**
- PARACETAMOL 500MG 6/6H PARA ALÍVIO DA DOR.
- **1ª OPÇÃO: FOSFOMICINA TROMETAMOL 3G- DOSE ÚNICA**
- ❖ Dissolver o envelope em 1/2 copo d'água potável (50 a 75 mL), mexendo com o auxílio de uma colher.
- ❖ A solução deve ser ingerida de estômago vazio imediatamente após o preparo. A ingestão com alimentos pode retardar a absorção do medicamento.
- ❖ Não guardar a solução para uso posterior, nem mesmo em geladeira.
- ❖ Tomar preferencialmente à noite, antes de deitar, após ter esvaziado a bexiga.
- **2ª OPÇÃO: NITROFURANTOÍNA 100MG 6/6H POR 7 DIAS. (ATÉ 36 SEMANAS DE GESTAÇÃO)- preencher guia**
- **3ª OPÇÃO: CEFALEXINA 500MG 6/6H POR 7 DIAS – preencher guia**

DISCUTIR COM REGULAÇÃO DO SAMU 3360-4980- ORIENTAÇÕES QUANTO À REFERÊNCIA DA MATERNIDADE:

- **GESTANTES DE CURITIBA:**
- GESTANTES DEVEM SER ENCAMINHADAS PARA A MATERNIDADE DE REFERÊNCIA.
- GESTANTES AINDA NÃO VINCULADAS AO PRÉ-NATAL: VERIFICAR O BAIRRO DE RESIDÊNCIA E ENCAMINHAR PARA MATERNIDADE QUE ATENDE A LOCALIDADE. VERIFICAR DOCUMENTO ANEXO DE UNIDADE DE SAÚDE/ DISTRITO SANITÁRIO E OS RESPECTIVOS HOSPITAIS/ MATERNIDADE PACTUADOS PARA VINCULAÇÃO.
- **GESTANTES DA REGIÃO METROPOLITANA:**
- GESTANTES QUE ESTÃO VINCULADAS À MATERNIDADE DO MUNICÍPIO DE ORIGEM, DEVEM SER REFERENCIADAS PARA AS RESPECTIVAS MATERNIDADES.
- GESTANTES AINDA NÃO VINCULADAS A NENHUMA MATERNIDADE (SEM INICIAR O PRÉ-NATAL) DEVEM SER ENCAMINHADAS AO HOSPITAL DO TRABALHADOR.

INTOXICAÇÕES EXÓGENAS

ANAMNESE

- **quem?**: histórico de doenças e medicações em uso. tentativas anteriores de suicídio. quais substâncias o paciente tem acesso. questionar drogadição e gravidez.
- **o quê?**: investigar qual foi a substância utilizada e a quantidade. solicitar que acompanhantes tragam os frascos ou embalagens. perguntar quais medicamentos os familiares usam e que o paciente possa ter tido acesso.
- **quando?**: qual foi o horário da ingestão e por quanto tempo ocorreu a exposição.
- **onde?**: onde ocorreu a exposição. perguntar se foram encontrados frascos, seringas, cartelas ou embalagens próximos ao paciente.
- **por quê?**: investigar possibilidade de suicídio, homicídio, abuso de drogas.

EXAME FÍSICO

- odores característicos: hálito etílico (uso de álcool), odor de alho (organofosforados)
- achados cutâneos: sudorese, secura de mucosas, hiperemia, palidez, cianose, desidratação, edema
- temperatura: hipo ou hipertermia
- alterações de pupilas: miose, midríase, anisocoria, alteração de reflexo pupilar
- alterações de consciência: agitação, sedação, confusão mental, alucinação, delírio, desorganização
- anormalidades neurológicas: convulsão, síncope, alteração de reflexos, alteração de tônus muscular, fasciculações
- alterações cardiovasculares: bradicardia, taquicardia, hipertensão, hipotensão, arritmias
- anormalidades respiratórias: bradipneia, taquipneia, alteração de ruídos adventícios pulmonares
- achados do aparelho digestório: sialorreia, vômitos, hematêmese, diarreia, rigidez abdominal.

SINAIS DE GRAVIDADE

REBAIXAMENTO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA
 FR > 30irpm
 FC > 150bpm OU < 40bpm
 SO2 < 90% (OU 88% PARA DPOC)

*LAVAGEM GÁSTRICA

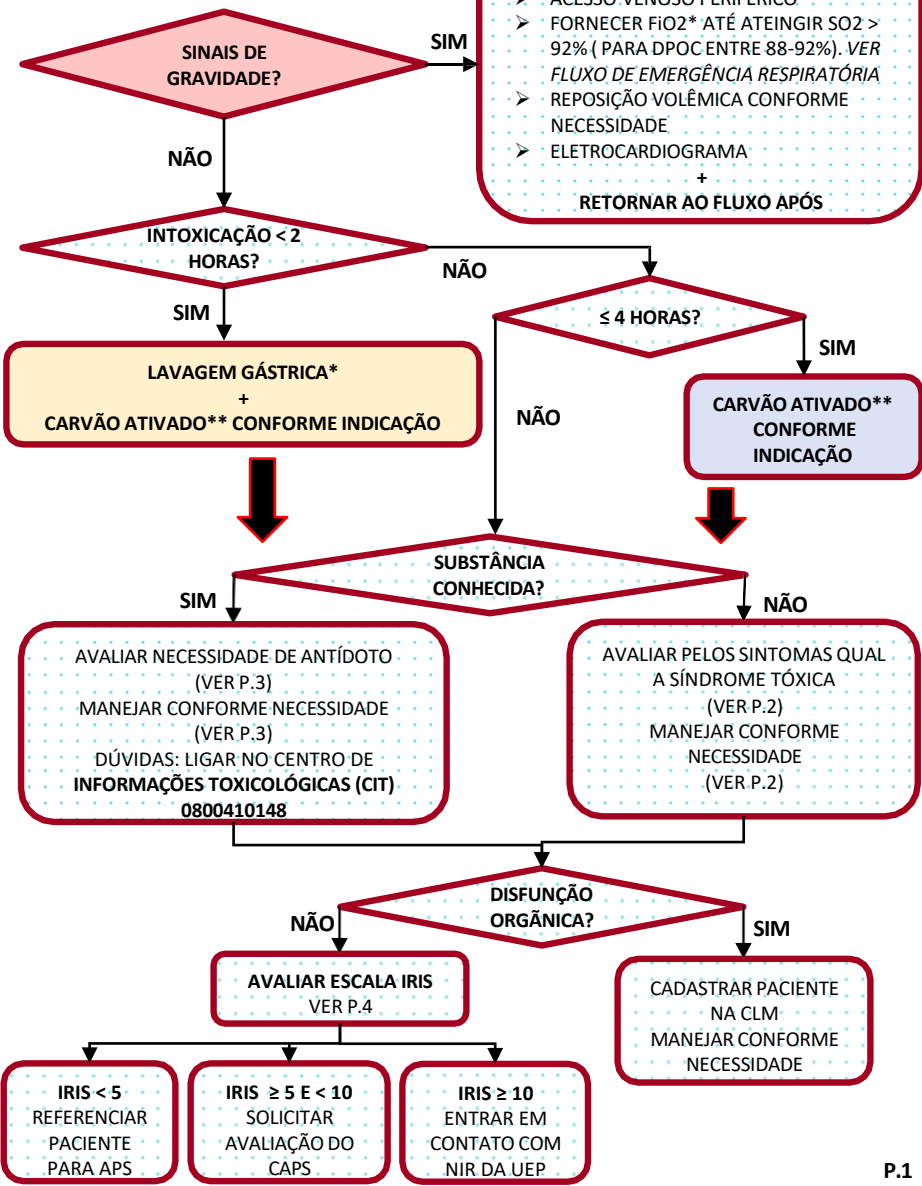
- REALIZAR ATÉ 2 HORAS DA INTOXICAÇÃO.
- VIA SONDA NASO-GÁSTRICA (SNG).
- ADULTOS: 250ML POR VEZ ATÉ UM VOLUME TOTAL DE 6 A 8L OU ATÉ QUE RETORNE LÍMPIDO.
- CRIANÇAS: 10ml/kg POR INFUSÃO ATÉ VOLUME TOTAL DE:
 - ESCOLARES: 4 A 5 L
 - LACTENTES: 2 A 3 L
 - RN: 0,5L
- CONTRA-INDICAÇÕES: DERIVADOS DE PETRÓLEO, CÁUSTICOS, CORROSIVOS, MATERIAIS SÓLIDOS COM PONTAS, ALTERAÇÕES HEMORRÁGICAS, PACOTES CONTENDO DROGAS, DEPRESSÃO RESPIRATÓRIA, NEUROLÓGICA E/ OU AGITAÇÃO EM PACIENTES SEM PROTEÇÃO DE VIAS AÉREAS.

**CARVÃO ATIVADO

- CONTRA-INDICAÇÕES: RN, GESTANTES, PACIENTES MUITO DEBILITADOS, CIRURGIA ABDOMINAL RECENTE, INGESTÃO DE CÁUSTICOS OU SOLVENTES, OBSTRUÇÃO INTESTINAL, SUBSTÂNCIAS QUE NÃO SÃO ADSORVIDAS PELO CARVÃO (ÁCIDOS, ÁLCALIS, ÁLCOOIS, CIANETO, LÍCIO, FERRO)
- REALIZAR ATÉ 4 HORAS DA INTOXICAÇÃO.
- VIA SNG OU VO
- DOSE ÚNICA:
 - 1g/kg (MÁX 50g) em 250ml de SF 0,9%
- SE ANTIDEPRESSIVOS TRICÍCLICOS: CONSIDERAR UMA SEGUNDA DOSE 1 HORA APÓS A 1ª DOSE
- SE FENOBARBITAL/ CARBAMAZEPINA: MÚLTIPLAS DOSES: 0,25 A 0,5g/kg 4/4H

MANEJO INICIAL

- MONITORIZAÇÃO DE DADOS VITAIS
 - ACESSO VENOSO PERIFÉRICO
 - FORNECER FIO2* ATÉ ATEINGIR SO2 > 92% (PARA DPOC ENTRE 88-92%). VER FLUXO DE EMERGÊNCIA RESPIRATÓRIA
 - REPOSIÇÃO VOLÊMICA CONFORME NECESSIDADE
 - ELETROCARDIOGRAMA
- +
 RETORNAR AO FLUXO APÓS



INTOXICAÇÕES EXÓGENAS

SÍNDROME TÓXICA	MANIFESTAÇÃO CLÍNICA	SUBSTÂNCIAS	MANEJO CLÍNICO
SIMPATICOMIMÉTICA OU ADRENÉRGICA	↑FC, ↑PA, MIDRIASE, FEBRE, SUDORESE, AGITAÇÃO, RUBOR, CONVULSÃO, ALUCINAÇÕES, DOR PRÉCORDIAL, AVE, ARRITMIAS, EMERGÊNCIA HIPERTENSIVA.	COCAÍNA, ANFETAMINAS, CAFEÍNA, DERIVADOS DE ERGOTAMINA, HORMÔNIO TIREOIDIANO	<ul style="list-style-type: none"> MEDIDAS DE SUPORTE CARDIOVASCULAR. LAVAGEM GÁSTRICA E CARVÃO ATIVADO NÃO SURTEM EFEITO. EVITAR USO DE B-BLOQUEADOR, SE USO DE COCAÍNA DIAZEPAM/ MIDAZOLAM SÃO ÚTEIS PARA AGITAÇÃO, ANSIEDADE, CONVULSÕES, E TAMBÉM PARA SÍNDROMES CORONARIANAS, TAQUICARDIA E EMERGÊNCIAS HIPERTENSIVAS
ANTICOLINÉRGICA	↑FC, ↑PA, MIDRIASE, FEBRE, RUBOR, MUCOSAS E PELE SECAS, ALUCINAÇÕES, AGITAÇÃO PSICOMOTORA, RETENÇÃO URINÁRIA, ↓RUÍDOS INTESTINAIS	ANTIDEPRESSIVOS TRICÍCLICOS, ANTIHISTAMÍNICOS, ANTIESPASMÓDICOS, BIPERIDENO, ANTIPARKINSONIANOS	<ul style="list-style-type: none"> MEDIDAS INICIAIS CONFORME FLUXO (VER P.1) DIAZEPAM/ MIDAZOLAM SÃO ÚTEIS PARA AGITAÇÃO PSICOMOTORA.
COLINÉRGICA	↓FC, ↑/ ↓PA, MIOSE, FRAQUEZA E FASCICULAÇÕES MUSCULARES, ↑ DAS SECREÇÕES SALIVAS, GASTROINTESTINAIS E PULMONAR, SUDORESE INTENSA	INSETICIDAS FOSFORADOS E CARBAMATOS, COGUMELOS	<ul style="list-style-type: none"> MEDIDAS INICIAIS CONFORME FLUXO (VER P.1) SE CONTAMINAÇÃO EXTERNA: RETIRAR TODAS AS ROUPAS E LAVAGEM EXAUSTIVA PARA DESCONTAMINAÇÃO ANTÍDOTO: ATROPINA 0,25MG <ul style="list-style-type: none"> ➤ 2MG IV EM ADULTOS OU 50-75mcg/kg EM CRIANÇAS. REPETIR A CADA 5 MIN ATÉ QUE AS SECREÇÕES SEJAM MÍNIMAS
SIMPATICOLÍTICA	↑FC, ↓PA, PELE QUENTE, REBAIXAMENTO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA. POUCA ALTERAÇÃO DO SNC + PROFUNDA ALTERAÇÃO CARDIOVASCULAR	BLOQUEADOR ALFA E BETA, BLOQUEADORES DOS CANAIS DE CÁLCIO, CLONIDINA	<ul style="list-style-type: none"> CUIDADO COM LAVAGEM GÁSTRICA POR RISCO DE PIORA DA HIPOTENSÃO. CARVÃO ATIVADO É O MÉTODO DE ESCOLHA GLUCONATO DE CÁLCIO 10%: <ul style="list-style-type: none"> ➤ 20ML EM 100ML DE SF0,9% EM 5 MIN, PODENDO SER REPETIDO ATÉ 2X. ➤ SE BOA RESPOSTA: 0,2mg/kg/h EM BIC. MÁX 10ml/h. CASOS REFRACTÁRIOS: SOLUÇÃO POLARIZANTE: <ul style="list-style-type: none"> ➤ INSULINA 0,1U/KG + 50g de GLICOSE 50% ➤ SEGUIDO DE INSULINA 0,1 A 1 U/K/H + GLICOSE PARA EVITAR HIPOGLICEMIA, EM BIC.
DEPRESSÃO DO SNC	↓FC, ↓PA, MIOSE, SONOLÊNCIA, TORPOR, COMA, DEPRESSÃO RESIRATÓRIA, HIPORREFLEXIA	BARBITÚRICOS, BENZODIAZEPÍNICOS, ETANOL, OPIÓIDES, CARBAMAZEPINA, ANTIDEPRESSIVOS TRICÍCLICOS	<ul style="list-style-type: none"> MEDIDAS INICIAIS CONFORME FLUXO (VER P.1) USO DE CARVÃO ATIVADO PODE SER INDICADO MAIS TARDIAMENTE, PODENDO SER USADO EM MÚLTIPLAS DOSES. SEMPRE PROTEGER VIA AÉREA ANTES. VER MANEJO ESPECÍFICO PARA DETERMINADAS SUBSTÂNCIAS EM P.3
EXTRAPIRAMIDAL	CRISE OCULÓGIRA, DISTORÇÃO FACIAL, ESPASMOS MUSCULARES, HIPERTONIA, OPISTÓTONO, MÍMICA FACIAL POBRE, CHORO MONÓTONO	HALOPERIDOL, METOCLOPRAMIDA, BROMOPRIDA, DOMPERIDONA, ANTIHISTAMÍNICOS, FENOTIAZÍDICOS	<ul style="list-style-type: none"> MEDIDAS INICIAIS CONFORME FLUXO (VER P.1) ANTÍDOTO: BIPERIDENO 5MG/ML: <ul style="list-style-type: none"> ➤ ADULTOS: 3-5MG 6/6H ➤ CRIANÇAS: 0,06/0,1mg/kg/dose 6/6H
HEMORRÁGICA	HEMATOMAS, EQUIMOSSES, EPISTAXE, HEMATÚRIA, MELENA, AVE, HEMORRAGIA GENGIVAL. ALTERAÇÃO DA COAGULAÇÃO (TP/ RNI) 24 A 72HS APÓS A INGESTÃO	ANTAGONISTAS DA VITAMINA K (RATICIDAS/ CUMARÍNICOS) E WARFARINA SÓDICA	<ul style="list-style-type: none"> MEDIDAS INICIAIS CONFORME FLUXO (VER P.1) NEM TODAS AS INTOXICAÇÕES NECESSITAM DE TRATAMENTO ESPECÍFICO. (SOMENTE DOSE > 1MG) ANTÍDOTO: VITAMINA K 10MG: <ul style="list-style-type: none"> ➤ ADULTOS: 10-20 MG IV ➤ CRIANÇAS: 250 mcg/kg IV ➤ REPETIR DOSES ATÉ QUE RNI NORMAL TESTE DE COAGULAÇÃO NORMAL EM 48H NÃO CORREM RISCO DE DESENVOLVER COAGULOPATIA

INTOXICAÇÕES EXÓGENAS

SUBSTÂNCIA	QUADRO CLÍNICO	MANEJO CLÍNICO
ACETAMINOFENO (PARACETAMOL)	<p>DOSE TÓXICA: 7,5G OU 150MG /KG/24HS</p> <ul style="list-style-type: none"> FASE PRECOCE: PRIMEIRAS 4H. SINTOMAS INESPECÍFICOS COMO NÁUSEAS, VÔMITOS, PALIDEZ, SUDORESE. FASE TARDIA: 24 A 48H. DOR EM HIPOCÔNDRIO DIREITO, HEPATOMEGALIA, ICTERÍCIA, DISTENSÃO ABDOMINAL, VÔMITOS, INSUFICIÊNCIA RENAL E HEPÁTICA. 	<ul style="list-style-type: none"> MEDIDAS INICIAIS CONFORME FLUXO (VER P.1) ANTÍDOTO: N-ACETILCISTEÍNA 10MG/ML. <ul style="list-style-type: none"> 1º DOSE: 150mg/kg DILUÍDO EM 200ML DE SF0,9% EM 1H 2º DOSE: 50mg/kg DILUÍDO EM 500ML DE SF0,9% EM 4H 3º DOSE: 100mg/kg DILUÍDO EM 1000ML SF0,9% EM 16H SE SUSPEITA DE LESÃO HEPÁTICA APÓS 3 ESTÁGIOS: 150mg/kg/24h ATÉ EVIDÊNCIAS DE MELHORA
OPIÓIDE	<ul style="list-style-type: none"> COMA, MIOSE, EDEMA PULMONAR, DEPRESSÃO RESPIRATÓRIA. CARACTERÍSTICA: REBAIXAMENTO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA + MIOSE 	<ul style="list-style-type: none"> ANTÍDOTO: NALOXONA 0,4mg/ml. <ul style="list-style-type: none"> > 12 ANOS: DOSE INICIAL DE 0,4mg IV. SEM RESPOSTA APÓS 1 MIN: 0,8mg IV. NOVAMENTE SEM RESPOSTA: 2mg IV < 12 ANOS: DOSE INICIAL: 0,1mg IV. REPETIR A CADA 1 MIN SE NECESSÁRIO. DOSE MÁX: 2mg
BENZODIAZEPÍNICO	<ul style="list-style-type: none"> DEPRESSÃO DO SNC E RESPIRATÓRIA. SONOLÊNCIA EXCESSIVA, HIPOTENSÃO, HIPOTERMIA, COMA MAIOR GRAVIDADE AO SER ASSOCIADO COM ÁLCOOL 	<ul style="list-style-type: none"> ANTÍDOTO: FLUMAZENIL 0,5MG/5ML <ul style="list-style-type: none"> 1º DOSE: 0,5MG. AGUARDAR 30 SEG 2º DOSE: 0,5MG: AGUARDAR 30 SEG 3º DOSE: 1MG
ANTIDEPRESSIVOS TRICÍCLICOS	<ul style="list-style-type: none"> TAQUICARDIA, HIPER OU HIPOTENSÃO, PELE SECA E QUENTE, CONVULSÕES, COMA. ARRITMIAS POTENCIALMENTE LETAIS <ul style="list-style-type: none"> PROLONGAMENTO DO QRS ONDA R EM AVR > 3mm ONDA R EM AVR MAIOR QUE ONDA S 	<ul style="list-style-type: none"> MEDIDAS INICIAIS CONFORME FLUXO (VER P.1) CONVULSÕES: DIAZEPAM/ MIDAZOLAM INTOXICAÇÕES MISTAS COM BENZODIAZEPÍNICOS: NÃO USAR FLUMAZENIL. IOT + VENTILAÇÃO MECÂNICA SE ARRITMIA: ALCALINIZAÇÃO <ul style="list-style-type: none"> BICARBONATO DE SÓDIO 8,4% 150ML + SF 0,9% 850ML. INICIAR COM 200 A 300 ml IV/H E MONITORAR pH SÉRICO (DEVE ESTAR > 7,5)
ANTIDEPRESSIVOS SEROTONINÉRGICOS FLUOXETINA, SERTRALINA, PAROXETINA, VENLAFAXINA	<ul style="list-style-type: none"> NAUSEA, VÔMITOS, DOR ABDOMINAL, DIARREIA, DIAFORESE, FEBRE, MIDRÍASE, SIALORREIA, CALAFRIOS, TAQUICARDIA. ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA, CONFUSÃO, CONVULSÃO, COMA, TREMOR, INCOORDENAÇÃO MIOCLONIA, RIGIDEZ INSUFICIÊNCIA RENAL E HEPÁTICA. RABDOMIÓLISE 	<ul style="list-style-type: none"> MEDIDAS INICIAIS CONFORME FLUXO (VER P.1) MEDIDAS DE SUPORTE
LÍTIO	<p>DOSE TÓXICA: > 2400 Mg OU LITEMIA > 1,5 mEq/L</p> <ul style="list-style-type: none"> LEVE: NAUSEA, VÔMITOS, DIARREIA, LETARGIA, FADIGA E TREMORES. MODERADA: HIPERTENSÃO, TAQUICARDIA, CONFUSÃO, AGITAÇÃO, DISARTRIA, NISTAGMO, ATAXIA, SÍNDROMES EXTRAPIRAMIDIAIS E MOVIMENTOS COREICOS E ATETOSE. GRAVE: BRADICARDIA, HIPOTENSÃO, HIPERTERMIA, CONVULSÕES E COMA. 	<ul style="list-style-type: none"> LAVAGEM GÁSTRICA CONFORME FLUXO (VER P.1) CARVÃO ATIVADO NÃO ADSORVE O LÍTIO INTOXICAÇÕES GRAVES NECESSITAM DE HEMODIÁLISE.
ETANOL/ ÁLCOOL	<ul style="list-style-type: none"> LEVE: VERBORRAGIA, REFLEXOS DIMINUÍDOS, VISÃO BORRADA, EXCITAÇÃO OU DEPRESSÃO MENTAL, ATAXIA, HIPOGLICEMIA. MODERADO: INCOORDENAÇÃO ACENTUADA, TORPOR, HIPOTERMIA, HIPOGLICEMIA, CONVULSÕES, DISTÚRBIOS HIDROELETROLÍTICOS. GRAVE: COMA, INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA E/ OU CIRCULATÓRIA. 	<ul style="list-style-type: none"> MEDIDAS INICIAIS CONFORME FLUXO (VER P.1) SE HIPOGLICEMIA: <ul style="list-style-type: none"> 50ML DE GLICOSE 50% (EXCETO SE SINAIS DE EDEMA CEREBRAL). REPETIR SE NECESSÁRIO. MANTER COM SG 5% SE CONVULSÃO: <ul style="list-style-type: none"> DIAZEPAM 5 A 10MG IV EM BOLUS OU VIA RETAL 0,2ML/KG, PODENDO SER REPETIDO ATÉ UM MÁXIMO DE 30MG NA DIFICULDADE EM OBTER ACESSO VENOSO: MIDAZOLAM 10-15MG IM VITAMINA B1 + ASSOCIAÇÃO DE VITAMINA: 1 AMP IM A CADA 24H.

INTOXICAÇÕES EXÓGENAS

IRIS: ÍNDICE DE RISCO DE SUICÍDIO

DADO	PONTUAÇÃO	
	SEXO	MASCULINO 1 PONTO
IDADE	≥ 45 ANOS 1 PONTO	< 45 ANOS 0 PONTOS
RELIGIOSIDADE	NÃO 1 PONTO	SIM 0 PONTOS
ISOLAMENTO. VIVE SÓ, SEM APOIO FAMILIAR OU SOCIAL	SIM 2 PONTOS	NÃO 0 PONTOS
PERDA RECENTE MARCANTE. LUTO, DESEMPREGO, PERDA MATERIAL OU DE ESTATUTO	SIM 2 PONTOS	NÃO 0 PONTOS
DOENÇA FÍSICA. INCAPACIDADE OU TERMINAL	SIM 2 PONTOS	NÃO 0 PONTOS
ABUSO. ÁLCOOL OU SUBSTÂNCIAS	SIM 2 PONTOS	NÃO 0 PONTOS
DOENÇA PSIQUIÁTRICA GRAVE. DESCOMPENSAÇÃO ATUAL DE PSICOSE. DEPRESSÃO MAIOR UNIPOLAR OU BIPOLAR. PERTURBAÇÃO GRAVE DA PERSONALIDADE	SIM 2 PONTOS	NÃO 0 PONTOS
HISTÓRIA DE INTERNAMENTO PSIQUIÁTRICO	SIM 2 PONTOS	NÃO 0 PONTOS
HISTÓRIA FAMILIAR DE SUICÍDIO	SIM 2 PONTOS	NÃO 0 PONTOS
HISTÓRIA PESSOAL DE COMPORTAMENTOS SUICIDAS. CONSIDERAR SIM SE HISTÓRICO DE 2 OU MAIS COMPORTAMENTOS PRÉVIOS OU APENAS, 1 SE GRAVE (MÉTODO VIOLENTO OU TENDO JUSTIFICADO CUIDADOS INTENSIVOS)	SIM 3 PONTOS	NÃO 0 PONTOS
PLANO SUICIDA EXISTÊNCIA DE PLANO ORGANIZADO, CONSISTENTE, LETAL E EXEQUÍVEL. VALORIZAR ATOS PREPARATÓRIOS RECENTES (EX: CARTA DE DESPEDIDA, TESTAMENTO), BEM COMO O ACESSO A MEIOS LETAIS (ARMA DE FOGO, PESTICIDAS/ HERBICIDAS)	SIM ATRIBUIR DIRETAMENTE O VALOR 20 AO ESCORE TOTAL DO ÍNDICE	NÃO 0 PONTOS

INTERPRETAÇÃO DA ESCALA

PONTUAÇÃO	RISCO	CONDUTA
ESCORE TOTAL < 5	RISCO REDUZIDO	REFERENCIAR PARA APS
ESCORE TOTAL ≥ 5 E < 10	RISCO INTERMEDIÁRIO	SOLICITAR AVALIAÇÃO DO CAPS
ESCORE TOTAL ≥ 10	RISCO ELEVADO	DE SEGUNDA A SEXTA-FEIRA, DAS 08:00 ÀS 18:00H: ENTRAR EM CONTATO COM CENTRAL DE RETAGUARDA EM SAÚDE MENTAL (CRSM). DEMAIS HORÁRIOS, ENTRAR EM CONTATO COM NIR DA UEP

PARADA CARDIORESPIRATÓRIA (PCR)- ADULTO

QUALIDADE DA RCP

- ▶ COMPRIMA COM FORÇA (PELO MENOS 5 CM) E RÁPIDO (100 A 120/MIN) E AGUARDE O RETORNO TOTAL DO TORAX.
- ▶ MINIMIZE INTERRUPÇÕES NAS COMPRESSÕES.
- ▶ EVITE VENTILAÇÃO EXCESSIVA.
- ▶ ALTERNE OS RESPONSÁVEIS PELAS COMPRESSÕES A CADA 2 MIN OU ANTES, SE HOUVER CANSAÇO.
- ▶ SEM VIA AÉREA AVANÇADA, RELAÇÃO COMPRESSÃO-VENTILAÇÃO DE 30:2.

PACIENTE INCONSCIENTE E SEM RESPIRAÇÃO

PULSO PALPÁVEL?

SIM

VENTILAR PACIENTE COM O2 100%
(BOLSA-VÁLVULA-MÁSCARA)
1 VENTILAÇÃO CADA 6 SEGUNDOS
E REAVALIAR PULSO A CADA 2 MINUTOS

NÃO

INICIAR RESSUSCITAÇÃO CARDIOPULMONAR (RCP):
30 COMPRESSÕES PARA 2 VENTILAÇÕES
+
VENTILAR PACIENTE COM O2 100%
(BOLSA-VÁLVULA-MÁSCARA)
+
MONITOR CARDÍACO

2

ASSISTOLIA/ ATIVIDADE ELÉTRICA SEM PULSO (AESP)

RCP 2 MINUTOS
• MONITOR
• ACESSO VENOSO
• CONSIDERAR VIA AEREA AVANÇADA
+
ADRENALINA 1MG A CADA 3-5 MINUTOS

CHECAR RITMO APÓS 2 MINUTOS

RITMO CHOCÁVEL?

NÃO

NÃO

RCP 2 MINUTOS + AVALIAR CAUSAS REVERSÍVEIS**

CHECAR RITMO APÓS 2 MINUTOS

RITMO CHOCÁVEL?

NÃO

SIM

VÁ PARA CHOQUE

1

FV/ TV SEM PULSO

SIM

CHOQUE

RCP 2 MINUTOS
• MONITOR
• ACESSO VENOSO
• CONSIDERAR VIA AEREA AVANÇADA

CHECAR RITMO APÓS 2 MINUTOS

RITMO CHOCÁVEL?

NÃO

CHOQUE

RCP 2 MINUTOS + ADRENALINA 1MG A CADA 3-5 MINUTOS

CHECAR RITMO APÓS 2 MINUTOS

RITMO CHOCÁVEL?

NÃO

CHOQUE

RCP 2 MINUTOS + AMIODARONA* + AVALIAR CAUSAS REVERSÍVEIS**

NÃO

ENERGIA DE CHOQUE

- MONOFÁSICO: 360J
- BIFÁSICO: 120-200J. SEGUIR RECOMENDAÇÃO DO FABRICANTE. SE ESTA FOR DESCONHECIDA, APLICAR A CARGA MÁXIMA DISPONÍVEL.

VÁ PARA CHOQUE

• SE NENHUM SINAL DE RETORNO DA CIRCULAÇÃO ESPONTÂNEA, VÁ PARA **2**

• SE RETORNO DA CIRCULAÇÃO ESPONTÂNEA, VER CUIDADOS PÓS PCR (VER P3)

**CAUSAS REVERSÍVEIS

- HIPOVOLEMIA
- HÍPÓXIA
- HIDROGÊNIO (ACIDOSE)
- HIPO/HIPERCALEMIA
- HIPOTERMIA
- HIPOGLICEMIA
- TENSÃO DO TORAX POR PNEUMOTORAX
- TAMPONAMENTO CARDÍACO
- TOXINAS
- TROMBOSE PULMONAR (TEP)
- TROMBOSE CORONÁRIA (IAM)

*AMIODARONA

- 1º DOSE: 300MG IV EM BOLUS
- 2º DOSE: 150MG IV EM BOLUS

PARADA CARDIORESPIRATÓRIA (PCR)- PEDIATRIA

QUALIDADE DA RCP

- ▶ COMPRIÇA COM FORÇA (≥ METADE DO DIÂMETRO TORACICO) E RAPIDEZ (100 A 120/MIN) E AGUARDE O RETORNO TOTAL DO TORAX.
- ▶ MINIMIZE INTERRUPÇÕES NAS COMPRESSÕES.
- ▶ EVITE VENTILAÇÃO EXCESSIVA.
- ▶ ALTERNE OS RESPONSÁVEIS PELAS COMPRESSÕES A CADA 2 MIN OU ANTES, SE HOUVER CANSAÇO.
- ▶ SEM VIA AÉREA AVANÇADA, RELAÇÃO COMPRESSÃO-VENTILAÇÃO DE 15:2.
- ▶ COM VIA AÉREA AVANÇADA, ADMINISTRE COMPRESSÕES CONTÍNUAS E UMA VENTILAÇÃO A CADA 2 A 3 SEG

PACIENTE INCONSCIENTE E SEM RESPIRAÇÃO

PULSO PALPÁVEL?

SIM

VENTILAR PACIENTE COM O2 100%
(BOLSA-VÁLVULA-MÁSCARA)
1 VENTILAÇÃO CADA 6 SEGUNDOS
E REAVALIAR PULSO A CADA 2 MINUTOS

NÃO

INICIAR RESSUSCITAÇÃO CARDIOPULMONAR (RCP):

15 COMPRESSÕES PARA 2 VENTILAÇÕES
+
VENTILAR PACIENTE COM O2 100%
(BOLSA-VÁLVULA-MÁSCARA)
+
MONITOR CARDÍACO

SE ASSISTOLIA:

- CHECAR CONEXÃO DOS ELETRODOS
- AUMENTAR O GANHO DO MONITOR CARDIACO

CHECAR RITMO APÓS 2 MINUTOS

1

FV/ TV SEM PULSO

SIM

RITMO CHOCÁVEL?

NÃO

ASSISTOLIA/ ATIVIDADE ELÉTRICA SEM PULSO (AESP)

2

CHOQUE

RCP 2 MINUTOS

- MONITOR
- ACESSO VENOSO
- CONSIDERAR VIA AEREA AVANÇADA

ENERGIA DE CHOQUE

- PRIMEIRO CHOQUE: 2J/KG
 - SEGUNDO CHOQUE: 4J/KG
 - CHOQUES POSTERIORES: ≥ 4J/KG.
- MÁXIMO DE 10J/KG OU DOSE PARA ADULTOS.

RCP 2 MINUTOS

- MONITOR
- ACESSO VENOSO
- CONSIDERAR VIA AEREA AVANÇADA

+
ADRENALINA*

CHECAR RITMO APÓS 2 MINUTOS

NÃO

CHECAR RITMO APÓS 2 MINUTOS

CHOQUE

RCP 2 MINUTOS + ADRENALINA*

CHECAR RITMO APÓS 2 MINUTOS

RITMO CHOCÁVEL?

NÃO

VÁ PARA 3

3

RITMO CHOCÁVEL?

RCP 2 MINUTOS + AVALIAR CAUSAS REVERSÍVEIS***

CHECAR RITMO APÓS 2 MINUTOS

RITMO CHOCÁVEL?

VÁ PARA 3

3

- SE NENHUM SINAL DE RETORNO DA CIRCULAÇÃO ESPONTÂNEA, VÁ PARA **2**
- SE RETORNO DA CIRCULAÇÃO ESPONTÂNEA, VER CUIDADOS PÓS PCR (VER P3)

CHOQUE

RCP 2 MINUTOS + AMIODARONA + AVALIAR CAUSAS REVERSÍVEIS*****

3

***ADRENALINA:**

- 0,01MG/KG
- REPITA A CADA 3-5 MINUTOS
- SE NÃO TIVER ACESSO IV, PODE-SE ADMINISTRAR VIA ENDOTRAQUEAL: 0,1MG/KG (0,1ML DA AMPOLA DE 1MG/ML)

****AMIODARONA**

- 5MG/G EM BOLUS.
- PODE SER REPETIDA ATÉ 3X

*****CAUSAS REVERSÍVEIS**

- ▶ HIPOVOLEMIA
- ▶ HÍPÓXIA
- ▶ HIDROGÊNIO (ACIDOSE)
- ▶ HIPO/HIPERCALEMIA
- ▶ HIPOTERMIA
- ▶ HIPOGLICEMIA
- ▶ TENSÃO DO TORAX POR PNEUMOTORAX
- ▶ TAMPONAMENTO CARDÍACO
- ▶ TOXINAS
- ▶ TROMBOSE PULMONAR (TEP)
- ▶ TROMBOSE CORONÁRIA (IAM)

CUIDADOS PÓS PCR

RETORNO DA CIRCULAÇÃO ESPONTÂNEA

FASE DE
ESTABILIZAÇÃO
INICIAL

MANEJO DA VIA AÉREA
POSICIONAMENTO INICIAL DO TUBO
ENDOTRAQUEAL
+
CONTROLE DOS PARÂMETROS RESPIRATÓRIOS
INICIE COM 10 VENTILAÇÕES/MIN
MANTER SATURAÇÃO DE O₂ ENTRE 92%-98%
(DPOC ≥ 88%).
+
**CONTROLE DOS PARÂMETROS
HEMODINÂMICOS**
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA > 90mmHg
PRESSÃO ARTERIAL MÉDIA > 65mmHg
+
ELETROCARDIOGRAMA 12 DERIVAÇÕES

SE FV/TV SEM PULSO ANTES DA REVERSÃO:

- AMIODARONA: 1MG/MIN POR 6H, APÓS 0,5MG/MIN POR MAIS 18H.

PACIENTE OBEDECE A COMANDOS?

NÃO

**DISCUTIR COM REGULAÇÃO DO
SAMU 3360-4980**

+
MANEJO CLÍNICO* ATÉ
TRANSFERÊNCIA

SIM

AVALIAR CAUSAS REVERSÍVEIS

- HIPOVOLEMIA
- HÍPOXIA
- HIDROGÊNIO (ACIDOSE)
- HIPO/HIPERCALEMIA
- HIPOTERMIA
- HIPOGLICEMIA
- TENSÃO DO TORAX POR PNEUMOTORAX
- TAMPONAMENTO CARDÍACO
- TOXINAS
- TROMBOSE PULMONAR (TEP)
- TROMBOSE CORONÁRIA (IAM)

*MANEJO CLÍNICO

- MONITORIZAÇÃO DE DADOS VITAIS
- MONITOR CARDÍACO
- 2 ACESSOS VENOSOS CALIBROSOS
- FORNECER FIO₂* ATÉ ATINGIR SO₂ > 92% (PARA DPOC ENTRE 88-92%)
- SONTA VESICAL DE DEMORA
- AVALIAR OBTENÇÃO DE ACESSO VENOSO CENTRAL
- RESSUSCITAÇÃO VOLÊMICA: 20ml/kg IV DE SF 0,9% OU RINGER LACTATO
- **SE PAS < 90mmHg:**
- NOREPINEFRINA 2MG/2ML IV: 0,1 A 2mcg/kg/min EM BIC
- **SE PAS 90 A 100mmHg:**
- DOBUTAMINA 12,5MG IV: 2,5mcg/Kg/min EM BIC. (AJUSTE A CADA 10MIN)

TRAUMA ORTOPÉDICO

ANAMNESE

- **TEMPO DO OCORRIDO;**
- **CINEMÁTICA DO TRAUMA:** QUEDA DE MESMO NÍVEL, QUEDA DE NÍVEL, TRAUMA DIRETO, INVERSÃO, EVERSÃO, HIPEREXTENSÃO, ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO, ATROPELAMENTO, QUEDA DE MOTO, COLISÃO FRONTAL, COLISÃO LATERAL, COLISÃO TRASEIRA, EXPLOSÃO, ESMAGAMENTO ...;
- **TIPO DE TRAUMA:** TRAUMA FECHADO X TRAUMA ABERTO;
- **FATORES DE RISCO:** IDOSOS, HISTÓRICO DE OSTEOPOROSE, NEOPLASIA, IMUNOSSUPRIMIDOS, USO DE GLICOCORTICÓIDES, ETILISMO.

EXAME FÍSICO

- **XABCDE DO TRAUMA**
- **INSPEÇÃO:** AUMENTO DE VOLUME, HIPEREMIA, EQUIMOSE, HEMATOMA, FERIMENTOS, DEFORMIDADES, SANGRAMENTO;
- **PALPAÇÃO:** PONTOS DOLOROSOS, DEFORMIDADES, PERFUSÃO, SENSIBILIDADE;
- **AVLIAÇÃO FUNCIONAL:** MOTRICIDADE, ESTABILIDADE ARTICULAR, PERFUSÃO DISTAL, SENSIBILIDADE DISTAL.

TRAUMA GRAVE

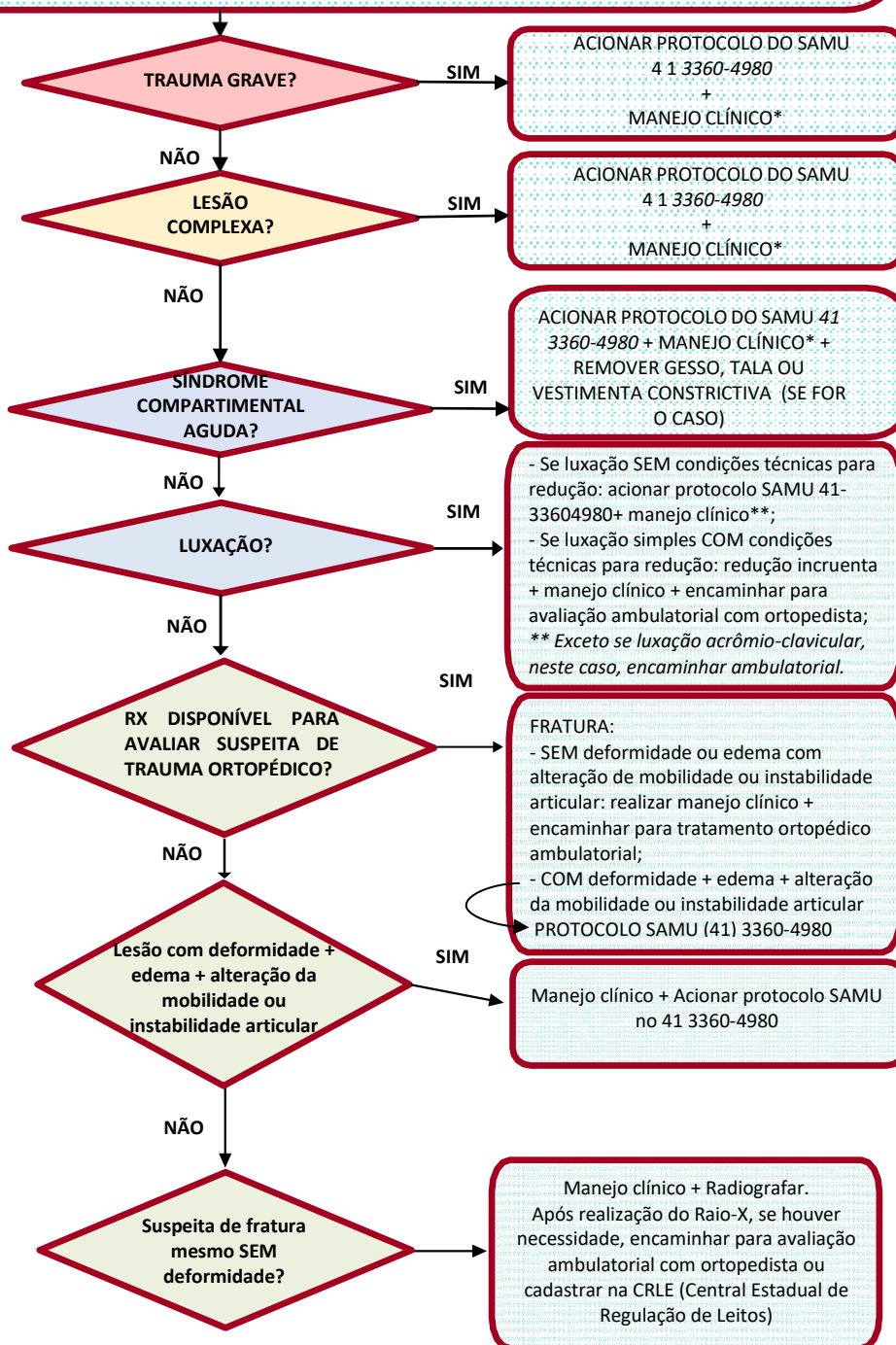
- POLITRAUMATISMO;
- CINEMÁTICA DO TRAUMA DE ALTA ENERGIA [ATROPELAMENTO EM ALTA VELOCIDADE], ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO EM ALTA VELOCIDADE, QUEDA DE NÍVEL (> 4 METROS), EXPLOSÃO, ESMAGAMENTO, ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO COM EJEÇÃO, MORTE NO LOCAL DO ACIDENTE];
- TRAUMA ASSOCIADO À REBAIXAMENTO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (ESCALA DE COMA DE GLASGOW \leq 14);
- LESÃO POR ARMA DE FOGO.

LESÃO COMPLEXA

- AMPUTAÇÃO;
- LESÃO DE NERVOS E VASOS CALIBROSOS;
- DESALINHAMENTO/DEFORMIDADE;
- PELVE INSTÁVEL;
- LUXAÇÃO (EXCETO CLAVÍCULA)
- FRATURA DE FÊMUR, QUADRIL E/OU COXA;

SÍNDROME COMPARTIMENTAL AGUDA

- COMPRESSÃO VASCULAR DIMINUINDO RETORNO VENOSO E DRENAGEM LINFÁTICA;
- PRINCIPAIS CAUSAS: FRATURAS DE OSSOS LONGOS (TÍBIA/ ANTEBRAÇO), QUEIMADURAS, ESMAGAMENTO, IMOBILIZAÇÃO GESSADA, TALA OU VESTIMENTA EXAGERADAMENTE CONSTRICTIVA;
- CLÍNICA:
 - DOR DESPROPORCIONAL À LESÃO, PERSISTENTE, EM QUEIMAÇÃO E AUMENTADA AO RELAXAMENTO PASSIVO DOS MÚSCULOS DO CORPARTIMENTO EM QUESTÃO;
 - PARESTESIA (30MIN À 2H APÓS O INÍCIO DO QUADRO);
 - ACHADOS TARDIOS: MEMBRO GÉLIDO, PARALISIA, PULSAÇÃO AUSENTE E PALIDEZ.



MANEJO CLÍNICO PARA TRAUMA GRAVE E LESÃO COMPLEXA

- SEMPRE MANTER VIAS AERÉAS PERVEAS;
- INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL (IOT) SEMPRE QUE GLASGOW \leq 8;
- MONITORAR DADOS VITAIS;
- COLOCAR PACIENTE EM TÁBUA RÍGIDA;
- COLAR CERVICAL (SE TRAUMA GRAVE OU TRAUMA DA REGIÃO CERVICAL OU CERVICALGIA);
- IMOBILIZAÇÃO DO MEMBRO AFETADO;
- 2 ACESSOS VENOSOS CALIBROSOS;
- SE PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA (PAS) $<$ 90mmHg;
- RESSUSCITAÇÃO VOLÊMICA: 20-30ml/kg IV DE SF 0,9% OU RINGER LACTATO;
- CURATIVO COMPRESSIVO DAS LESÕES;
- OFERTAR ANALGESIA SEMPRE QUE NECESSÁRIO;
- **ANALGESIA SIMPLES:**
- DAPIRONA 500MG/ML IV OU IM
- CETOPROFENO 100MG/ML IM
- DEXAMETASONA 4MG/ML IV OU IM
- **ESCALONAMENTO ANALGÉSICO 1:**
- TRAMADOL 50MG/ML IV
- **ESCALONAMENTO ANALGÉSICO 2:**
- MORFINA 10MG/ML

TRATAMENTO DOMICILIAR PARA ENTORSE DE TORNOZELO

- GELO: 3-4 SESSÕES POR 20 MIN
- POR 3-4 DIAS; REPOUSO ARTICULAR;
- PARACETAMOL 500MG OU 200MG/ML
- DAPIRONA 500MG/ML IBUPROFENO 600MG
- CODEÍNA 30MG

MANEJO INDIVIDUALIZADO PARA REDUÇÃO DE PATELA:

- ENFAIXAMENTO INGUINOMALEOLAR POR 4-6 SEMANAS;
- PROTEÇÃO (USO DE MULETAS);
- ORIENTAR EXERCÍCIOS ISOMÉTRICOS.
- + TRATAMENTO DOMICILIAR**

MANEJO INDIVIDUALIZADO PARA LUXAÇÃO DE DEDOS:

- REDUÇÃO COM TRAÇÃO;
- RAIOS-X DE CONTROLE
- TALA METÁLICA POR 3 SEMANAS; ANESTESIA TRONCULAR, SE NECESSÁRIO.
- SE FRATURA DE FALANGE DISTAL SEM DESVIO:
- TALA METÁLICA POR 3 SEMANAS

MANEJO DE FERIMENTOS ABERTOS

- **SE MENOR QUE 10CM:**
- PASSÍVEL DE LIMPEZA = LAVAR + SUTURA + ENCAMINHAMENTO AMBULATORIAL
- SUJIDADES DE DIFÍCIL REMOÇÃO = ACIONAR SAMU
- **SE MAIOR QUE 10CM:**
- ACIONAR SAMU

**MANEJO CLÍNICO PARA FRATURAS EXPOSTAS

- XABCDE DO TRAUMA
- MONITORAR DADOS VITAIS;
- IRRIGAÇÃO DO FERIMENTO ABERTO COM SF 0,9% + CURATIVO ESTÉRIL COMPRESSIVO;
- IMOBILIZAÇÃO DA FRATURA;
- 2 ACESSOS VENOSOS CALIBROSOS;
- SE PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA (PAS) $<$ 90mmHg;
- RESSUSCITAÇÃO VOLÊMICA: 20-30ml/kg IV DE SF 0,9% OU RINGER LACTATO;
- ANALGESIA;
- **ANALGESIA SIMPLES:**
- DAPIRONA 500MG/ML IV OU IM
- CETOPROFENO 100MG/ML IM
- DEXAMETASONA 4MG/ML IV OU IM
- **ESCALONAMENTO ANALGÉSICO 1:**
- TRAMADOL 50MG/ML IV
- **ESCALONAMENTO ANALGÉSICO 2:**
- MORFINA 10MG/ML
- ANTIBIÓTICOTERAPIA CONFORME CLASSIFICAÇÃO DA FRATURA EXPOSTA*;
- VACINA ANTI-TÉTANO.

*MANEJO CLÍNICO PARA TRAUMA DE COLUNA

- AVALIAR MOBILIDADE: SENSIBILIDADE PRESERVADA EM MMII E MMSS + FORÇA MUSCULAR EM EXTREMIDADES;
- SE PACIENTE INSTÁVEL, COM DOR E COM SINAIS E SINTOMAS NEUROLÓGICOS = ACIONAR PROTOCOLO DO SAMU E SOLICITAR REGULAÇÃO PARA ALTA COMPLEXIDADE;
- SE NEUROLÓGICAMENTE ESTÁVEL E TOMOGRAFIA COM COMPRESSÃO DE MEDULA = AVALIAÇÃO ORTOPÉDICA VIA CRLE
- COLAR CERVICAL;
- COLOCAR PACIENTE EM TÁBUA RÍGIDA;
- 2 ACESSOS VENOSOS;
- MONITORIZAÇÃO;
- GARANTIR OXIGENAÇÃO;
- Sonda vesical de demora;
- RESSUSCITAÇÃO VOLÊMICA: 30ml/kg IV DE SF 0,9%. ATENÇÃO COM CONGESTÃO PULMONAR
- SE TRAUMA DE COLUNA COM PACIENTE NEUROLÓGICAMENTE ESTÁVEL, SEM DOR E ESTABILIZADO = TOMOGRAFIA AMBULATORIAL.
- SE PERSISTIR COM PAS $<$ 90mmHg:
- NOREPINEFRINA 2MG/2ML IV: 0,1 A 2mcg/kg/min EM BIC (AUMENTAR A INFUSÃO A CADA 10 MIN CONFORME NECESSIDADE).
- SE TRAUMA $<$ 8 HORAS:
- METILPREDNISOLONA:
- 30MG/KG IV NOS PRIMEIROS 15 MIN ;
- 5,4MG/KG/H EM BIC APÓS.

URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS PSIQUIÁTRICAS

*MANEJO CLÍNICO

- CONTENÇÃO MECÂNICA (SE RISCO DE HETERO OU AUTOAGRESSÃO)
- CONTENÇÃO QUÍMICA:
 - HALOPERIDOL 5MG: 1 AMP IM A CADA 30 MIN ATÉ CESSAR A CRISE, COM MÁXIMO DE 6 DOSES.
 - OU
 - CLORPROMAZINA 25MG IM
 - +
 - MIDAZOLAM 15MG IM. PODE-SE REPETIR 1X APÓS 1H.
 - OU
 - DIAZEPAM 5MG: 2CP VO . SE DELIRIUM TREMENS: 10MG 2/2H NAS PRIMEIRAS 24H
- SE SINTOMAS EXTRAPIRAMIDAIS:
 - BIPERIDENO 5MG/ML: 3-5MG 6/6H
- **PROPEDEÚTICA COMPLEMENTAR:**
 - DELIRIUM TREMENS OU ABSTINÊNCIA ALCOÓLICA: HEMOGRAMA, CPK, UREIA, CREATININA, LIPASE, TGO, TGP, RNI, BILIRRUBINAS, ECG
 - DEMAIS PACIENTES, PRINCIPALMENTE IDOSOS: SÓDIO, POTÁSSIO, CREATININA, HEMOGRAMA, PARCIAL DE URINA, ELETROCARDIOGRAMA;
 - COLETAR B-HCG EM TODAS AS MULHERES EM IDADE FÉRTIL.

CAUSAS DE AGITAÇÃO PSICOMOTORA:

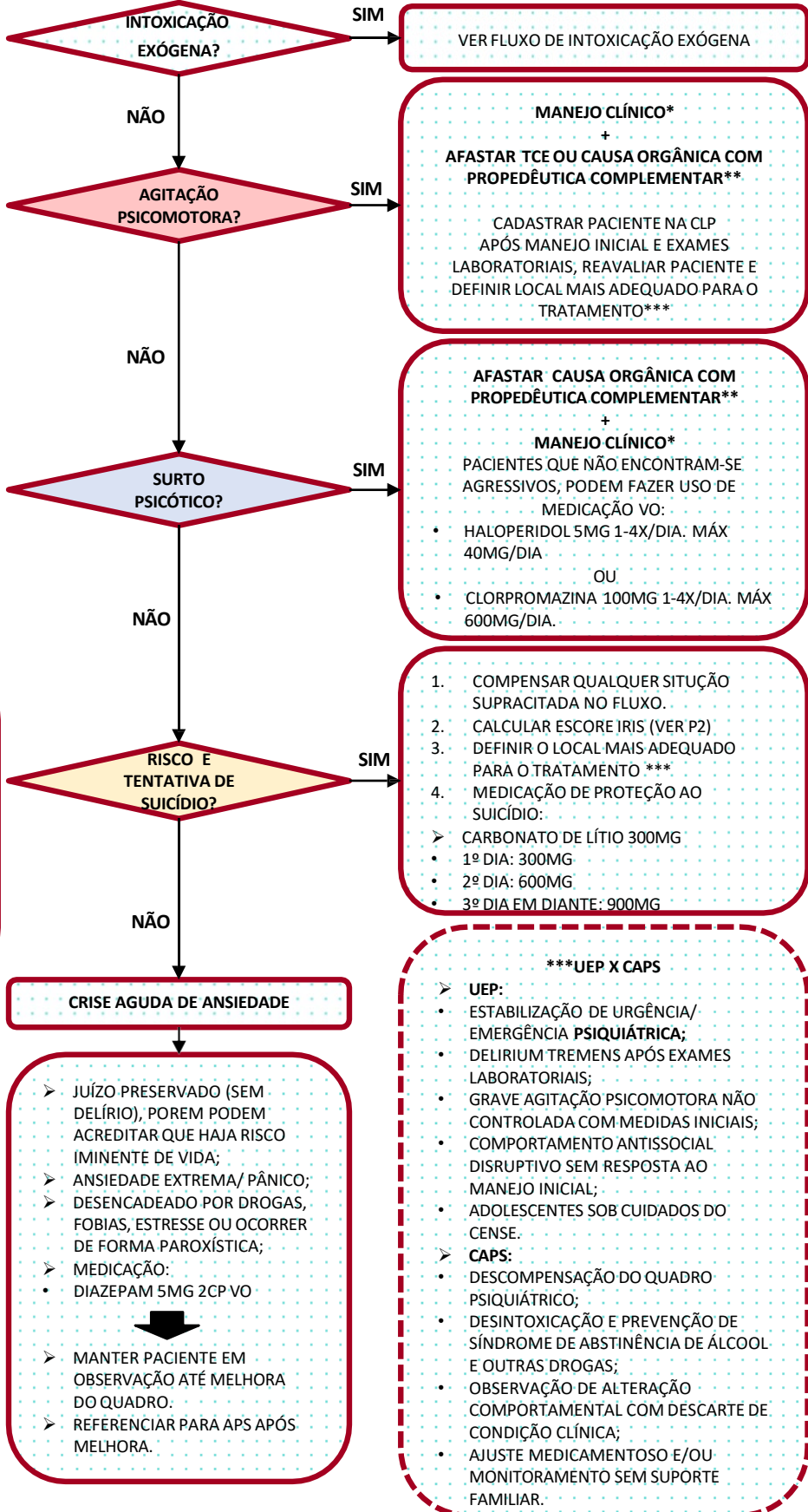
- DELIRIUM;
- SURTO PSICÓTICO;
- HIPÓXIA;
- TRAUMA CRANIO-ENCEFÁLICO(TCE);
- INTOXICAÇÃO POR COCAÍNA/PSICOESTIMULANTES;
- INTOXICAÇÃO ALCOÓLICA;
- ABSTINÊNCIA ALCOÓLICA;
- ATAQUE DE PÂNICO;
- TRANSTORNO DE PERSONALIDADE (HISTRIÔNICA, ANTISOCIAL, BORDERLINE, NARCISÍSTICA).

CARACTERÍSTICAS DO SURTO PSICÓTICO E MANIA:

- ALTERAÇÃO DO JUÍZO (DELÍRIOS) E/OU DA SENSOPERCEÇÃO (ALUCINAÇÕES), PODENDO MOTIVAR COMPORTAMENTO BIZARRO OU AGRESSIVO;
- TRANSTORNO BIPOLAR EM MANIA PODEM APRESENTAR ACELERAÇÃO DO PENSAMENTO E DO DISCURSO, COM FLUTUAÇÕES PARA IRRITAÇÃO E AGRESSIVIDADE;

RISCO DE SUICÍDIO:

- **ALTO RISCO:**
 - ESCORE IRIS ≥ 10 (VER P2)
 - TEM PLANO, TEM MEIOS E PLANEJA SUICIDAR PROMPTAMENTE
- **MÉDIO RISCO:**
 - ESCORE IRIS ≥ 5 E < 10 (VER P2)
 - PENSAMENTOS E PLANOS, MAS NÃO PRETENDE COMETER SUICÍDIO IMEDIATAMENTE
- **BAIXO RISCO:**
 - ESCORE IRIS < 5 (VER P2)
 - PENSAMENTOS SUICIDAS, SEM PLANOS



***UEP X CAPS

- **UEP:**
 - ESTABILIZAÇÃO DE URGÊNCIA/ EMERGÊNCIA PSIQUIÁTRICA;
 - DELIRIUM TREMENS APÓS EXAMES LABORATORIAIS;
 - GRAVE AGITAÇÃO PSICOMOTORA NÃO CONTROLADA COM MEDIDAS INICIAIS;
 - COMPORTAMENTO ANTISOCIAL DISRUPTIVO SEM RESPOSTA AO MANEJO INICIAL;
 - ADOLESCENTES SOB CUIDADOS DO CENSE.
- **CAPS:**
 - DESCOMPENSAÇÃO DO QUADRO PSIQUIÁTRICO;
 - DESINTOXICAÇÃO E PREVENÇÃO DE SÍNDROME DE ABSTINÊNCIA DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS;
 - OBSERVAÇÃO DE ALTERAÇÃO COMPORTAMENTAL COM DESCARTE DE CONDIÇÃO CLÍNICA;
 - AJUSTE MEDICAMENTOSO E/OU MONITORAMENTO SEM SUPORTE FAMILIAR.

URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS PSIQUIÁTRICAS

IRIS: ÍNDICE DE RISCO DE SUICÍDIO

DADO	PONTUAÇÃO	
	SEXO	MASCULINO 1 PONTO
IDADE	≥ 45 ANOS 1 PONTO	< 45 ANOS 0 PONTOS
RELIGIOSIDADE	NÃO 1 PONTO	SIM 0 PONTOS
ISOLAMENTO. VIVE SÓ, SEM APOIO FAMILIAR OU SOCIAL	SIM 2 PONTOS	NÃO 0 PONTOS
PERDA RECENTE MARCANTE. LUTO, DESEMPREGO, PERDA MATERIAL OU DE ESTATUTO	SIM 2 PONTOS	NÃO 0 PONTOS
DOENÇA FÍSICA. INCAPACIDADE OU TERMINAL	SIM 2 PONTOS	NÃO 0 PONTOS
ABUSO. ÁLCOOL OU SUBSTÂNCIAS	SIM 2 PONTOS	NÃO 0 PONTOS
DOENÇA PSIQUIÁTRICA GRAVE. DESCOMPENSAÇÃO ATUAL DE PSICOSE. DEPRESSÃO MAIOR UNIPOLAR OU BIPOLAR. PERTURBAÇÃO GRAVE DA PERSONALIDADE	SIM 2 PONTOS	NÃO 0 PONTOS
HISTÓRIA DE INTERNAMENTO PSIQUIÁTRICO	SIM 2 PONTOS	NÃO 0 PONTOS
HISTÓRIA FAMILIAR DE SUICÍDIO	SIM 2 PONTOS	NÃO 0 PONTOS
HISTÓRIA PESSOAL DE COMPORTAMENTOS SUICIDAS. CONSIDERAR SIM SE HISTÓRICO DE 2 OU MAIS COMPORTAMENTOS PRÉVIOS OU APENAS, 1 SE GRAVE (MÉTODO VIOLENTO OU TENDO JUSTIFICADO CUIDADOS INTENSIVOS)	SIM 3 PONTOS	NÃO 0 PONTOS
PLANO SUICIDA EXISTÊNCIA DE PLANO ORGANIZADO, CONSISTENTE, LETAL E EXEQUÍVEL. VALORIZAR ATOS PREPARATÓRIOS RECENTES (EX: CARTA DE DESPEDIDA, TESTAMENTO), BEM COMO O ACESSO A MEIOS LETAIS (ARMA DE FOGO, PESTICIDAS/ HERBICIDAS)	SIM ATRIBUIR DIRETAMENTE O VALOR 20 AO ESCORE TOTAL DO ÍNDICE	NÃO 0 PONTOS

INTERPRETAÇÃO DA ESCALA

PONTUAÇÃO	RISCO	CONDUTA
ESCORE TOTAL < 5	RISCO REDUZIDO	REFERENCIAR PARA APS
ESCORE TOTAL ≥ 5 E < 10	RISCO INTERMEDIÁRIO	SOLICITAR AVALIAÇÃO DO CAPS
ESCORE TOTAL ≥ 10	RISCO ELEVADO	DE SEGUNDA A SEXTA-FEIRA, DAS 08:00 ÀS 18:00H: ENTRAR EM CONTATO COM CENTRAL DE RETAGUARDA EM SAÚDE MENTAL (CRSM). DEMAIS HORÁRIOS, ENTRAR EM CONTATO COM NIR DA UEP

EMERGÊNCIAS RESPIRATÓRIAS

ANAMNESE

- TEMPO DE INÍCIO: SÚBITA, PROGRESSIVA, RECORRENTE.
- SINTOMAS ASSOCIADOS: FEBRE, TOSSE, MANCHAS PELO CORPO, ANGIOEDEMA
- ANTECEDENTES: HISTÓRICO DE COMORBIDADES (HAS, IC, ASMA, DPOC), HISTÓRICO DE TABAGISMO, HISTÓRICO DE COVID-19, USO DE DROGAS.

EXAME FÍSICO

- DADOS VITAIS (FC, FR, SO₂, ESCALA DE GLASGOW, GLICEMIA CAPILAR)
- AUSCULTA PULMONAR (SIBILOS, ESTERTORES, CREPITANTES, MURMURIO VESICULAR ABOLIDO)
- PERCUSSÃO: TIMPANISMO, HIPERTIMPANISMO, MACICEZ
- PROCURA DE EDEMA OU EMPASTAMENTO EM MMII.

PROPEDÊUTICA COMPLEMENTAR

- HEMOGRAMA, PROTEÍNA C-REATIVA, GASOMETRIA ARTERIAL, ELETRÓLITOS, FUNÇÃO RENAL, FUNÇÃO HEPÁTICA
- RAIO-X TORAX/ ELETROCARDIOGRAMA
- INVESTIGAR INFECÇÃO POR COVID-19 (ANTÍGENO/ RT-PCR)
- CONSIDERAR TUBERCULOSE

SINAIS DE GRAVIDADE

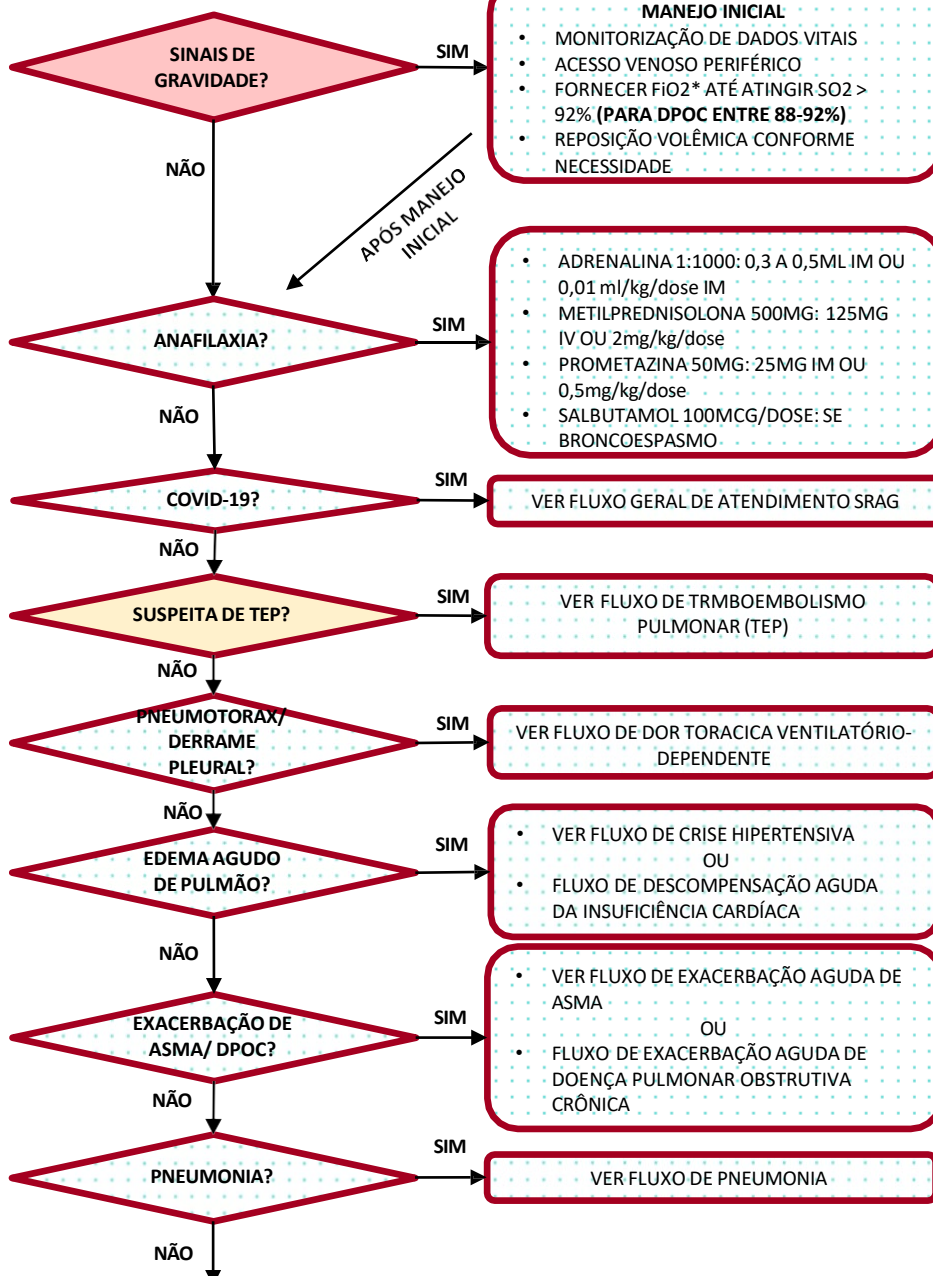
REBAIXAMENTO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA
FR > 30irpm OU FR ≤ 10irpm
ESFORÇO RESPIRATÓRIO COM USO DE
MUSCULATURA ACESSÓRIA
SO₂ < 90%
FALA ENTRECORTADA

MANEJO INICIAL

- MONITORIZAÇÃO DE DADOS VITAIS
- ACESSO VENOSO PERIFÉRICO
- FORNECER FIO₂* ATÉ ATINGIR SO₂ > 92% (**PARA DPOC ENTRE 88-92%**)
- REPOSIÇÃO VOLÊMICA CONFORME NECESSIDADE

*FORNECIMENTO DE FIO₂

- **CATETER NASAL:**
 - BAIXO FLUXO DE O₂
 - FORNECE ATÉ 6L/MIN
 - CADA LITRO AUMENTO 3% A FIO₂
- **MÁSCARA COM RESERVATÓRIO:**
 - ALTO FLUXO DE O₂
 - ACIMA DE 6L/MIN
 - CADA LITRO AUMENTA 10% A FIO₂
- **VENTILAÇÃO NÃO-INVASIVA (VNI):**
 - INDICAÇÕES: DPOC EXACERBADO/ EAP/ PERSISTÊNCIA DA DISPNEIA APESAR DA SUPLEMENTAÇÃO DE O₂.
 - CONTRA-INDICAÇÕES: REBAIXAMENTO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA/ GRANDE QUANTIDADE DE SECREÇÃO COM ALTO RISCO DE ASPIRAÇÃO/ PNEUMOTORAX/ HEMORRAGIA DIGESTIVA/ TRAUMA FACIAL/ VÔMITOS INCOERCÍVEIS.
- **INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL (IOT):**
 - INDICAÇÕES: REBAIXAMENTO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA/ INABILIDADE PARA PROTEGER AS VIAS AERIAS/ INSTABILIDADE HEMODINÂMICA.



TROMBOEMBOLISMO PULMONAR (TEP)

- DOR TORACICA
- DISPNEIA (SÚBITA OU PROGRESIVA)
- SÍNCOPE
- TOSSE
- HEMOPTISE
- ANSIEDADE INTENSA
- TAQUIPNEIA
- TAQUIPCARDIA
- EDEMA ASSIMÉTRICO DE MEMBRO INFERIOR
- DISTENSÃO VENOSA JUGULAR
- B2 HIPERFONÉTICA

OUTRAS CAUSAS MENOS COMUNS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA DEVEM SER AVALIADAS E INDIVIDUALIZADAS.
SEMPRE AVENTAR A POSSIBILIDADE DE TUBERCULOSE

SÍNCOPE

PERDA TRANSITÓRIA DA CONSCIÊNCIA SECUNDÁRIA À HIPOPERFUSÃO CEREBRAL TRANSITÓRIA. CARACTERIZA-SE POR UM EVENTO DE INÍCIO RÁPIDO, CURTA DURAÇÃO E RECUPERAÇÃO ESPONTÂNEA.

ANAMNESE:

- SINTOMAS ASSOCIADOS: PALPITAÇÕES, DOR TORÁCICA, DISPNEIA, DOR ABDOMINAL, CEFALEIA, PARESTESIA, FRAQUEZA.
- FATORES PRECIPITANTE: EXERCÍCIO FÍSICO, TEMPO PROLONGADO EM PÉ, FICAR EM LOCAIS ABAFADOS OU QUENTES, RELAÇÃO COM DOR OU ESTRESSE EMOCIONAL.
- POSICÇÃO DO PACIENTE NO MOMENTO DA SÍNCOPE: ORTOSTÁTICA POR PERÍODO PROLONGADO, TRANSICÇÃO DE DECÚBITO PARA ORTOSTÁTICA, DEITADO.
- NÚMERO, FREQUÊNCIA E DURAÇÃO: SE > 4-5 MIN, SUSPEITAR DE OUTRAS CAUSAS NEUROLÓGICAS, COMO CONVULSÕES.
- PRÓDROMOS: NÁUSEAS, DIAFORESE, SENSACÇÃO DE CALOR OU FRIO, PALPITAÇÕES, TONTURA, VISÃO TURVA.
- HISTÓRICO MÉDICO: MEDICAÇÕES EM USO (DIURÉTICOS, ANTI-HIPERTENSIVOS, ANTI-ARRITMICOS, HIPOGLICEMIANTES), EPISÓDIOS PRÉVIOS

EXAME FÍSICO:

- AFERIÇÕES DE DADOS VITAIS
- VERIFICAÇÃO DE HIPOTENSÃO ORTOSTÁTICA: VERIFICAÇÃO DA PA COM O PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL E EM POSIÇÃO ORTOSTÁTICA, 3 MIN APÓS MUDANÇA DE POSIÇÃO.

***MASSAGEM DO SEIO CAROTÍDEO:**

- > 40 ANOS
- CONTRA-INDICAÇÃO:
 - AIT PRÉVIO,
 - AVE < 3 MESES
 - SOPRO CAROTÍDEO.
- POSITIVO SE:
 - PAUSA SINUSAL > 3 SEG
 - QUEDA DA PAS > 50mmHg

AVALIAR DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS:

- CONVULSÕES
- TCE
- INTOXICAÇÕES EXÓGENAS
- HIPOGLICEMIA
- DISTÚRBIOS DO SONO
- DISTÚRBIOS PSIQUIÁTRICOS
- COMA

SÍNCOPE REFLEXA:

- VASOVAGAL (ESTRESSE EMOCIONAL, MEDO, DOR)
- POSIÇÃO ORTOSTÁTICA PROLONGADA
- SENSIBILIDADE DO SEIO CAROTÍDEO
- SITUACIONAL (TOSSE, DEGLUTIÇÃO, DEFECAÇÃO, PÓS-EXERCÍCIO, PÓS-MICÇÃO, PÓS-PRANDIAL)

SE SÍNCOPE REFLEXA:

- TRANQUILIZAR E ORIENTAR PACIENTE SOBRE O QUADRO.
- EVITAR FATORES PRECIPITANTES

SE SÍNCOPE POSTURAL:

- TRANQUILIZAR E ORIENTAR PACIENTE SOBRE O QUADRO.
- EVITAR FATORES PRECIPITANTES.
- SE CAUSA MEDICAMENTOSA: ENCAMINHAR À APS PARA REVER MEDICAÇÕES.

SE SÍNCOPE CARDÍACA:

- IDENTIFICADA A CAUSA, MANEJAR DE FORMA INDIVIDUALIZADA.

SÍNCOPE POSTURAL

HIPOTENSÃO OTOSTÁTICA

- HEMORRAGIA
- HIPOVOLEMIA
- ÁLCOOL
- MEDICAMENTOSA (ANTI-HIPERTENSIVOS, DIURÉTICOS, ANTIEMÉTICOS, ANTIDEPRESSIVOS, ANTIARRITMICOS).

SÍNCOPE CARDÍACA

- ARRITMIAS CARDÍACAS
- IAM
- INSUFICIÊNCIA CARDÍACA
- CARDIOPATIAS ESTRUTURAIS (DOENÇA VALVAR, MIOCARDIOPATIA HIPERTRÓFICA, HIPERTENSÃO PULMONAR)

É SÍNCOPE?

NÃO

SIM

ELETCARDIOGRAMA + MASSAGEM DO SEIO CAROTÍDEO*

CAUSA ESTABELECIDA?

SIM

NÃO

CAUSA ESTABELECIDA?

SIM

NÃO

SÍNCOPE INEXPLICADA

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO

EGSYS ≥ 3?

NÃO

SIM

- TRANQUILIZAR E ORIENTAR O PACIENTE
- ORIENTAR RETORNAR, SE NECESSÁRIO

ACIONAR SAMU

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DE EGSYS

PALPITAÇÃO ANTES DA SÍNCOPE	+4
ECG NORMAL OU CARDIOPATIA	+3
SÍNCOPE DURANTE ESFORÇO	+3
SÍNCOPE NA POSIÇÃO SUPINA	+2
PRÓDROMOS COM NÁUSEAS E VÔMITOS	-1
FATOR PRECIPITANTE	-1

SÍNDROME HIPERTENSIVA NA GESTAÇÃO

- AFERIR DADOS VITAIS.
- VERIFICAR IDADE GESTACIONAL.
- AVALIAR OS BATIMENTOS CARDIO-FETAIS (BCF).
- IDENTIFICAR SINAIS DE GRAVIDADE* DE PRÉ-ECLÂMPSIA/ ECLÂMPSIA.
- COLOCAR A PACIENTE DEITADA EM DECÚBITO LATERAL ESQUERDO E ENCAMINHAR PARA AVALIAÇÃO MÉDICA.

*SINAIS DE GRAVIDADE:

- **NA IMINÊNCIA DE ECLÂMPSIA:**
 - CEFALÉIA/ NUCALGIA
 - ALTERAÇÃO VISUAL (ESCOTOMAS, BORRAMENTO, DIPLOPIA, FOTOFOBIA)
 - NÁUSEA, VÔMITOS
 - DOR EM HIPOCÔNDRIO DIREITO OU EM REGIÃO EPIGÁSTRICA
- **NA ECLÂMPSIA:**
 - CONVULSÃO TÔNICO-CLÔNICA GENERALIZADA OU COMA.

CLASSIFICAÇÃO DO CASO CONFORME NÍVEIS PRESSÓRICOS E GRAVIDADE CLÍNICA:

SE PA ≥ 160X110mmHg OU SINAIS DE GRAVIDADE*:

- ENCAMINHAR PARA A MATERNIDADE DE REFERÊNCIA. ACIONAR SAMU 192 PARA TRANSFERÊNCIA.
- POSICIONAR A GESTANTE EM DECÚBITO LATERAL ESQUERDO.
- ACESSO VENOSO PERIFÉRICO COM SG 5% EM INFUSÃO LENTA.
- VERIFICAR BCF A CADA 20 MINUTOS.
- INICIAR MANEJO CLÍNICO:
 - **PA ≥ 160X110mmHg COM IDADE GESTACIONAL < 20 SEMANAS OU SEM SINAIS DE GRAVIDADE:**
 - ADMINISTRAR NIFEDIPINO 10MG VIA ORAL. O COMPRIMIDO NÃO DEVE SER MASTIGADO E NÃO DEVE SER UTILIZADO VIA SUBLINGUAL. SUA AÇÃO MÁXIMA OCORRE ENTRE 30-40 MINUTOS.
 - VERIFICAR PA A CADA 5 MINUTOS POR 20 MINUTOS.
 - SE PERSISTÊNCIA DE PA > 155X105mmHg: REPETIR A MEDICAÇÃO (10MG A CADA 30 MINUTOS), COM DOSE MÁXIMA DE 30MG.
 - O OBJETIVO DO TRATAMENTO É DIMINUIR A PA EM 15 A 25%, ATINGINDO VALORES DA PA SISTÓLICA ENTRE 140-150mmHg E DA PA DIASTÓLICA ENTRE 90-100mmHg. DEVE-SE EVITAR QUEDAS BRUSCAS DA PA.
 - **PA ≥ 160X110mmHg OU SINAIS DE GRAVIDADE*, COM GESTAÇÃO > 20 SEMANAS:**
 - MANEJO MEDICAMENTOSO COM NIFEDIPINO 10MG (VER ACIMA) + SULFATO DE MAGNÉSIO (MGSO4) 10%**.
- **SEGUIR ORIENTAÇÕES DO CARTAZ REFERENTE AO USO DO SULFATO DE MAGNÉSIO (VER ANEXO NA P2)
- INSTITUIR CATETERISMO VESICAL DE DEMORA

SE PA ≥ 140X90mmHg E < 160x110mmHg, SEM SINAIS DE GRAVIDADE

- CONDUZIR PARA CONSULTA MÉDICA, AVALIAR QUEIXAS, POSICIONAR A GESTANTE EM DECÚBITO LATERAL ESQUERDO, AVALIAR PA E BCF, A CADA 20 MINUTOS.
- ENCAMINHAR PARA A MATERNIDADE DE REFERÊNCIA. ACIONAR SAMU 192 PARA TRANSFERÊNCIA.

SE PA ≥ 130X90mmHg E < 140x90mmHg, SEM SINAIS DE GRAVIDADE

- CONDUZIR PARA CONSULTA MÉDICA, AVALIAR QUEIXAS, PA E BCF.
- ENCAMINHAR PARA A MATERNIDADE DE REFERÊNCIA.

DISCUTIR COM REGULAÇÃO DO SAMU 3360-4980

ORIENTAÇÕES QUANTO À REFERÊNCIA DA MATERNIDADE:

- **GESTANTES DE CURITIBA:**
 - GESTANTES DEVEM SER ENCAMINHADAS PARA A MATERNIDADE DE REFERÊNCIA.
 - GESTANTES AINDA NÃO VINCULADAS AO PRÉ-NATAL: VERIFICAR O BAIRRO DE RESIDÊNCIA E ENCAMINHAR PARA MATERNIDADE QUE ATENDE A LOCALIDADE. VERIFICAR DOCUMENTO ANEXO DE UNIDADE DE SAÚDE/ DISTRITO SANITÁRIO E OS RESPECTIVOS HOSPITAIS/ MATERNIDADE PACTUADOS PARA VINCULAÇÃO.
- **GESTANTES DA REGIÃO METROPOLITANA:**
 - GESTANTES QUE ESTÃO VINCULADAS À MATERNIDADE DO MUNICÍPIO DE ORIGEM, DEVEM SER REFERENCIADAS PARA AS RESPECTIVAS MATERNIDADES.
 - GESTANTES AINDA NÃO VINCULADAS A NENHUMA MATERNIDADE (SEM INICIAR O PRÉ-NATAL) DEVEM SER ENCAMINHADAS AO HOSPITAL DO TRABALHADOR.



Sulfato de magnésio - MgSO₄ 10%

APRESENTAÇÃO DISPONÍVEL: MgSO₄ 10% – ampola com 10 mL contem 1g de magnésio (nas UPA's)

INDICAÇÕES: iminência de eclâmpsia, eclâmpsia, Síndrome HELLP, pré-eclâmpsia e hipertensão de difícil controle

ESQUEMA DE USO: ZUSPAN **Supervisão periódica e rigorosa**

Dose inicial ou de ataque	4g por via intravenosa, administrados lentamente (15-20 minutos) Preparação da dose de ataque intravenosa: Diluir 4 ampolas de MgSO₄ 10% (4g) para 60 ml de soro fisiológico a 0,9%. Infundir em bomba de infusão contínua a 300 mL/h. Assim o volume total será infundido em torno de 20 minutos.
Dose de manutenção	1g por via intravenosa por hora em bomba de infusão contínua Preparação da dose de manutenção: Diluir 10 ampolas de MgSO ₄ 10% (100 ml) em 400ml de Soro Glicosado a 5%. Administrar em bomba infusora com programação para 50ml/h.
Antídoto (sinais de intoxicação pelo magnésio)	Utilizar o <u>gluconato de cálcio</u> (1g por via endovenosa – 10 mL a 10% – administrado lentamente) Sinais de toxicidade: sudorese, hipotensão, bloqueio da transmissão neuromuscular com diminuição dos reflexos, hipotonia, colapso cardíaco, depressão respiratória (frequência respiratória < 16irpm), depressão do sistema nervoso central, podendo levar à parada respiratória e diurese < 25 mL/h.

RECOMENDAÇÕES IMPORTANTES:

- **Monitoramento:** durante a administração da dose de manutenção monitorar os parâmetros: reflexo patelar deve estar presente, frequência respiratória ≥ 16 irpm e diurese ≥ 25 mL/h. Diante de alterações nesses parâmetros, recomenda-se a redução ou parada da infusão intravenosa (ver Toxicidade).
- Em pacientes com **insuficiência renal** (creatinina $\geq 1,2$ mg/dL), a dose de manutenção deve ser a metade da dose recomendada. Deve-se interromper a infusão do sulfato de magnésio se a diurese for inferior a 25 mL/hora.
- Manter o monitoramento dos batimentos cardíofetais.
- Na **convulsão recorrente:** realizar nova dose de ataque com 2g. Caso não se consiga controlar as convulsões, a droga de escolha será a difenil-hidantoína.

TRAUMA CRÂNIO-ENCEFÁLICO - TCE

AValiação INICIAL:

- XABCDE DO TRAUMA
- EXAME NEUROLÓGICO BÁSICO: ESCALA DE COMA DE GLASGOW, AVALIAÇÃO DE PUPILAS
- INSPEÇÃO DO CRÂNIO NA BUSCA DE ASSIMETRIA E DE LESÕES HEMORRÁGICAS. PALPAÇÃO BUSCANDO AFUNDAMENTOS E EXPLORAÇÃO DE FERIMENTOS.
- SEMPRE PROCEDER AVALIAÇÃO DA REGIÃO CERVICAL
- AVALIAR MECANISMO DO TRAUMA E TEMPO DECORRIDO

ESCALA DE COMA DE GLASGOW (GCS)

ITEM AVALIADO	≤ 5 ANOS	> 5 ANOS	PONTOS
ABERTURA OCULAR	ESPONTÂNEA	ESPONTÂNEA	4
	ESTÍMULO VERBAL	ESTÍMULO VERBAL	3
	ESTÍMULO DOLOROSO	ESTÍMULO DOLOROSO	2
	SEM RESPOSTA	SEM RESPOSTA	1
RESPOSTA VERBAL	BALBUCIA	ORIENTADA	5
	CHORO IRRITADO	CONFUSA	4
	CHORA À DOR	PALAVRAS ALEATÓRIAS	3
	GEMIDOS SEM RESPOSTA	SONS INCOMPREENSÍVEIS SEM RESPOSTA	2
RESPOSTA MOTORA	ESPONTÂNEA	OBEDECE AO COMANDO	6
	RETIRADA AO TOQUE	LOCALIZA A DOR	5
	RETIRADA À DOR	RETIRADA À DOR	4
	FLEXÃO À DOR	FLEXÃO À DOR	3
EXTENSÃO ANORMAL SEM RESPOSTA	EXTENSÃO ANORMAL SEM RESPOSTA	2	
			1

CLASSIFICAÇÃO DO TCE	GCS
LEVE	13-15
MODERADO	9-12
GRAVE	≤8

*MANEJO CLÍNICO

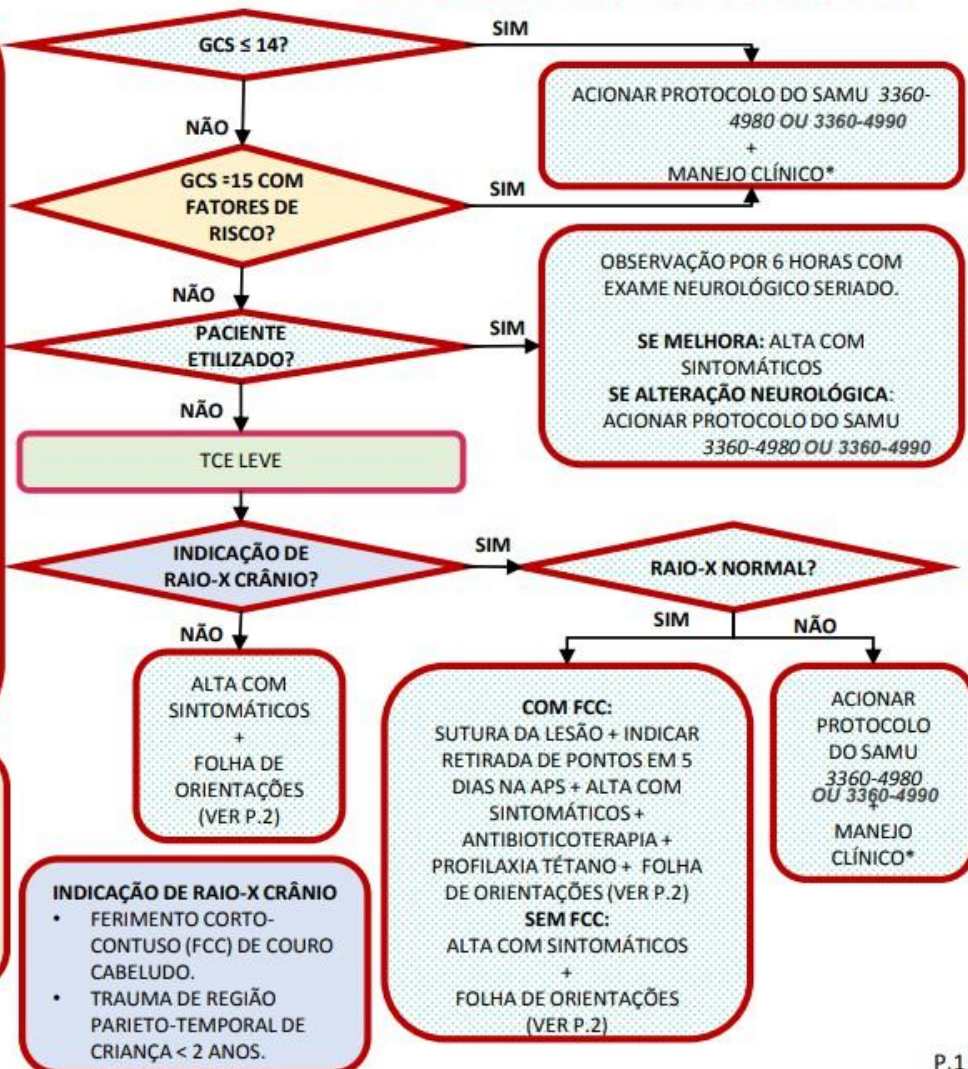
- SEMPRE MANTER VIAS AEREA PERVEAS
- INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL (IOT) SEMPRE QUE GCS ≤8
- MONITORAR DADOS VITAIS E GLICEMIA
- 2 ACESSOS VENOSOS CALIBROSOS
- SE PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA (PAS) < 90mmHg:
➢ RESSUSCITAÇÃO VOLÊMICA: 20-30ml/kg IV DE SF 0,9% OU RINGER LACTATO
- SEMPRE QUE GCS ≤ 13, COLOCAR COLAR CERVICAL.
- DEIXAR CABECEIRA EM ÂNGULO DE 30°. EXCETO SE SUSPEITA DE FRATURA DE COLUNA OU HIPOVOLEMIA.
- OFERTAR ANALGESIA SEMPRE QUE NECESSÁRIO.

TCE LEVE COM FatoRES DE RISCO

- CRIANÇA ESPANCADA.
- TCE EM GESTANTES.
- DISTÚRBO DE COAGULAÇÃO.
- TCE COM MÚLTIPLOS TRAUMATISMOS.
- GCS < 15 APÓS 2 HORAS DO TRAUMA.
- MENINGISMO.
- DÉFICIT DE ACUIDADE VISUAL.
- FRATURA EXPOSTA OU AFUNDAMENTO DO CRÂNIO OU LESÃO PENETRANTE.
- EQUIMOSE ÓRBITO-PALPEBRAL, RETROAURICULAR OU LESÃO SIGNIFICATIVA DE COURO CABELUDO.
- CEFALIA PROGRESSIVA, VÔMITOS OU CONVULSÃO.
- HISTÓRIA DE SINTOMAS NEUROLÓGICOS OU ENVOLVIMENTO EM ACIDENTE GRAVE E/OU COM VÍTIMAS FATAIS E/OU HISTÓRIA OSCURA OU NÃO CONFIÁVEL (EX: CRIANÇA ESPANCADA/ SÍNDROME DO BEBÊ SACUDIDO).
- DESORIENTAÇÃO TÊMPORO-ESPACIAL, AMNÉSIA RETRÓGRADA OU PÓS-TRAUMÁTICA.
- IDADE < 2 ANOS (EXCETO SE TRAUMATISMO TRIVIAL).

TCE LEVE

- TCE POR MECANISMO DE PEQUENA INTENSIDADE.
- EXAME FÍSICO E NEUROLÓGICO NORMAIS.
- SINAIS E SINTOMAS MÍNIMOS.
- CEFALIA DISCRETA E NÃO PROGRESSIVA.
- HEMATOMA SUBGALEAL E/OU LACERAÇÃO PEQUENA.



TRAUMA CRÂNIO-ENCEFÁLICO - TCE

ORIENTAÇÕES AO PACIENTE E/ OU ACOMPANHANTE VÍTIMA DE TRAUMATISMO CRÂNIO-ENCEFÁLICO (TCE)

ATÉ O MOMENTO NÃO PUDEMOS CONSTATAR QUALQUER EVIDÊNCIA DE QUE O TCE DESTA PACIENTE TENHA SIDO SIGNIFICATIVO PARA QUE ELE PERMANEÇA EM OBSERVAÇÃO OU TRANSFERIDO PARA AVALIAÇÃO HOSPITALAR, PORTANTO SERÁ LIBERADO. ENTRETANTO, NOVOS SINTOMAS, SINAIS E COMPLICAÇÕES INESPERADAS PODEM OCORRER HORAS, DIAS, SEMANAS OU ATÉ MESES APÓS O TRAUMATISMO. AS PRIMEIRAS 48 HORAS SÃO AS MAIS CRÍTICAS. É ACONSELHÁVEL QUE ESTE PACIENTE PERMANEÇA EM COMPANHIA DE ALGUÉM CONFIÁVEL PELO MENOS DURANTE ESTE PERÍODO. O PACIENTE DEVE RETORNAR A ESTE SERVIÇO IMEDIATAMENTE, SE APARECEREM OS SINTOMAS OU SINAIS ABAIXO RELACIONADOS:

- DOR DE CABEÇA QUE NÃO MELHORA COM OS MEDICAMENTOS RECOMENDADOS.
- SONOLÊNCIA EXCESSIVA.
- DESMAIO, FRAQUEZA, DIMINUIÇÃO DA FORÇA NAS PERNAS, METADE DO CORPO OU FORMIGAMENTO, ADORMECIMENTO NO CORPO.
- DIFICULDADE DE FALAR OU ENTENDER E/OU ALTERAÇÃO DE MEMÓRIA EXUBERANTE APÓS O TRAUMA.
- CONFUSÃO MENTAL OU PIORA PROGRESSIVA DA CONSCIÊNCIA.
- NÁUSEAS, VÔMITOS, TONTURAS OU CONVULSÃO.
- DIMINUIÇÃO DA AUDIÇÃO, DA VISÃO OU INTOLERÂNCIA À LUZ.
- MOVIMENTO ESTRANHO DOS OLHOS, VISÃO DUPLA.
- ALTERAÇÃO DA RESPIRAÇÃO, DAS BATIDAS DO CORAÇÃO OU FEBRE (TEMPERATURA AXILAR MAIOR QUE 37,8°C).
- PERDA DE LÍQUIDO OU SANGUE PELO OUVIDO OU NARIZ.
- TAMANHOS OU FORMAS DAS PUPILAS DOS OLHOS DIFERENTES.
- DOR NA NUCA OU DURANTE MOVIMENTOS DO PESCOÇO DE FORTE INTENSIDADE.

PODE CONTINUAR USANDO SOMENTE AS MEDICAÇÕES PRESCRITAS PELO MÉDICO, ASSIM COMO MEDICAÇÕES DE USO CONTÍNUO EXEMPLO: PARA PRESSÃO, DIABETES. NÃO USE SEDATIVOS OU REMÉDIOS PARA DORMIR, XAROPE PARA TOSSE OU OUTRAS SUBSTÂNCIAS QUE POSSAM PRODUZIR SONO OU BEBIDAS ALCOÓLICAS, AO MENOS DURANTE 48 HORAS. DURANTE O SONO, PEÇA PARA SER ACORDADO FREQUENTEMENTE (A CADA 3 HORAS), PARA QUE POSSA AVALIAR A PRESENÇA DAS ORIENTAÇÕES ACIMA.

TROMBOEMBOLISMO PULMONAR- TEP

SINAIS E SINTOMAS

- DOR TORACICA
- DISPNEIA (SÚBITA OU PROGRESIVA)
- SÍNCOPE
- TOSSE
- HEMOPTISE
- ANSIEDADE INTENSA
- TAQUIPNEIA (FR > 22irpm)
- TAQUICARDIA (FC>100bpm)
- EDEMA ASSIMÉTRICO DE MEMBRO INFERIOR
- DISTENSÃO VENOSA JUGULAR
- B2 HIPERFONÉTICA
- SIBILÂNCIA

SINAIS DE GRAVIDADE

REBAIXAMENTO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA
 FR > 30irpm
 ESFORÇO RESPIRATÓRIO COM USO DE MJSCLATURA ACESSÓRIA
 SO2 < 90%
 FALA ENTRECORTADA
 PAS < 90mmHg

MANEJO INICIAL*

- MONITORIZAÇÃO DE DADOS VITAIS
- ACESSO VENOSO PERIFÉRICO
- FORNECER FIO2* ATÉ ATEINGIR SO2 > 92% (PARA DPOC ENTRE 88-92%)
- REPOSIÇÃO VOLÊMICA CONFORME NECESSIDADE

REAVALIAR APÓS MANEJO INICIAL

SE WELLS > 6: DISCUTIR COM REGULAÇÃO DO SAMU 3360-4980

SINAIS DE GRAVIDADE?

SIM

NÃO

CALCULAR CRITÉRIOS DE WELLS

< 2PONTOS

≥ 2 e ≤6 PONTOS

>6 PONTOS

RISCO BAIXO

CRITÉRIOS DE PERC

POSITIVO

SOLICITAR DOSAGEM D-DÍMERO

NEGATIVO

EXCLUIR DIAGNÓSTICO DE TEP

DISCUTIR COM REGULAÇÃO DO SAMU 3360-4980 + MANEJO INICIAL* CONFORME NECESSIDADE + HEPARINIZAÇÃO: HEPARINA 70U/kg IV (MÁX. 4000U) CONCOMITANTE A 18U/KH/H EM BIC. (SE NÃO HOUVER CONTRA-INDICAÇÃO)

NÃO

D-DÍMERO ≥ 500?

SIM

ALTERAÇÕES EM EXAMES COMPLEMENTARES SUGESTIVOS DE POSSÍVEL TEP:

- HEMOGRAMA, PROTEÍNA C-REATIVA, FUNÇÃO RENAL, ELETRÓLITOS
- TROPONINA (A ELEVAÇÃO INDICA PIOR PROGNÓSTICO)
- GASOMETRIA: HIPOXEMIA (PaO2<80 mmHg E HIPOCAPNIA (PaCO2<33 mmHg)
- **ELETROCARDIOGRAMA:**
 - INVERSÃO DE ONDA T DE V1 A V4, DIII E AVF
 - PADRÃO S1Q3T3 (PRESENÇA DE ONDA S EM DI, PRESENÇA DE ONDA Q E INVERSÃO DE ONDA T EM DIII)
- **RAIO-X TORAX:**
 - ALARGAMENTO DA A. PULMONAR DESCENDENTE DIREITA
 - ALARGAMENTO DA BORDA CARDÍACA DIREITA
 - ATELECTASIAS LAMINARES, MAIS FREQUENTES NAS BASES, SOBRE OS DIAFRAGMAS
 - CONSOLIDAÇÕES PULMONARES. SINAL DE HAMPTON: CONSOLIDAÇÃO NA FORMA DE CONE LOCALIZADO JUNTO AO DIAFRAGMA
 - DERRAME PLEURAL: UNILATERAL E DE PEQUENO VOLUME
 - SE RAIOS-X NORMAL: REPETIR EM 72HS (SE APARECER UMA DAS ALTERAÇÕES ACIMA, SUGESTIVO DE TEP)

CRITÉRIOS DE WELLS	PONTOS
SINAIS CLÍNICOS DE TVP	3
O DIAGNÓSTICO MAIS PROVÁVEL É TEP	3
TAQUICARDIA (FC > 100bpm)	1,5
IMOBILIZAÇÃO > 3 DIAS OU CIRURGIA PRÉVIA NAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS	1,5
TEP OU TVP PRÉVIA	1,5
HEMOPTISE	1
NEOPLASIA	1

CRITÉRIOS DE PERC
IDADE ≥50 ANOS
FC ≥ 100bpm
HEMOPTISE?
HISTÓRIA DE CIRURGIA OU TRAUMA RECENTE NECESSITANDO DE IOT NAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS
TEP OU TVP PRÉVIA
USO DE ESTRÓGENO?
SO2 < 95% EM AR AMBIENTE
EDEMA UNILATERAL DE PERNA?

PROTOCOLO DE EGRESSO

Tendo em vista o citado na resolução CFM nº 2.077/14 que dispõe sobre a normatização do funcionamento dos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência, bem como do dimensionamento da equipe médica e do sistema de trabalho, fica redigido abaixo o Protocolo de Egresso.

Pacientes egressos são aqueles que foram admitidos em um hospital devido a condições clínicas ou cirúrgicas e, após receberem alta, voltam a necessitar de cuidados e acompanhamento correlacionados à condição anteriormente tratada, para garantir sua total recuperação. Após deixarem o ambiente hospitalar, esses pacientes podem requerer uma variedade de medidas, incluindo consultas médicas regulares, exames de acompanhamento e a continuidade de terapias ou tratamentos específicos. O cuidado pós-alta desempenha um papel crucial na promoção da saúde contínua do paciente, na prevenção de complicações e na maximização dos resultados terapêuticos a longo prazo.

- **Até 30 dias da alta hospitalar** = retorno imediato a instituição onde recebeu os primeiros cuidados, desde que a condição clínica atual esteja correlacionada com a do internamento anterior, necessitando realizar comunicado telefônico para encaminhamento. A responsabilidade do contato com o serviço aonde o usuário recebeu tratamento é da origem, devendo o médico assistente entrar em contato com o NIR (Núcleo Interno de Regulação) do hospital para verificar se o paciente teve assistência no serviço de saúde (últimos 30 dias). Se acionado a Central de Regulações de Urgência (SAMU 192), a origem deverá informar ao regulador (CRU) qual o estabelecimento a ser encaminhado o paciente;
- **Mais de 30 dias da alta hospitalar** = não caracteriza paciente egresso, o usuário poderá ser encaminhado para atendimento hospitalar via Central Estadual de Regulação de Leitos para busca da vaga ou se caracterizar uma situação de urgência, regular via Central de Regulação de Urgências (SAMU 192);

- **Pacientes oncológicos:** na vigência de alguma situação de urgências com pacientes oncológicos, verificar em qual estabelecimento de saúde o usuário está realizando tratamento e/ou acompanhamento (possui vínculo), devendo encaminhá-lo diretamente a instituição, após contato com o NIR ou responsáveis pelo plantão para informar o caso. Se acionado a Central de Regulações de Urgência (SAMU 192), a origem deverá informar ao regulador (CRU) qual o estabelecimento a ser encaminhado o paciente;

OBS: caso o paciente esteja em tratamento oncológico com o Hospital São Bráz – São Camilo de Porto União/SC, este serviço é considerado porta aberta, podendo ser regulado pela Central de Regulação de Urgências SAMU192 ou encaminhado pelos estabelecimentos de saúde diretamente ao serviço para avaliação em situações de urgência.

- **Gestantes e crianças (Linha de Cuidado Materno Infantil):** o atendimento as gestantes deve ocorrer segundo sua vinculação frente a estratificação de risco realizada durante o pré-natal, seguindo as referências de atenção hospitalar descritas na linha de cuidado materno infantil, e o encaminhamento ocorre através de contato telefônico prévio entre médico da origem e médico ou enfermeiro da instituição a ser encaminhada a gestante. Diante de alguma intercorrência com puérperas e recém-nascidos (até 28 dias) os mesmos devem ser encaminhados para atendimentos aos serviços aos quais estão vinculados, onde foi realizado o parto e/ou onde ocorreu o atendimento ao recém-nascido.

REFERÊNCIAS

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, **Resolução CFM nº 2.077/2014**. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/resolucao2077.pdf>. Acesso em 19 de Abril de 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, **Portaria de Consolidação nº 3 de 28 de Setembro de 2017**. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html. Acesso em 19 de Abril de 2024.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO PARANÁ, **Linha Guia – Atenção Materno Infantil**. Disponível em: https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2022-03/linha_guia_mi_gestacao_8a_ed_em_28.03.22.

Central Regulação de Urgências SAMU Metropolitano Curitiba – PR, **Fluxograma de Pacientes Egressos**.

FLUXOGRAMA DOS PACIENTES EGRESSOS

ORIGEM IDENTIFICA PACIENTES EGRESSOS QUE NECESSITEM DE REAVALIAÇÃO E/OU CONTINUIDADE DO TRATAMENTO

MÉDICO ASSISTENTE REALIZA CONTATO COM O HOSPITAL PARA CONFIRMAR O ATENDIMENTO DO PACIENTE NO SERVIÇO NOS ÚLTIMOS 30 DIAS CORRELACIONADOS AO QUADRO CLÍNICO/CIRÚRGICO TRATADO NO PERÍODO CORRESPONDENTE

HOSPITAL CONFIRMA QUE O PACIENTE ESTEVE EM ATENDIMENTO (INTERNADO, OU PARA PROCEDIMENTO) CORRELACIONADO AO QUADRO APRESENTADO

SIM

COMUNICA AO HOSPITAL O ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE, REFERENCIANDO-O.

NÃO

CADASTRAR SOLICITAÇÃO DE LEITO NA CENTRAL ESTADUAL DE REGULAÇÃO DE LEITOS PARA INICIAR AS BUSCAS OU CASO URGÊNCIA ACIONAR SAMU

**6º REGIONAL DE SAÚDE DE UNIÃO DA VITÓRIA
TRANSFERÊNCIAS INTER-HOSPITALARES**

FLUXO DE ACIONAMENTO DE TRANSPORTE AÉREO

Estabelecimento de Origem entra em contato com o SAMU Metropolitano - Curitiba

Atendimento Secundário: 413360-4980

Transferências: 41-33604990

Médico Regulador do SAMU Metropolitano define recurso:

Terrestre (Alfa/Bravo);

Aéreo - Asa Rottaiva;

ASA ROTATIVA- ACIONAMENTO ENTRE SAMUs:

1ª ASA rotativa SAMU Campos Gerais;

2ª ASA rotativa - Base Curitiba

Se ASA rotativa indisponível, CRU (Central de Regulação de Urgências) orientará origem a acionar ASA Fixa (Central de Regulação da SESA - Leitos):

- Encaminhar via email:

centralregpr@sesa.pr.gov.br, a Ficha de Solicitação de Transporte - suporte avançado;

- CRL (Central Regulação de Leitos) responderá no email informando se realizará o transporte:

- **Caso não realize**, entrar em contato com CRU, pois a ocorrência continua aberta, para informar que não esta disponível o ASA fixa e a CRU providenciará transporte terrestre;

- **Caso a CRL informe que realizará** o transporte, comunicar a CRU, que coordenará a ambulância para atender a aeronave acionada;

Terrestre:
CRU aciona ALFA/BRAVO para realização do transporte até o destino

Chegada ao destino/encerra ocorrência

CRU (SAMU) coordenam ambulâncias para atender a aeronave acionada

Chegada ao destino/encerra ocorrência

Elaboração: 05/09/2022

Atualização: -

SERVIÇO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192 - 6ª REGIÃO DE SAÚDE

NOTA TÉCNICA Nº 03/2022 - TRANSFERÊNCIAS INTER-HOSPITALARES

Considerando o processo de implantação e organização do serviço de atendimento pré-hospitalar móvel e de transporte inter-hospitalar torna-se necessário esclarecer, dentro da lógica da integração dos serviços hospitalares e pré-hospitalares que atendem na Rede de Atenção às Urgências as especificidades relacionadas ao funcionamento da regulação das urgências, o papel da regulação médica e às responsabilidades da equipe da origem do paciente no processo de atendimento até a chegada ao serviço de destino. Assim, foi elaborado o **Protocolo de Transferências Inter-Hospitalares da Rede Móvel de Urgências SAMU 192**, seguindo as normas regulamentadoras Portaria nº2048/2002, Portaria nº2.657/2004, Portaria nº2.657/2004, Resolução CFM nº2.077/2014, Resolução CFM nº2.110/2014 e Resolução CFM nº1.672/2003.

1. Quanto ao Funcionamento Geral:

1.1 A regulação das urgências oriundas dos nove municípios que compõe a região é realizada pela Central de Regulação das Urgências 192 do SAMU Regional Metropolitano (CRU) de Curitiba/PR, CNES: 6939929, conforme determina a Deliberação CIB/PR nº32/2011;

1.2 O SAMU 192 atende as urgências de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátrica, psiquiátrica, entre outras;

1.3 Em geral, a regulação da urgência envolve casos agudos, ou agudização de casos crônicos. Dentre os principais casos agudos, são prevalentes e de maior relevância, e foco de atenção integral da regulação com vistas ao estabelecimento do diagnóstico, medidas de estabilização clínica, assistência de urgência:

- Emergências cardiovasculares (ex: IAM , AVC, etc)
- Trauma há menos de 72 horas e sem tratamento prévio adequado;
- Insuficiência respiratória;

Elaboração: 05/09/2022

Atualização: -

- Alterações de consciência;
- Quadros neurológicos súbitos;
- Quadros psiquiátricos;
- Casos cirúrgicos – abdômen agudo de qualquer etiologia, insuficiência circulatória, etc;
- Intercorrências obstétricas;
- Parto prematuro;
- Prematuridade;
- Alterações funcionais súbitas, etc;

1.4 O SAMU prioriza os atendimentos primários em domicílio, ambiente público ou via pública por ordem de complexidade, e não a transferência de pacientes na rede;

1.5 Realiza o atendimento secundário (quando o paciente já recebeu atendimento em algum ponto de atenção à saúde), através do acionamento do 192 pelos serviços de atenção saúde, e nesse caso já existe um diagnóstico inicial (mesmo que incompleto ou inexato) e uma percepção mais apropriada do quadro de urgência e do risco do paciente. **O objetivo em acionar a regulação 192, nesta situação, é validar o quadro de urgência, e viabilizar o acesso do paciente ao serviço assistencial mais apropriado possível, a fim de que o tratamento possa ser iniciado o mais rapidamente possível, buscando o tempo-resposta mais próximo do ideal;**

1.6 Não é atribuição do SAMU o transporte de pacientes de baixa e média complexidade na rede, assim como para a realização de exames complementares, devendo somente ser acionado o transporte para pacientes de alta complexidade. Desta forma, é responsabilidade do município garantir as transferências inter-hospitalares de pacientes de média e baixa complexidade na rede, cabendo ao município, junto com os serviços localizados em seu território, organizar um fluxo de acionamento para o transporte sanitário (ambulância branca) de casos eletivos;

1.7 O processo de regulação médica da urgência tem início a partir da identificação do quadro por parte da equipe de regulação (CRU), e só se encerra, portanto, após o acolhimento definitivo do paciente no serviço médico capaz de prover a assistência emergencial necessária para a estabilização clínica do paciente, mesmo sem leito ainda disponível para internação. A partir desta etapa, tem início a regulação

Elaboração: 05/09/2022

Atualização: -

de acesso ao leito especializado, através da inclusão do paciente na central de regulação de leitos;

1.8 A decisão dos destinos hospitalares não aceita a inexistência de leitos vagos (clínicos e/ou UTI) como argumento para não direcionar os pacientes para a melhor porta de entrada de urgência disponível em termos de serviços de atenção de urgências. Ou seja, o SAMU 192, tendo como objetivo essencial garantir o atendimento nas urgências, faz isso mesmo nas situações em que inexistam leitos vagos para a internação de pacientes, chamada "vaga zero";

1.9 Vaga zero na regulação de urgências, ocorre quando há superlotação das portas de entrada de urgência das referências, e nestas condições o paciente é considerado como vaga zero, conforme capítulo II portaria 2048 de 5 de novembro de 2002; ;

“decidir os destinos hospitalares não aceitando a inexistência de leitos vagos como argumento para não direcionar os pacientes para a melhor hierarquia disponível em termos de serviços de atenção de urgências, ou seja, garantir o atendimento nas urgências, mesmo nas situações em que inexistam leitos vagos para a internação de pacientes (a chamada “vaga zero” para internação). Deverá decidir o destino do paciente baseado na planilha de hierarquias pactuada e disponível para a região e nas informações periodicamente atualizadas sobre as condições de atendimento nos serviços de urgência, exercendo as prerrogativas de sua autoridade para alocar os pacientes dentro do sistema regional, comunicando sua decisão aos médicos assistentes das portas de urgência;”

1.10 A CRU aciona o serviço de destino do paciente, informado somente a transferência de pacientes graves e casos de vaga zero. Não comunica as portas de entrada frente a urgências leves e moderadas;

1.11 No caso de “vaga zero” em Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência superlotado ou sem capacidade técnica de continuidade do tratamento, caberá à equipe médica estabilizar o paciente, após obtidas as condições clínicas que permitam a transferência, solicitar adequada continuidade do tratamento (porta de saída), direcionando a solicitação para a regulação mais adequada conforme necessidade do casos - Central de Regulação de Leitos ou Central de Regulação de Urgências;

1.12 Diariamente um profissional da Central de Regulação de Urgências entra em contato com os hospitais de referência na região (APMI e Regional São Camilo), para colher informações quanto ao número de pacientes internados no pronto atendimento (PA), intubados no PA, em observação e quantos estão aguardando vaga para UTI no PA;

Elaboração: 05/09/2022

Atualização: -

1.13 Pacientes oncológicos (egressos): diante de uma situação de urgência com pacientes oncológicos, as equipes dos estabelecimentos de saúde que acionarem o SAMU 192 para atendimento secundário, devem observar se este possui algum vínculo já estabelecido com algum serviço de saúde (carteirinha) onde realizam acompanhamento, e tem garantido porta aberta para atendimento. Informando ao regulador qual o estabelecimento e forma de acesso, para que assim, possa ser definido qual local mais indicado para este atendimento;

1.14 Diante de outras situações de pacientes egressos (com quadro caracterizado como urgência/emergência), o serviço de origem deve fazer contato com o NIR (Núcleo Interno de Regulação) do hospital para verificar se o paciente teve assistência no serviço de saúde (últimos 30 dias), correlacionando com o quadro recente e verificando a possibilidade de encaminhamento deste paciente. Devendo este, informar ao regulador (CRU) qual o estabelecimento a ser encaminhado o paciente;

1.15 As transferências inter-hospitalares através do SAMU192 são destinadas aos pacientes SUS. Mesmo que o paciente esteja internado SUS e seja encaminhado para serviço privado, não deverá ser acionado o SAMU 192 para realizar este transporte;

1.16 A regulação do SAMU 192 não deve ser acionada pelos serviços hospitalares para a realização de transferência eletivas, devendo cada município organizar e articular fluxos próprios. Para realização de exames, a regulação do SAMU poderá ser acionada, mas somente para pacientes que necessitem de Suporte Avançado de Vida (ALFA);

2. Responsabilidades/Atribuições do Serviço/Médico Solicitante:

2.1 O médico responsável pelo paciente seja ele plantonista, diarista ou o médico assistente, deve realizar as solicitações de transferências à Central de Regulação de Urgência, desde que atendam os critérios pré-estabelecidos item 1 desta norma técnica;

2.2 Antes de efetuar a ligação para o 192, os profissionais dos serviços de saúde devem procurar saber detalhes sobre o estado do paciente, **todo encaminhamento deve ser fidedigno em relação às**

Elaboração: 05/09/2022

Atualização: -

informações clínicas, possibilitando o melhor acolhimento ao paciente, não sendo aceito informações incorretas a qualquer título e sendo obrigação do serviço de saúde o aprimoramento técnico no atendimento, quanto às informações e encaminhamento que fazem parte do atendimento;

2.3 Todo paciente que atenda aos critérios de acesso ao Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência deve, obrigatoriamente, ser regulado pela Central de Regulação de Urgências – SAMU 192, não podendo, sob nenhuma justificativa, ser dispensado ou encaminhado a outra unidade de saúde, sem regulação prévia;

2.4 Não deve ser removido paciente em risco iminente de vida, sem prévia e obrigatória avaliação e atendimento respiratório, hemodinâmico e outras medidas urgentes específicas para cada caso, estabilizando-o e preparando-o para o transporte;

2.5 A decisão de transferir um paciente grave é estritamente médica e deve considerar os princípios básicos do transporte, quais sejam: não agravar o estado do paciente, garantir sua estabilidade e garantir transporte com rapidez e segurança;

2.6 É ainda responsabilidade do médico assistente, verificar se as condições do paciente permitem a transferência, assegurando o adequado suporte básico para que a mesma seja processada com o menor risco possível;

2.7 O médico assistente deve ter ciência que o transporte de paciente grave é um ato médico e, como tal, é de responsabilidade do mesmo. Em função disto, é importante a comunicação e diálogo entre o médico assistente do estabelecimento solicitante e os profissionais das USA e USB que receberá o paciente, passando-lhe as informações necessárias;

2.8 A transferência do PACIENTE GRAVE deve obrigatoriamente ser acompanhada por médico, uma vez que a responsabilidade deste só cessa quando o paciente passa a ser atendido pelo colega que irá recebê-lo. Será priorizado o transporte através das equipes de Suporte Avançado de Vida do SAMU 192, porém quando na indisponibilidade de ambulância ou equipe completa, e que assim se justificar a necessidade de transporte imediato, o médico solicitante deverá acompanhar o transporte de paciente grave, tripulando a USB;

Elaboração: 05/09/2022

Atualização: -

2.9 O estabelecimento solicitante do Suporte Móvel de Urgência - SAMU 192, deverá preencher a Ficha de Referência/Contrarreferência, que será entregue a equipe que realizará o transporte, para compor seu prontuário na unidade receptora, registrando informações relativas ao atendimento prestado na unidade solicitante, como diagnóstico de entrada, exames realizados e as condutas terapêuticas adotadas. Este documento deverá conter o **número da ocorrência registrada na CRU do SAMU**, nome e CRM legíveis, além da assinatura do solicitante;

2.10 Informar ao médico regulador, de maneira clara e objetiva, as condições do paciente;

2.11 É obrigação do médico plantonista dos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência dialogar, pessoalmente ou por telefone, com o médico regulador, sempre que for solicitado ou que solicitar esses profissionais, fornecendo todas as informações com vistas a melhor assistência ao paciente;

2.12 Diante da necessidade de transferências inter-hospitalares, é imprescindível que os serviços de saúde realizem a devida avaliação clínica, identificando qual transporte é necessário, devendo em situações eletivas ou que não seja necessário o acompanhamento de equipe qualificada, solicitar o transporte sanitário municipal;

2.13 A responsabilidade da assistência ao paciente transferido é do médico solicitante, até que o mesmo seja recebido pelo médico da unidade responsável pelo transporte, nos casos de transferência em viaturas de suporte avançado de vida ou até que o mesmo seja recebido pelo médico do serviço receptor, nos casos de transferência em viaturas de suporte básico de vida ou viaturas de transporte simples. O início da responsabilidade do médico da viatura de transporte ou do médico da unidade receptora não cessa a responsabilidade de indicação e avaliação do profissional da unidade solicitante;

2.14 Quanto às demandas relacionadas à linha de cuidado materno infantil, na qual o Hospital APMI é referência conforme pactuações na 6ª Região de Saúde:

- A CRU do SAMU 192 somente poderá ser acionada diante de intercorrências obstétricas, parto prematuro e prematuridade, quanto a comunicação destas transferências, segue o descrito no item nº 1.10;

Elaboração: 05/09/2022

Atualização: -

- As gestantes classificadas como alto risco, em caráter eletivo continuarão a ser encaminhadas para realização do parto no Hospital APMI, mas utilizando o transporte sanitário municipal (ambulância branca), seguindo a mesma orientação para os municípios que possuem fluxos e contratos próprios, e encaminham pacientes classificadas como risco habitual e/ou risco intermediário, sendo que o médico do estabelecimento solicitante deve realizar o contato prévio com o médico plantonista do hospital de referência APMI;

3. Responsabilidades/Atribuições da Central de Regulação/Médico Regulador:

3.1 Julga e decide quanto à gravidade dos casos, comunicados via telefone, estabelecendo uma gravidade presumida, enviando o recurso necessário (veículo), conforme disponibilidade e ofertas disponíveis, visando dar a melhor resposta possível para as necessidades dos pacientes;

3.2 Avalia através da grade de referências da 6ª Região de Saúde, qual o ponto de atenção à saúde mais adequado para a estabilização da situação de urgência;

3.3 A grade de referência é um instrumento norteador, não sendo uma regra, pois diante de uma emergência grave o serviço de saúde mais próximo poderá ser utilizado para estabilização;

3.4 Diante de casos graves define e aciona o serviço de destino do paciente, informando-o quanto as condições e previsão de chegada do mesmo, podendo sugerir meios necessários para seu acolhimento, preparando a recepção da porta de entrada dos hospitais de referências para garantir o atendimento da urgência;

3.5 A competência técnica do médico regulador se sintetiza em sua capacidade de “julgar”, discernindo o grau presumido de urgência e prioridade de cada caso, segundo as informações disponíveis, fazendo ainda o enlace entre os diversos níveis assistenciais do sistema, visando dar a melhor resposta possível para as necessidades dos pacientes.

3.6 Nos casos de menor gravidade o médico poderá optar pelo não envio de equipe ao local, orientando o solicitante como proceder em relação a queixa relatada.

Elaboração: 05/09/2022

Atualização: -

3.7 Define a utilização das viaturas de transportes simples para pacientes eletivos, viaturas de suporte básico ou avançado de vida, de acordo com o julgamento e determinação do médico regulador, ou seja, a escolha do meio de transporte é de responsabilidade do regulador e não do médico assistente.

Capítulo II portaria 2048 de 5 de novembro de 2002;

“decidir sobre qual recurso deverá ser mobilizado frente a cada caso, procurando, entre as disponibilidades a resposta mais adequada a cada situação, advogando assim pela melhor resposta necessária a cada paciente, em cada situação sob o seu julgamento; - decidir sobre o destino hospitalar ou ambulatorial dos pacientes atendidos no pré-hospitalar;”

3.8 A Central de Regulação de Urgência SAMU 192, diante da necessidade, considerando a disponibilidade de ambulâncias do SAMU e condições clínicas do paciente, poderá excepcionalmente acionar o transporte o sanitário municipal para regulação de transferência interhospitais. Devendo a equipe de transporte, ao chegar na unidade de referência, entregar o encaminhamento da origem (Ficha de referência/contrareferência) com exames em anexo caso tenha realizado, para serem classificados no setor de acolhimento com classificação de risco. Este documento deverá conter o **número da ocorrência registrada na CRU do SAMU**, nome e CRM legíveis, além da assinatura do solicitante;

3.9 No transporte inter-hospitalar pediátrico e neonatal as viaturas utilizadas devem estar equipadas com incubadora de transporte e demais equipamentos necessários ao adequado atendimento neonatal e pediátrico;

4. Responsabilidades/Atribuições da Equipe de Transporte:

4.1 Acatar a determinação do médico regulador quanto ao meio de transporte e tipo de ambulância que deverá ser utilizado para o transporte;

4.2 Informar ao médico regulador caso as condições clínicas do paciente no momento da recepção do mesmo para transporte não sejam condizentes com as informações que foram fornecidas ao médico regulador e repassadas por este à equipe de transporte;

Elaboração: 05/09/2022

Atualização: -

4.3 O registro de todas as intercorrências durante o transporte é realizado na ficha de atendimento, que é documento do paciente, sob a guarda da empresa que administra o SAMU na 6ª Região de Saúde;

4.4 Ao chegar à unidade de referência do paciente, o técnico de enfermagem/enfermeiro/médico deve passar todas as informações clínicas do mesmo, bem como entregar a Ficha Registro de Atendimento médio/enfermagem, recolhendo assinatura do responsável pelo recebimento do paciente deixando a 2ª. Via com o responsável, (na negativa do aceite, o médico do hospital que recebe o paciente deverá assinar e colocar o motivo da recusa), juntamente com o encaminhamento da origem (Ficha de referência/contrarreferência) com exames em anexo caso tenha realizado, para serem classificados no setor de acolhimento com classificação de risco;

4.5 Passar o caso, bem como todas as informações e documentação do paciente, ao médico do serviço receptor;

4.6 Comunicar ao médico regulador o término do transporte;

4.7 Conduzir a ambulância e a equipe de volta à sua base;

5. Responsabilidades/Atribuições do Serviço/Médico Receptor:

5.1 Garantir o acolhimento médico rápido e resolutivo às solicitações da central de regulação médica de urgências;

5.2 Informar imediatamente à Central de Regulação se os recursos diagnósticos ou terapêuticos da unidade atingirem seu limite máximo de atuação, devendo o estabelecimento informar diretamente à CRU;

5.3 Acatar a determinação do médico regulador sobre o encaminhamento dos pacientes que necessitem de avaliação ou qualquer outro recurso especializado existente na unidade, independente da existência de leitos vagos ou não — conceito de “vaga zero”;

Elaboração: 05/09/2022

Atualização: -

5.4 Discutir questões técnicas especializadas sempre que o regulador ou médicos de unidades solicitantes de menor complexidade assim demandarem;

5.5 Preparar a unidade e sua equipe para o acolhimento rápido e eficaz dos pacientes graves;

5.6 Receber o paciente e sua documentação, dispensando a equipe de transporte, bem como a viatura e seus equipamentos o mais rápido possível;

5.7 Comunicar a Central de Regulação, sempre que houver divergências sempre que os dados clínicos que foram comunicados quando da regulação e os observados na recepção do paciente, e encaminhar este relato através da Ficha de Inconformidade (Anexo) para a 6ªRS;

6. Atribuições dos Pontos de Atenção à Saúde na Rede de Urgências:

6.1 Todos os hospitais contratualizados com a SESA devem obrigatoriamente manter serviço de pronto atendimento nas 24 horas para atendimentos às urgências;

6.2 O que define o papel das portas de entrada de urgência geral nos hospitais da 6ª Região de Saúde é a habilitação no HOSPSUS (Programa de Apoio Qualificação de Hospitais Públicos e Filantrópicos do SUS- PR), no qual os hospitais são contratualizados conforme tabela abaixo:

Elaboração: 05/09/2022

Atualização: -

HOSPITAL	CLASSIFICAÇÃO HOSPSUS 1				
Hospital de Caridade Nossa Senhora Aparecida - Sociedade Beneficente São Camilo - HRSC	Hospital Geral Tipo C	Serviço de Emergência Porta Aberta Referência Regional	Plantão Presencial emergencista (clínico) e terapia intensiva	Atendimento de Média Complexidade	Integrante HOSPSUS Rede de Urgência e Emergência.
Associação de Proteção à Maternidade e a Infância - APMI	Hospital Geral Tipo C	Serviço de Emergência Porta Aberta Referência regional	Plantão Presencial emergencista (clínico) e terapia intensiva	Atendimento de Média Complexidade	Integrante HOSPSUS Rede Mãe Paranaense (Diretrizes Linha de Cuidado Materno Infantil) Integrante HOSPSUS Rede de Urgência e Emergência.

Elaboração: 05/09/2022

Atualização: -

HOSPITAL	CLASSIFICAÇÃO HOSPSUS 3			
Hospital e Maternidade Dr. Paulo Fortes	Hospital Geral Tipo E	Serviço de Emergência Porta Aberta Referência Microrregional	Plantão Presencial médico generalista	Média Complexidade
Hospital Municipal Santa Terezinha	Hospital Geral Tipo E	Serviço de Emergência Porta Aberta Referência Municipal	Plantão Presencial médico generalista	Média Complexidade
Hospital Municipal São Vicente de Paula	Hospital Geral Tipo E	Serviço de Emergência Porta Aberta Referência Municipal	Plantão Presencial médico generalista	Média Complexidade

6.3 Os Hospitais devem prestar atendimento de urgência, com acolhimento de todos os pacientes a eles encaminhados (Central de Regulação de Urgência – SAMU 192) e após classificação de risco do paciente, efetuar o atendimento conforme complexidade do caso e habilitações existentes (ANEXO III), encaminhando quando o atendimento não enquadrar-se em sua habilitação para outro prestador através da Central de Regulação de Urgências – CRU e/ou Central de Regulação de Leitos,

6.4 No atendimento inicial nem sempre é possível ser estabelecido pelo SAMU a natureza da lesão, logo o atendimento inicial deve ser prestado pelas portas de entrada de urgência e após atendimento e estabilização clínica do paciente poderá ser necessário encaminhamento (Central de Regulação de Urgência SAMU - CRU ou Central de Regulação de Leitos) para serviço de maior complexidade quando não enquadrar-se na habilitação do prestador que recebeu o paciente, **não sendo aceitável a negativa de acolhimento de pacientes encaminhados por veículos de resgate em nenhuma situação;**

6.5 A Central de Regulação de urgências decide o destino do paciente baseado nas planilhas hierárquicas pactuadas (grades de referência), disponível para a região e nas informações periodicamente atualizadas sobre as condições de atendimento nos serviços de urgência, exercendo as prerrogativas de sua

Elaboração: 05/09/2022

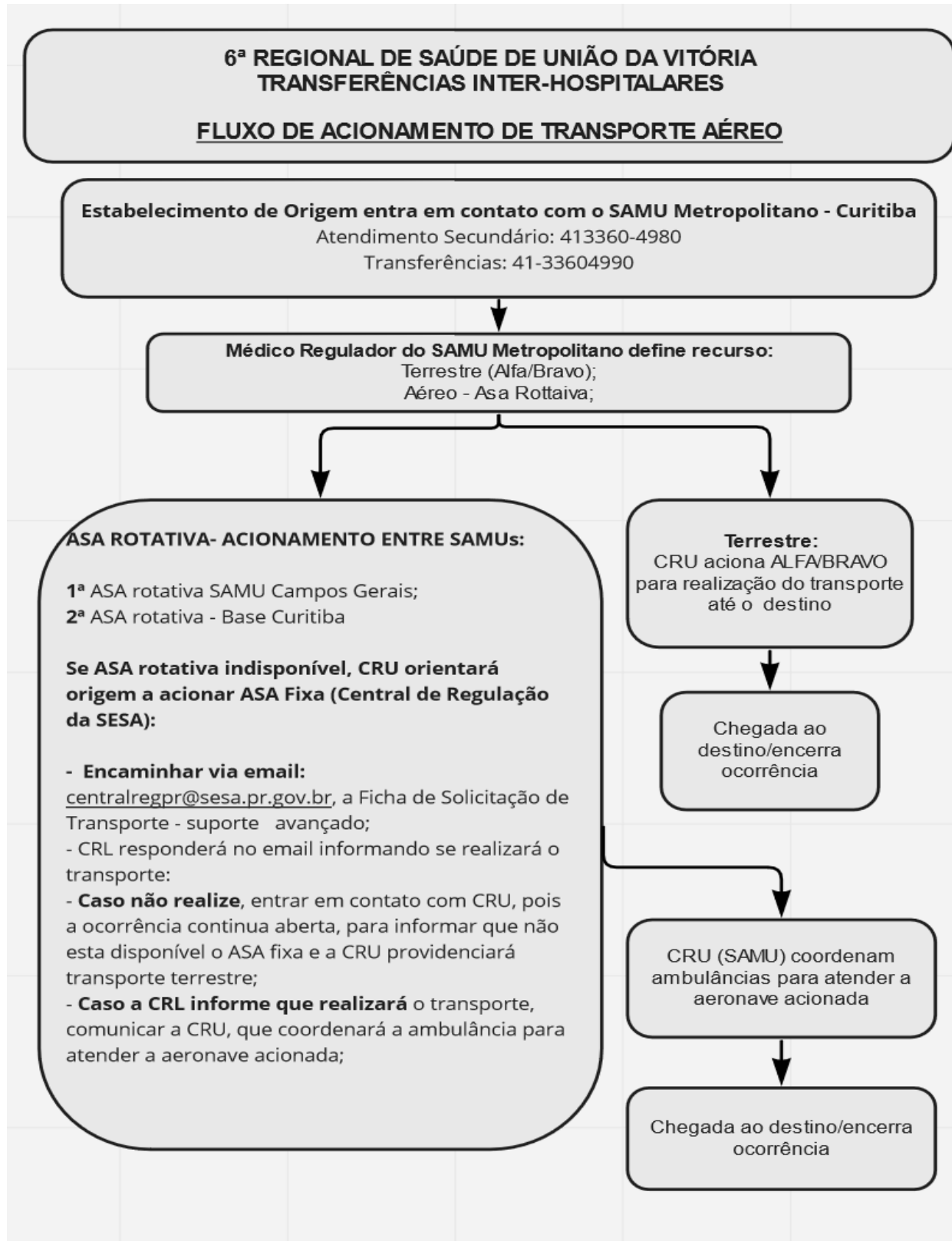
Atualização: -

autoridade para alocar os pacientes dentro do sistema regional;

6.6 O direcionamento dos pacientes para atendimentos nos pontos de atenção de urgência da rede segue as grades de referências da 6ª Região de Saúde, elaborados com base nos contratos e convênios vigentes com a Secretaria Estadual da Saúde, com base nas responsabilidades e complexidades de cada ponto de atenção na rede, utilizando também o PDR (Plano Diretor de Regionalização Paraná – 2015) e deliberações na Comissão Intergestores Bipartite Regional e Estadual.

Elaboração: 05/09/2022

Atualização: -

Anexo I- Fluxo de Transferências Inter-Hospitalares para a 6ªRS

Elaboração: 05/09/2022

Atualização: -

SOLICITAÇÃO DE TRANSPORTE – SUPORTE AVANÇADO

HOSPITAL DE ORIGEM: _____ MUNICIPIO: _____
NOME DO PACIENTE: _____ RG/CPF: _____
NOME DO ACOMPANHANTE: _____ RG/CPF: _____
DATA NASCIMENTO: ____/____/____ SEXO: F M IDADE: ____ ANOS MESES DIAS
DIAGNÓSTICO: _____

ESTADO CLÍNICO ATUAL (Prescrição Anexa): _____

DADOS VITAIS: PA: ____/____ mmHg; P: ____ BPM; R: ____ MRPM; T: ____ °C; SAT O2: ____ %; Peso: _____

Há necessidade de USAV móvel, devido a:

- () Alteração metabólica grave / moderada comprovada () Ventilação mecânica () Instabilidade ventilatória
() Instabilidade Hemodinâmica () Convulsões () Alteração do sensorio
() Transporte Neonatal () Outros _____

() Uso de medicação em BIC 1) _____ 3) _____
2) _____ 4) _____

PACIENTE EM ISOLAMENTO? () NÃO - () SIM, ESPECIFIQUE: _____

O médico assistente do HOSPITAL DE ORIGEM confirma estas informações a respeito do paciente e reitera a necessidade de assistência médica durante a remoção deste. Compromete-se ainda a aguardar a chegada da equipe médica, ajudando a estabilizar o paciente até a sua admissão segura na ambulância, junto à equipe do SUPORTE AVANÇADO DE VIDA MÓVEL, que conduzirá o paciente ao HOSPITAL DE DESTINO _____ no Município de _____ aceito por _____

AUTORIZAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA

Eu, abaixo assinado, declaro estar ciente da necessidade de transferência do paciente identificado acima, do serviço de saúde onde atualmente se encontra em tratamento para outro hospital, com a finalidade de acesso maior nível de cuidado terapêutico visando sua recuperação. Para tanto, autorizo seu transporte por ambulância até o Hospital de destino sob a responsabilidade técnica. Estando desde já autorizados quaisquer procedimentos médicos e/ou de enfermagem que porventura se façam necessários durante o trajeto da ambulância. Declaro ainda estar ciente dos riscos que tal transporte possa vir a acarretar ao paciente, inclusive inerente ao trânsito a que for submetida à ambulância.

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: _____ RG Nº: _____

OBSERVAÇÃO:

Por se tratar de um caso de risco iminente de morte, sendo imperioso e possível o transporte a fim de decisivamente aumentar as possibilidades terapêuticas, autorizo a transferência (assinatura e carimbo)

Data: ____/____/____

ASSINATURA E CARIMBO MÉDICO ASSISTENTE

Tel. do médico da origem (____) _____ - _____

USO EXCLUSIVO DA REGULAÇÃO ESTADUAL**PARECER DA REGULAÇÃO ESTADUAL** INDICADO NÃO INDICADO

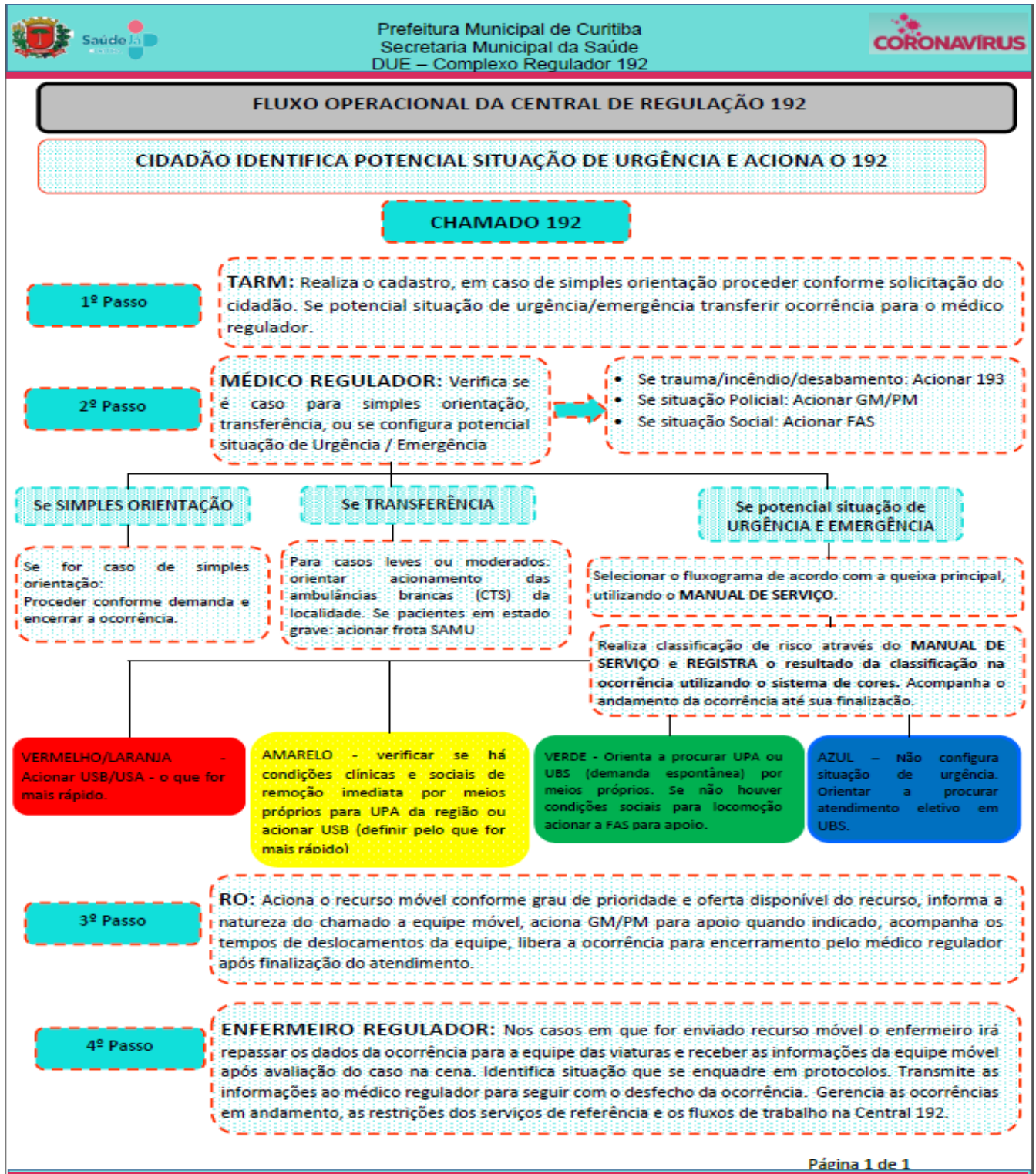
Observações: _____

(CARIMBO E ASSINATURA MÉDICO REGULADOR)

Elaboração: 05/09/2022

Atualização: -

ANEXO II – Fluxo Operacional/ Acesso da Central de Regulação 192

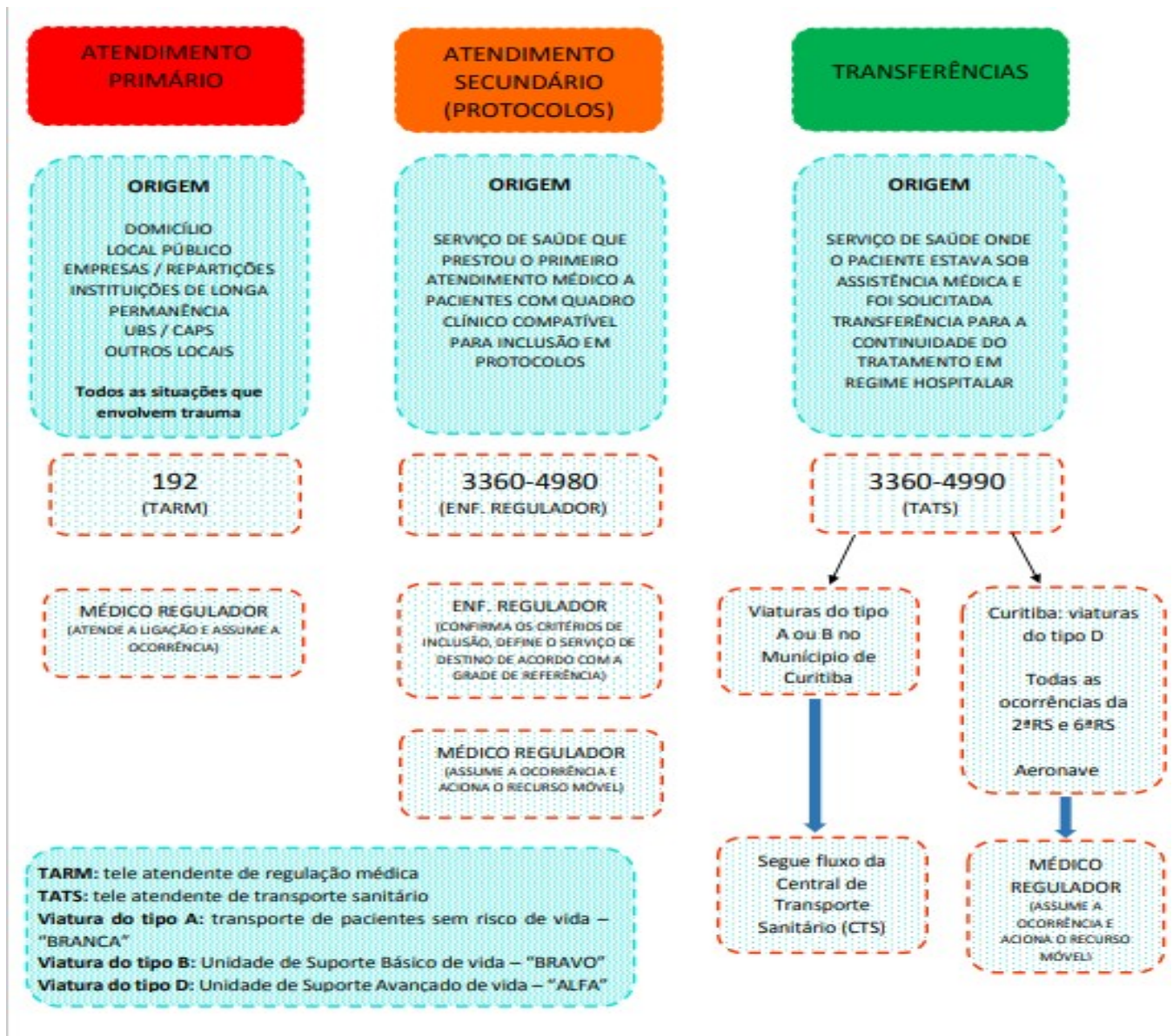


Fonte: Central de Regulação de Urgência SAMU Metropolitano - Curitiba/PR

Elaboração: 05/09/2022

Atualização: -

Fluxo de Acesso da Central de Regulação 192



Elaboração: 05/09/2022

Atualização: -

ANEXO III – GRADE DE REFERÊNCIA 6ª REGIÃO DE SAÚDE
1- Grade Referência Antonio Olinto

6ª REGIONAL DE SAÚDE DE UNIÃO DA VITÓRIA – GRADE DE REFERÊNCIA DE URGÊNCIA				
IV - LESTE ANTONIO OLINTO, DATA ATUALIZAÇÃO: 01/09/2022				
ESPECIALIDADE	REFERÊNCIA TERCIÁRIA	REFERÊNCIA SECUNDÁRIA		REFERÊNCIA PRIMÁRIA
		Região	Município (MENOR COMPLEXIDADE)	
IAM-Linha Cuidado	ROCIO/ HAC	HRSC + APMI (não possuem hemodinâmica)	HMDPF	
AVC-Linha Cuidado	HC/HUEC/HUC/HSV/HUC/HT	HRSC + APMI	HMDPF	
Trauma-Linha Cuidado (traumatologia+traumato-ortopedia)	HAC+HT+HUEC+HUC+ PAROLIN	HRSC	HMDPF	
Trauma-Linha Cuidado (traumatologia)	HAC+HT+HUEC+HUC+ PAROLIN	APMI	HMDPF	
Broncoscopia				
Bucomaxilo				
Cardiologia	HC/HUEC/STA CASA/HSV/HCV	HRSC + APMI	HMDPF	
Clinica Médica		HRSC + APMI	HMDPF	Pronto Atend. Mun. (Clin. Geral)
Cirurgia Cardíaca Ped	HIPP + HC			
Cirurgia Geral		HRSC + APMI	HMDPF (PROC. MENOR COMPLEX.)	
Cirurgia Ortopédica (13 anos ou mais)	HT+HUEC+HUC+HIPP	HRSC	HMDPF (PROC. MENOR COMPLEX.)	
Cirurgia Pediátrica		APMI		
Cirurgia Vascular	HUC+ STA CASA+HUEC+ HT	HRSC + APMI		
Díálise de Emergência		HRSC+ APMI		
Endoscopia (HDA)		HRSC		
Gestação alto risco/intermediario	APMI	APMI		
Gestação baixo risco		APMI	HDPF	Pronto Atend. Mun. (Clin. Geral)
Ginecologia		APMI	HMDPF	Pronto Atend. Mun. (Clin. Geral)
Neuroclínica	HUEC/HUC/HSV+/HUC/HIPP	HRSC + APMI	HMDPF	
Neurocirurgia	HUEC/HUC/HSV+HT	HRSC		
Oftalmologia		HRSC + APMI	HMDPF	Pronto Atend. Mun. (Clin. Geral)
Ortopedia (13 anos ou mais)		HRSC	HMDPF (PROC. MENOR COMPLEX.)	
Otorrino		HRSC + APMI	HMDPF	Pronto Atend. Mun. (Clin. Geral)
Pediatria		APMI	HDPF	Pronto Atend. Mun. (Clin. Geral)
Psiquiatria (urgência clínica)		HRSC + APMI		
Queimados		HRSC + APMI	HDPF	Pronto Atend. Mun. (Clin. Geral)
Tomografia		HRSC + APMI	HDPF	Pronto Atend. Mun. (Clin. Geral)
Trauma Pediátrico: traumatologia + traumato-ortopedia (até 12 anos, 11m, 29d)	HUEC/HIPP/HT/HUC/HC	APMI		
UTI adulto		HRSC + APMI	HMDPF ((PROC. MENOR COMPLEX.)	
UTI infantil		APMI		
UTI neonatal		APMI		
Exames Laboratoriais		HRSC + APMI		
Exames de Ultrassonografia		HRSC + APMI	HDPF	
Eletrocardiograma		HRSC + APMI	HDPF	
Exames de RX simples		HRSC + APMI	HDPF	Pronto Atend. Mun. (Clin. Geral)
Exames de RX simples		HRSC + APMI	HDPF	

HRSC: Hospital de Caridade Nossa Senhora Aparecida - Sociedade Beneficente São Camilo (União da Vitória) - referência na região, administra trombolítico

APMI: Associação de Proteção à Maternidade e a Infância - APMI (União da Vitória) - referência região, administra trombolítico

PA funciona somente a partir das 18h30min às 06h30min, no horário comercial 08h às 17h, a equipe da ESF central realiza os atendimentos. Final de semana 24h. Obs: PA e UBS funcionam j

HDPF: Hospital e Maternidade Dr. Paulo Fortes (localizado município de São Mateus do Sul, referência também para Antonio Olinto)

Não temos na região nenhum hospital na região habilitado (Ministério da Saúde) para as linhas de cuidado.

Elaboração: 05/09/2022

Atualização: -

2- Grade Referência Bituruna

6ª REGIONAL DE SAÚDE DE UNIÃO DA VITÓRIA – GRADE DE REFERÊNCIA DE URGÊNCIA			
IV - LESTE		BITURUNA, DATA ATUALIZAÇÃO: 01/09/2022	
ESPECIALIDADE	REFERÊNCIA TERCIÁRIA	REFERÊNCIA SECUNDÁRIA	REFERÊNCIA PRIMÁRIA
IAM-Linha Cuidado	ROCIO/ HAC	HRSC + APMI (não possuem hemodinâmica)	Pronto Atend. Mun. (HSVP)
AVC-Linha Cuidado	HC/HUEC/HUC/HSV/HUC/HT	HRSC + APMI	Pronto Atend. Mun. (HSVP)
Trauma-Linha Cuidado (traumatologia+traumato-ortopedia)	HAC+HT+HUEC+HUC+ PAROLIN	HRSC	Pronto Atend. Mun. (HSVP)
Trauma-Linha Cuidado (traumatologia)	HAC+HT+HUEC+HUC+ PAROLIN	APMI	Pronto Atend. Mun. (HSVP)
Broncoscopia			
Bucomaxilo			
Cardiologia	HC/HUEC/STA CASA/HSV/HCV	HRSC + APMI	Pronto Atend. Mun. (HSVP)
Clinica Médica		HRSC + APMI	Pronto Atend. Mun. (HSVP)
Cirurgia Cardíaca Ped	HIPP + HC		
Cirurgia Geral		HRSC + APMI	
Cirurgia Ortopédica (13 anos ou mais)	HT+HUEC+HUC+HIPP	HRSC	
Cirurgia Pediátrica		APMI	
Cirurgia Vascular	HUC+ STA CASA+HUEC+ HT	HRSC + APMI	
Diálise de Emergência		HRSC+ APMI	
Endoscopia (HDA)		HRSC	
Gestação alto risco/intermediario	APMI	APMI	Pronto Atend. Mun. (HSVP)
Gestação baixo risco		APMI	Pronto Atend. Mun. (HSVP)
Ginecologia		APMI	Pronto Atend. Mun. (HSVP)
Neuroclínica	HUEC/HUC/HSV+HUC/HIPP	HRSC + APMI	Pronto Atend. Mun. (HSVP)
Neurocirurgia	HUEC/HUC/HSV+HT	HRSC	
Oftalmologia		HRSC + APMI	Pronto Atend. Mun. (HSVP)
Ortopedia (13 anos ou mais)		HRSC	Pronto Atend. Mun. (HSVP)
Otorrino		HRSC + APMI	Pronto Atend. Mun. (HSVP)
Pediatria		APMI	Pronto Atend. Mun. (HSVP)
Psiquiatria (urgência clínica)		HRSC + APMI	
Queimados		HRSC + APMI	Pronto Atend. Mun. (HSVP)
Tomografia		HRSC + APMI	Pronto Atend. Mun. (HSVP)
Trauma Pediátrico: traumatologia + traumato-ortopedia (até 12 anos, 11m, 29d)	HUEC/HIPP/HT/HUC/HC	APMI	
UTI adulto		HRSC + APMI	
UTI infantil		APMI	
UTI neonatal		APMI	
Exames Laboratoriais		HRSC + APMI	
Exames de Ultrassonografia		HRSC + APMI	Pronto Atend. Mun. (HSVP)
Eletrocardiograma		HRSC + APMI	
Exames de RX simples		HRSC + APMI	Pronto Atend. Mun. (HSVP)
Exames de RX simples		HRSC + APMI	Pronto Atend. Mun. (HSVP)

HSVP: Hospital São Vicente de Paula (municipal)

HRSC: Hospital de Caridade Nossa Senhora Aparecida - Sociedade Beneficente São Camilo (União da Vitória) - referência na região, administra trombolítico, média complexidade

APMI: Associação de Proteção à Maternidade e a Infância - APMI (União da Vitória) - referência região, administra trombolítico, média complexidade

Não temos na região nenhum hospital na região habilitado (Ministério da Saúde) para as linhas de cuidado.

Elaboração: 05/09/2022

Atualização: -

3- Grade Referência Cruz Machado

6ª REGIONAL DE SAÚDE DE UNIÃO DA VITÓRIA – GRADE DE REFERÊNCIA DE URGÊNCIA			
IV - LESTE		CRUZ MACHADO, DATA ATUALIZAÇÃO: 01/09/2022	
IAM-Linha Cuidado	ROCIO/ HAC	HRSC + APMI (não possuem hemodinâmica)	Pronto Atend. (HMST)
AVC-Linha Cuidado	HC/HUEC/HUC/HSV/HUC/HT	HRSC + APMI	Pronto Atend. (HMST)
Trauma-Linha Cuidado (traumatologia+traumato-ortopedia)	HAC+HT+HUEC+HUC+ PAROLIN	HRSC	Pronto Atend. (HMST)
Trauma-Linha Cuidado (traumatologia)	HAC+HT+HUEC+HUC+ PAROLIN	APMI	Pronto Atend. (HMST)
Broncoscopia			
Bucomaxilo			
Cardiologia	HC/HUEC/STA CASA/HSV/HCV	HRSC + APMI	Pronto Atend. (HMST)
Clinica Médica		HRSC + APMI	Pronto Atend. (HMST)
Cirurgia Cardíaca Ped	HIPP + HC		
Cirurgia Geral		HRSC + APMI	
Cirurgia Ortopédica (13 anos ou mais)	HT+HUEC+HUC+HIPP	HRSC	
Cirurgia Pediátrica		APMI	
Cirurgia Vascular	HUC+ STA CASA+HUEC+ HT	HRSC + APMI	
Diálise de Emergência		HRSC+ APMI	
Endoscopia (HDA)		HRSC	
Gestação alto risco/intermediario	APMI	APMI	Pronto Atend. (HMST)
Gestação baixo risco		APMI	Pronto Atend. (HMST)
Ginecologia		APMI	Pronto Atend. (HMST)
Neuroclínica	HUEC/HUC/HSV+/HUC/HIPP	HRSC + APMI	Pronto Atend. (HMST)
Neurocirurgia	HUEC/HUC/HSV+HT	HRSC	
Oftalmologia		HRSC + APMI	Pronto Atend. (HMST)
Ortopedia (13 anos ou mais)		HRSC	Pronto Atend. (HMST)
Otorrino		HRSC + APMI	Pronto Atend. (HMST)
Pediatria		APMI	Pronto Atend. (HMST)
Psiquiatria (urgência clínica)		HRSC + APMI	
Queimados		HRSC + APMI	Pronto Atend. (HMST)
Tomografia		HRSC + APMI	Pronto Atend. (HMST)
Trauma Pediátrico: traumatologia + traumato-ortopedia (até 12 anos, 11m, 29d)	HUEC/HIPP/HT/HUC/HC	APMI	
UTI adulto		HRSC + APMI	
UTI infantil		APMI	
UTI neonatal		APMI	
Exames Laboratoriais		HRSC + APMI	
Exames de Ultrassonografia		HRSC + APMI	Pronto Atend. (HMST)
Eletrocardiograma		HRSC + APMI	
Exames de RX simples		HRSC + APMI	Pronto Atend. (HMST)
Exames de RX simples		HRSC + APMI	Pronto Atend. (HMST)

HMST: Hospital Municipal Santa Terezinha (Hospital Municipal)
HRSC: Hospital de Caridade Nossa Senhora Aparecida - Sociedade Beneficente São Camilo (União da Vitória) - referência na região, administra trombolítico, média complexidade
APMI: Associação de Proteção à Maternidade e a Infância - APMI (União da Vitória) - referência região, administra trombolítico, média complexidade

Não temos na região nenhum hospital na região habilitado (Ministério da Saúde) para as linhas de cuidado.

Elaboração: 05/09/2022
Atualização: -
4- Grade Referência General Carneiro

6ª REGIONAL DE SAÚDE DE UNIÃO DA VITÓRIA – GRADE DE REFERÊNCIA DE URGÊNCIA			
IV - LESTE		GENERAL CARNEIRO, DATA ATUALIZAÇÃO: 01/09/2022	
ESPECIALIDADE	REFERÊNCIA TERCIÁRIA	REFERÊNCIA SECUNDÁRIA	REFERÊNCIA PRIMÁRIA
IAM-Linha Cuidado	ROCIO/ HAC	HRSC + APMI (não possuem hemodinâmica)	Pronto Atend. Munic.(Clin. Geral)
AVC-Linha Cuidado	HC/HUEC/HUC/HSV/HUC/HT	HRSC + APMI	Pronto Atend. Munic.(Clin. Geral)
Trauma-Linha Cuidado (traumatologia+traumato-ortopedia)	HAC+HT+HUEC+HUC+ PAROLIN	HRSC	Pronto Atend. Munic.(Clin. Geral)
Trauma-Linha Cuidado (traumatologia)	HAC+HT+HUEC+HUC+ PAROLIN	APMI	
Broncoscopia			
Bucomaxilo			Pronto Atend. Munic.(Clin. Geral)
Cardiologia	HC/HUEC/STA CASA/HSV/HCV	HRSC + APMI	Pronto Atend. Munic.(Clin. Geral)
Clinica Médica		HRSC + APMI	
Cirurgia Cardíaca Ped	HIPP + HC		
Cirurgia Geral		HRSC + APMI	
Cirurgia Ortopédica (13 anos ou mais)	HT+HUEC+HUC+HIPP	HRSC	
Cirurgia Pediátrica		APMI	
Cirurgia Vascular	HUC+ STA CASA+HUEC+ HT	HRSC + APMI	
Diálise de Emergência		HRSC+ APMI	
Endoscopia (HDA)		HRSC	Pronto Atend. Munic.(Clin. Geral)
Gestação alto risco/intermediario	APMI	APMI	Pronto Atend. Munic.(Clin. Geral)
Gestação baixo risco		APMI	Pronto Atend. Munic.(Clin. Geral)
Ginecologia		APMI	Pronto Atend. Munic.(Clin. Geral)
Neuroclínica	HUEC/HUC/HSV+/HUC/HIPP	HRSC + APMI	
Neurocirurgia	HUEC/HUC/HSV+HT	HRSC	Pronto Atend. Munic.(Clin. Geral)
Oftalmologia		HRSC + APMI	Pronto Atend. Munic.(Clin. Geral)
Ortopedia (13 anos ou mais)		HRSC	Pronto Atend. Munic.(Clin. Geral)
Otorrino		HRSC + APMI	Pronto Atend. Munic.(Clin. Geral)
Pediatria		APMI	
Psiquiatria (urgência clínica)		HRSC + APMI	Pronto Atend. Munic.(Clin. Geral)
Queimados		HRSC + APMI	Pronto Atend. Munic.(Clin. Geral)
Tomografia		HRSC + APMI	
Trauma Pediátrico: traumatologia + traumato-ortopedia (até 12 anos, 11m, 29d)	HUEC/HIPP/HT/HUC/HC	APMI	
UTI adulto		HRSC + APMI	
UTI infantil		APMI	
UTI neonatal		APMI	
Exames Laboratoriais		HRSC + APMI	Pronto Atend. Munic.(Clin. Geral)
Exames de Ultrassonografia		HRSC + APMI	
Eletrocardiograma		HRSC + APMI	Pronto Atend. Munic.(Clin. Geral)
Exames de RX simples		HRSC + APMI	Pronto Atend. Munic.(Clin. Geral)

HRSC: Hospital de Caridade Nossa Senhora Aparecida - Sociedade Beneficente São Camilo (União da Vitória) - referência na região, administra trombolítico, média complexidade

APMI: Associação de Proteção à Maternidade e a Infância - APMI (União da Vitória) - referência região, administra trombolítico, média complexidade

Não temos na região nenhum hospital na região habilitado (Ministério da Saúde) para as linhas de cuidado.

Elaboração: 05/09/2022
Atualização: -
5- Grade Referência Paula Freitas

6ª REGIONAL DE SAÚDE DE UNIÃO DA VITÓRIA – GRADE DE REFERÊNCIA DE URGÊNCIA			
IV - LESTE		PAULA FREITAS, DATA ATUALIZAÇÃO: 01/09/2022	
ESPECIALIDADE	REFERÊNCIA TERCIÁRIA	REFERÊNCIA SECUNDÁRIA	REFERÊNCIA PRIMÁRIA
IAM-Linha Cuidado	ROCIO/ HAC	HRSC + APMI (não possuem hemodinâmica)	
AVC-Linha Cuidado	HC/HUEC/HUC/HSV/HUC/HT	HRSC + APMI	
Trauma-Linha Cuidado (traumatologia+traumato-ortopedia)	HAC+HT+HUEC+HUC+ PAROLIN	HRSC	
Trauma-Linha Cuidado (traumatologia)	HAC+HT+HUEC+HUC+ PAROLIN	APMI	
Broncoscopia			
Bucomaxilo			
Cardiologia	HC/HUEC/STA CASA/HSV/HCV	HRSC + APMI	UAPSF (ESF)
Clinica Médica		HRSC + APMI	
Cirurgia Cardíaca Ped	HIPP + HC		
Cirurgia Geral		HRSC + APMI	
Cirurgia Ortopédica (13 anos ou mais)	HT+HUEC+HUC+HIPP	HRSC	
Cirurgia Pediátrica		APMI	
Cirurgia Vascular	HUC+ STA CASA+HUEC+ HT	HRSC + APMI	
Diálise de Emergência		HRSC+ APMI	
Endoscopia (HDA)		HRSC	
Gestação alto risco/intermediario	APMI	APMI	UAPSF (ESF)
Gestação baixo risco		APMI	
Ginecologia		APMI	
Neuroclínica	HUEC/HUC/HSV+/HUC/HIPP	HRSC + APMI	
Neurocirurgia	HUEC/HUC/HSV+HT	HRSC	UAPSF (ESF)
Oftalmologia		HRSC + APMI	UAPSF (ESF)
Ortopedia (13 anos ou mais)		HRSC	UAPSF (ESF)
Otorrino		HRSC + APMI	UAPSF (ESF)
Pediatria		APMI	
Psiquiatria (urgência clínica)		HRSC + APMI	UAPSF (ESF)
Queimados		HRSC + APMI	UAPSF (ESF)
Tomografia		HRSC + APMI	
Trauma Pediátrico: traumatologia + traumato-ortopedia (até 12 anos, 11m, 29d)	HUEC/HIPP/HT/HUC/HC	APMI	
UTI adulto		HRSC + APMI	
UTI infantil		APMI	
UTI neonatal		APMI	
Exames Laboratoriais		HRSC + APMI	
Exames de Ultrassonografia		HRSC + APMI	
Eletrocardiograma		HRSC + APMI	UAPSF (ESF)
Exames de RX simples		HRSC + APMI	

HRSC: Hospital de Caridade Nossa Senhora Aparecida - Sociedade Beneficente São Camilo (União da Vitória) - referência na região, administra trombolítico

APMI: Associação de Proteção à Maternidade e a Infância - APMI (União da Vitória) - referência região, administra trombolítico

UAPSF PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE PAULA FREITAS : Funciona diurno das 08h às 17h, após convênio com Hospital de Caridade Nossa Senhora Aparecida - Sociedade Beneficente São Camilo e com Associação de Proteção à Maternidade e a Infância - APMI. Sendo direcionado para a APMI gestantes/crianças e demais casos para Hospital São Camilo.

Não temos na região nenhum hospital na região habilitado (Ministério da Saúde) para as linhas de cuidado.

Elaboração: 05/09/2022

Atualização: -

6- Grade Referência Paulo Frontin

6ª REGIONAL DE SAÚDE DE UNIÃO DA VITÓRIA – GRADE DE REFERÊNCIA DE URGÊNCIA			
IV - LESTE		PAULO FRONTIN, DATA ATUALIZAÇÃO: 01/09/2022	
ESPECIALIDADE	REFERÊNCIA TERCIÁRIA	REFERÊNCIA SECUNDÁRIA	REFERÊNCIA PRIMÁRIA
IAM-Linha Cuidado	ROCIO/ HAC	HRSC + APMI (não possuem hemodinâmica)	Pronto Atend. Mun. SJB
AVC-Linha Cuidado	HC/HUEC/HUC/HSV/HUC/HT	HRSC + APMI	Pronto Atend. Mun. SJB
Trauma-Linha Cuidado (traumatologia+traumato-ortopedia)	HAC+HT+HUEC+HUC+ PAROLIN	HRSC	Pronto Atend. Mun. SJB
Trauma-Linha Cuidado (traumatologia)	HAC+HT+HUEC+HUC+ PAROLIN	APMI	Pronto Atend. Mun. SJB
Broncoscopia			
Bucomaxilo			
Cardiologia	HC/HUEC/STA CASA/HSV/HCV	HRSC + APMI	Pronto Atend. Mun. SJB
Clinica Médica		HRSC + APMI	Pronto Atend. Mun. SJB
Cirurgia Cardíaca Ped	HIPP + HC		
Cirurgia Geral		HRSC + APMI	
Cirurgia Ortopédica (13 anos ou mais)	HT+HUEC+HUC+HIPP	HRSC	
Cirurgia Pediátrica		APMI	
Cirurgia Vascular	HUC+ STA CASA+HUEC+ HT	HRSC + APMI	
Diálise de Emergência		HRSC+ APMI	
Endoscopia (HDA)		HRSC	
Gestação alto risco/intermediario	APMI	APMI	Pronto Atend. Mun. SJB
Gestação baixo risco		APMI	Pronto Atend. Mun. SJB
Ginecologia		APMI	Pronto Atend. Mun. SJB
Neuroclínica	HUEC/HUC/HSV+/HUC/HIPP	HRSC + APMI	Pronto Atend. Mun. SJB
Neurocirurgia	HUEC/HUC/HSV+HT	HRSC	
Oftalmologia		HRSC + APMI	Pronto Atend. Mun. SJB
Ortopedia (13 anos ou mais)		HRSC	Pronto Atend. Mun. SJB
Otorrino		HRSC + APMI	Pronto Atend. Mun. SJB
Pediatria		APMI	Pronto Atend. Mun. SJB
Psiquiatria (urgência clínica)		HRSC + APMI	
Queimados		HRSC + APMI	Pronto Atend. Mun. SJB
Tomografia		HRSC + APMI	Pronto Atend. Mun. SJB
Trauma Pediátrico: traumatologia + traumato-ortopedia (até 12 anos, 11m, 29d)	HUEC/HIPP/HT/HUC/HC	APMI	
UTI adulto		HRSC + APMI	
UTI infantil		APMI	
UTI neonatal		APMI	
Exames Laboratoriais		HRSC + APMI	
Exames de Ultrassonografia		HRSC + APMI	Pronto Atend. Mun. SJB
Eletrocardiograma		HRSC + APMI	
Exames de RX simples		HRSC + APMI	Pronto Atend. Mun. SJB
Exames de RX simples		HRSC + APMI	

Pronto Atend. Mun. SJB: Pronto Atendimento Municipal São João Batista

HRSC: Hospital de Caridade Nossa Senhora Aparecida - Sociedade Beneficente São Camilo (União da Vitória) - referência na região, administra trombolítico, média complexidade

APMI: Associação de Proteção à Maternidade e a Infância - APMI (União da Vitória) - referência região, administra trombolítico, média complexidade

Não temos na região nenhum hospital na região habilitado (Ministério da Saúde) para as linhas de cuidado.

Elaboração: 05/09/2022

Atualização: -

7- Grade Referência Porto Vitória

6ª REGIONAL DE SAÚDE DE UNIÃO DA VITÓRIA – GRADE DE REFERÊNCIA DE URGÊNCIA			
PORTO VITÓRIA, DATA ATUALIZAÇÃO: 01/09/2022			
ESPECIALIDADE	REFERÊNCIA TERCIÁRIA	REFERÊNCIA SECUNDÁRIA	REFERÊNCIA PRIMÁRIA
IAM-Linha Cuidado	ROCIO/ HAC	HRSC + APMI (não possuem hemodinâmica)	
AVC-Linha Cuidado	HC/HUEC/HUC/HSV/HUC/HT	HRSC + APMI	
Trauma-Linha Cuidado (traumatologia+traumato-ortopedia)	HAC+HT+HUEC+HUC+ PAROLIN	HRSC	
Trauma-Linha Cuidado (traumatologia)	HAC+HT+HUEC+HUC+ PAROLIN	APMI	
Broncoscopia			
Bucomaxilo			
Cardiologia	HC/HUEC/STA CASA/HSV/HCV	HRSC + APMI	
Clinica Médica		HRSC + APMI	UAPSF (08h-17h) PA: seg, ter, quin das 18h às 22h
Cirurgia Cardíaca Ped	HIPP + HC		
Cirurgia Geral		HRSC + APMI	
Cirurgia Ortopédica (13 anos ou mais)	HT+HUEC+HUC+HIPP	HRSC	
Cirurgia Pediátrica		APMI	
Cirurgia Vascular	HUC+ STA CASA+HUEC+ HT	HRSC + APMI	
Diálise de Emergência		HRSC+ APMI	
Endoscopia (HDA)		HRSC	
Gestação alto risco/intermediario	APMI	APMI	
Gestação baixo risco		APMI	UAPSF (08h-17h) PA: seg, ter, quin das 18h às 22h
Ginecologia		APMI	
Neuroclínica	HUEC/HUC/HSV+/HUC/HIPP	HRSC + APMI	
Neurocirurgia	HUEC/HUC/HSV+HT	HRSC	
Oftalmologia		HRSC + APMI	UAPSF (08h-17h) PA: seg, ter, quin das 18h às 22h
Ortopedia (13 anos ou mais)		HRSC	UAPSF (08h-17h) PA: seg, ter, quin das 18h às 22h
Otorrino		HRSC + APMI	UAPSF (08h-17h) PA: seg, ter, quin das 18h às 22h
Pediatria		APMI	UAPSF (08h-17h) PA: seg, ter, quin das 18h às 22h
Psiquiatria (urgência clínica)		HRSC + APMI	
Queimados		HRSC + APMI	UAPSF (08h-17h) PA: seg, ter, quin das 18h às 22h
Tomografia		HRSC + APMI	
Trauma Pediátrico: traumatologia + traumato-ortopedia (até 12 anos, 11m, 29d)	HUEC/HIPP/HT/HUC/HC	APMI	
UTI adulto		HRSC + APMI	
UTI infantil		APMI	
UTI neonatal		APMI	
Exames Laboratoriais		HRSC + APMI	
Exames de Ultrassonografia		HRSC + APMI	
Eletrocardiograma		HRSC + APMI	
Exames de RX simples		HRSC + APMI	UAPSF (08h-17h) PA: seg, ter, quin das 18h às 22h
Exames de RX simples		HRSC + APMI	

UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA SAÚDE DA FAM DE PORTO VITÓRIA: funciona diurno das 08h às 17h, após convênio com Hospital de Caridade Nossa Senhora Aparecida - Sociedade Beneficente São Camilo e com Associação de Proteção à Maternidade e a Infância - APMI. Sendo direcionado para a APMI gestantes/crianças e demais caso para Hospital São Camilo.Possui PA, que funciona segunda, terça e quinta das 18 h às 22h.

HRSC: Hospital de Caridade Nossa Senhora Aparecida - Sociedade Beneficente São Camilo (União da Vitória) - referência na região, administra trombolítico, média complexidade

APMI: Associação de Proteção à Maternidade e a Infância - APMI (União da Vitória) - referência região, administra trombolítico, média complexidade

Não temos na região nenhum hospital na região habilitado (Ministério da Saúde) para as linhas de cuidado.

Elaboração: 05/09/2022
Atualização: -
8 - Grade Referência São Mateus do Sul

6ª REGIONAL DE SAÚDE DE UNIÃO DA VITÓRIA – GRADE DE REFERÊNCIA DE URGÊNCIA				
IV - LESTE		SÃO MATEUS DO SUL, DATA ATUALIZAÇÃO: 01/09/2022		
ESPECIALIDADE	REFERÊNCIA TERCIÁRIA	REFERÊNCIA SECUNDÁRIA		REFERÊNCIA PRIMÁRIA
		Região	Município (MENOR COMPLEXIDADE)	
IAM-Linha Cuidado	ROCIO/ HAC	HRSC + APMI (não possuem hemodinâmica)	HMDPF	Pronto Atend. Mun. Oséas Pacheco
AVC-Linha Cuidado	HC/HUEC/HUC/HSV/HUC/HT	HRSC + APMI	HMDPF	Pronto Atend. Mun. Oséas Pacheco
Trauma-Linha Cuidado (traumatologia+traumato-ortopedia)	HAC+HT+HUEC+HUC+ PAROLIN	HRSC	HMDPF	Pronto Atend. Mun. Oséas Pacheco
Trauma-Linha Cuidado (traumatologia)	HAC+HT+HUEC+HUC+ PAROLIN	APMI	HMDPF	Pronto Atend. Mun. Oséas Pacheco
Broncoscopia				
Bucomaxilo				
Cardiologia	HC/HUEC/STA CASA/HSV/HCV	HRSC + APMI	HMDPF	Pronto Atend. Mun. Oséas Pacheco
Clinica Médica		HRSC + APMI	HMDPF	Pronto Atend. Mun. Oséas Pacheco
Cirurgia Cardíaca Ped	HIPP + HC			
Cirurgia Geral		HRSC + APMI	HMDPF (PROC. MENOR COMPLEX.)	
Cirurgia Ortopédica (13 anos ou mais)	HT+HUEC+HUC+HIPP	HRSC	HMDPF (PROC. MENOR COMPLEX.)	
Cirurgia Pediátrica		APMI		
Cirurgia Vasculuar	HUC+ STA CASA+HUEC+ HT	HRSC + APMI		
Diálise de Emergência		HRSC + APMI		
Endoscopia (HDA)		HRSC		
Gestação alto risco/intermediario	APMI	APMI		Pronto Atend. Mun. Oséas Pacheco
Gestação baixo risco		APMI	HDPF	Pronto Atend. Mun. Oséas Pacheco
Ginecologia		APMI	HMDPF	Pronto Atend. Mun. Oséas Pacheco
Neuroclínica	HUEC/HUC/HSV+HUC/HIPP	HRSC + APMI	HMDPF	Pronto Atend. Mun. Oséas Pacheco
Neurocirurgia	HUEC/HUC/HSV+HT	HRSC		
Oftalmologia		HRSC + APMI	HMDPF	Pronto Atend. Mun. Oséas Pacheco
Ortopedia (13 anos ou mais)		HRSC	HMDPF (PROC. MENOR COMPLEX.)	Pronto Atend. Mun. Oséas Pacheco
Otorrino		HRSC + APMI	HMDPF	Pronto Atend. Mun. Oséas Pacheco
Pediatria		APMI	HDPF	Pronto Atend. Mun. Oséas Pacheco
Psiquiatria (urgência clínica)		HRSC + APMI		
Queimados		HRSC + APMI	HDPF	Pronto Atend. Mun. Oséas Pacheco
Tomografia		HRSC + APMI	HDPF	Pronto Atend. Mun. Oséas Pacheco
Trauma Pediátrico: traumatologia + traumato-ortopedia (até 12 anos, 11m, 29d)	HUEC/HIPP/HT/HUC/HC	APMI		
UTI adulto		HRSC + APMI	HMDPF ((PROC. MENOR COMPLEX.))	
UTI infantil		APMI		
UTI neonatal		APMI		
Exames Laboratoriais		HRSC + APMI		
Exames de Ultrassonografia		HRSC + APMI	HDPF	Pronto Atend. Mun. Oséas Pacheco
Eletrocardiograma		HRSC + APMI	HDPF	Pronto Atend. Mun. Oséas Pacheco
Exames de RX simples		HRSC + APMI	HDPF	Pronto Atend. Mun. Oséas Pacheco
Exames de RX simples		HRSC + APMI	HDPF	Pronto Atend. Mun. Oséas Pacheco

HDPF: Hospital e Maternidade Dr. Paulo Fortes (localizado município de São Mateus do Sul, referência também para Antonio Ointto)

HRSC: Hospital de Caridade Nossa Senhora Aparecida - Sociedade Beneficente São Camilo (União da Vitória) - referência na região, administra trombolítico, média complexidade

APMI: Associação de Proteção à Maternidade e a Infância - APMI (União da Vitória) - referência região, administra trombolítico, média complexidade

Não temos na região nenhum hospital na região habilitado (Ministério da Saúde) para as linhas de cuidado.

Elaboração: 05/09/2022
Atualização: -
9- Grade Referência União da Vitória

6ª REGIONAL DE SAÚDE DE UNIÃO DA VITÓRIA – GRADE DE REFERÊNCIA DE URGÊNCIA			
IV - LESTE		UNIÃO DA VITÓRIA, DATA ATUALIZAÇÃO: 01/09/2022	
ESPECIALIDADE	REFERÊNCIA TERCIÁRIA	REFERÊNCIA SECUNDÁRIA	REFERÊNCIA PRIMÁRIA
IAM-Linha Cuidado	ROCIO/ HAC	HRSC + APMI (não possuem hemodinâmica)	UPA 24 hs Warrib Motta
AVC-Linha Cuidado	HC/HUEC/HUC/HSV/HUC/HT	HRSC + APMI	UPA 24 hs Warrib Motta
Trauma-Linha Cuidado (traumatologia+traumatologia-ortopedia)	HAC+HT+HUEC+HUC+ PAROLIN	HRSC	UPA 24 hs Warrib Motta
Trauma-Linha Cuidado (traumatologia)	HAC+HT+HUEC+HUC+ PAROLIN	APMI	UPA 24 hs Warrib Motta
Broncoscopia			
Bucomaxilo			
Cardiologia	HC/HUEC/STA CASA/HSV/HCV	HRSC + APMI	UPA 24 hs Warrib Motta
Clinica Médica		HRSC + APMI	UPA 24 hs Warrib Motta
Cirurgia Cardíaca Ped	HIPP + HC		
Cirurgia Geral		HRSC + APMI	
Cirurgia Ortopédica (13 anos ou mais)	HT+HUEC+HUC+HIPP	HRSC	UPA 24 hs Warrib Motta
Cirurgia Pediátrica		APMI	
Cirurgia Vascular	HUC+ STA CASA+HUEC+ HT	HRSC + APMI	UPA 24 hs Warrib Motta
Diálise de Emergência		HRSC+ APMI	
Endoscopia (HDA)		HRSC	
Gestação alto risco/intermediário	APMI	APMI	UPA 24 hs Warrib Motta
Gestação baixo risco		APMI	UPA 24 hs Warrib Motta
Ginecologia		APMI	UPA 24 hs Warrib Motta
Neuroclínica	HUEC/HUC/HSV+/HUC/HIPP	HRSC + APMI	UPA 24 hs Warrib Motta
Neurocirurgia	HUEC/HUC/HSV+HT	HRSC	
Oftalmologia		HRSC + APMI	UPA 24 hs Warrib Motta
Ortopedia (13 anos ou mais)		HRSC	UPA 24 hs Warrib Motta
Otorrino		HRSC + APMI	UPA 24 hs Warrib Motta
Pediatria		APMI	UPA 24 hs Warrib Motta
Psiquiatria (urgência clínica)		HRSC + APMI	UPA 24 hs Warrib Motta
Queimados		HRSC + APMI	UPA 24 hs Warrib Motta
Tomografia		HRSC + APMI	
Trauma Pediátrico: traumatologia + traumatologia-ortopedia (até 12 anos, 11m, 29d)	HUEC/HIPP/HT/HUC/HC	APMI	
UTI adulto		HRSC + APMI	
UTI infantil		APMI	
UTI neonatal		APMI	
Exames Laboratoriais		HRSC + APMI	UPA 24 hs Warrib Motta
Exames de Ultrassonografia		HRSC + APMI	UPA 24 hs Warrib Motta
Eletrocardiograma		HRSC + APMI	UPA 24 hs Warrib Motta
Exames de RX simples		HRSC + APMI	UPA 24 hs Warrib Motta

HRSC: Hospital de Caridade Nossa Senhora Aparecida - Sociedade Beneficente São Camilo (União da Vitória) - referência na região, administra trombolítico, média complexidade

APMI: Associação de Proteção à Maternidade e a Infância - APMI (União da Vitória) - referência região, administra trombolítico, média complexidade

Não temos na região nenhum hospital na região habilitado (Ministério da Saúde) para as linhas de cuidado.

NOTA TÉCNICA Nº01/2021

Em reunião realizada com a Secretária Executiva da Rede de Atenção Integral às Urgências da 6ª Região de Saúde de União da Vitória no dia 23/02/2021, foi discutida e definida as normativas gerais quanto ao funcionamento do Serviço Móvel de Urgência SAMU 192 da 6ª Regional de Saúde, considerando o processo de implantação e organização do serviço, dentro da lógica da integração dos serviços hospitalares e pré hospitalares que atendem na Rede de Atenção às Urgências. Tendo como parâmetro a Portaria nº2048 de 05 de novembro de 2002, que regulamenta os sistemas de urgência e emergência.

1 - Quanto à organização da Rede Móvel de Urgência e Emergência:

1.1 - Em 04/01/2011 o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e Emergência (SAMU), iniciou sua operacionalização e funcionamento na 6ª Região de Saúde de União da Vitória, abrangendo os municípios de Antonio Olinto, Bituruna, Cruz Machado, General Carneiro, Paula Freitas, Paulo Frontin, Porto Vitória, São Mateus do Sul e União da Vitória, em conformidade com os critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde, através da Portaria de Consolidação GM/MS nº3, de 28 de setembro de 2017, estruturado com 5 bases descentralizadas, localizadas nos seguintes municípios:

- Bituruna (0487996): 01 Unidade de Suporte Básico (SAMU BRAVO 63);
- Cruz Machado (0482471): 01 Unidade de Suporte Básico (SAMU BRAVO 64 CRUZ MACHADO)
- General Carneiro (0493538): 01 Unidade de Suporte Básico (SAMU BRAVO 65 GENERAL CARNEIRO);
- São Mateus do Sul: CNES 0485438: 01 Unidade de Suporte Avançado (SAMU ALFA 61 SAO MATEUS DO SUL) CNES 0485403: 01 Unidade de Suporte Básico (SAMU BRAVO 61 SAO MATEUS DO SUL);
- União Da Vitória: CNES 0496294: 01 Unidade de Suporte Avançado (SAMU ALFA 60 UNIAO DA VITORIA); CNES 0496286: 01 Unidade de Suporte Básico (SAMU BRAVO 60 UNIAO DA VITORIA);

6ª REGIONAL DE SAÚDE DE UNIÃO DA VITÓRIA

- 1.2 -** Composição das equipes: as unidades de suporte básico (USB) são tripuladas por condutor socorrista e técnico de enfermagem, e as unidades de suporte avançado (USA) por médico, enfermeiro e condutor socorrista;
- 1.3 -** A regulação das urgências e emergências oriundas dos nove municípios que compõe a região, realizada pela Central de Regulação das Urgências 192 do SAMU Regional Metropolitano (CRU) de Curitiba/PR, CNES: 6939929, conforme determina a Deliberação CIB/PR nº32/2011.
- 1.4 -** As ambulâncias do SAMU 192 são distribuídas estrategicamente, de modo a otimizar o tempo-resposta entre os chamados da população e o encaminhamento aos serviços hospitalares de referência, situação que será avaliada mensalmente pelo Comitê Gestor regional de Urgências, considerando que este é um serviço novo, a ser aprimorado diante das necessidades apresentadas;
- 1.5 -** O SAMU 192 atende as urgências de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátrica, psiquiátrica, entre outras;

2 - Quanto às Formas de Atendimento na Rede Móvel de Urgência e Emergência:

2.1- Atendimento Primário:

- Realiza os atendimentos dos casos de urgência e emergência pré-hospitalares, em residências, locais de trabalho e vias públicas, através do acionamento do 192 pela população (atendimento primário), prestando os cuidados de urgência apropriados e, quando necessário, transportando com segurança e acompanhando até o ponto de atenção à saúde de urgência adequado e/ou necessário, podendo ser pronto atendimento, UPA, hospital, UBS. Nesta situação, trabalha com um, e as situações de risco provável são manejadas mediante atendimento móvel utilizando equipes assistenciais de enfermagem ou médicas (USB, USA). Após acionamento do serviço móvel mais adequado a necessidade, ocorrerá o encaminhamento dos pacientes para serviços de urgência, devendo este realizar o acolhimento, diagnóstico, tratamento e encaminhamento. Sendo que após o atendimento inicial, deve ter seguimento o tratamento definitivo do quadro urgente. Este tratamento pode se dar no mesmo serviço ou não, podendo o estabelecimento realizar o acionamento da CRU 192, para que este obtenha o acolhimento e tratamento definitivo;

2.2 - Atendimento secundário:

2.2.1- Realiza o atendimento secundário (quando o paciente já recebeu atendimento em algum ponto de atenção à saúde), através do acionamento do 192 pelos serviços de

6ª REGIONAL DE SAÚDE DE UNIÃO DA VITÓRIA

atenção saúde, e nesse caso já existe um diagnóstico inicial (mesmo que incompleto ou inexato) e uma percepção mais apropriada do quadro de urgência e do risco do paciente. O objetivo em acionar a regulação 192, nesta situação, é validar o quadro de urgência, e viabilizar o acesso do paciente ao serviço assistencial mais apropriado possível, a fim de que o tratamento possa ser iniciado o mais rapidamente possível, buscando o tempo-resposta mais próximo do ideal;

2.2.2 - O Serviço Móvel de Urgência e Emergência SAMU 192 pode ser acionado para o atendimento secundário, para realização de transporte regulado pela Central de Regulação do SAMU 192 ou Central de Regulação de Leitos –PR;

2.2.3 - Em geral, a regulação da urgência envolve casos agudos, ou agudização de casos crônicos. Dentre os principais casos agudos, são prevalentes e de maior relevância, e foco de atenção integral da regulação com vistas ao estabelecimento do diagnóstico, medidas de estabilização clínica, assistência de urgência:

- Emergências cardiovasculares (ex: IAM , AVC, TCE, etc)
- Trauma há menos de 72 horas e sem tratamento prévio adequado;
- Insuficiência respiratória;
- Alterações de consciência;
- Quadros neurológicos súbitos;
- Quadros psiquiátricos;
- Casos cirúrgicos – abdômen agudo de qualquer etiologia, insuficiência circulatória, etc;
- Intercorrências obstétricas;
- Parto prematuro;
- Prematuridade;
- Alterações funcionais súbitas, etc;

3- Quanto à Regulação das Urgências:

3.1 - O processo de regulação médica da urgência tem início a partir da identificação do quadro por parte da equipe de regulação (CRU), e só se encerra, portanto, após o acolhimento definitivo do paciente no serviço médico capaz de prover a assistência emergencial necessária para a estabilização clínica do paciente, mesmo sem leito ainda disponível para internação. A partir desta etapa, tem início a regulação de acesso ao leito especializado, através da inclusão do paciente na central de regulação de leitos;

3.2 - Após o paciente ter recebido o atendimento inicial e estabilização clínica, onde as situações de urgência tenham sido devidamente controladas, seja através de medidas terapêuticas em caráter ambulatorial ou hospitalar, o que pode incluir freqüentemente a realização de procedimentos cirúrgicos de emergência, solicita-se a continuidade terapêutica através da Central de Regulação de Leitos (CARE Paraná);

3.3 - Em transferências inter-hospitalares é imprescindível a devida avaliação clínica da condição do paciente, para que possamos garantir que pacientes graves e/ou que necessitem ser assistidos por equipe qualificada, tenham acesso a assistência do SAMU 192 e as situações clínicas eletivas sejam transportadas através do transporte sanitário municipal (ambulância branca). Cabendo ao município, junto com os serviços localizados em seu território, organizar um fluxo de acionamento para o transporte sanitário de casos eletivos;

3.4 - Antes de efetuar a ligação para o 192, os profissionais dos serviços de saúde devem procurar saber detalhes sobre o estado do paciente, todo encaminhamento deve ser fidedigno em relação às informações clínicas, possibilitando o melhor acolhimento ao paciente, não sendo aceito informações incorretas a qualquer título e sendo obrigação do serviço de saúde o aprimoramento técnico no atendimento, quanto às informações e encaminhamento que fazem parte do atendimento;

3.5 - Quanto às demandas relacionadas à linha de cuidado materno infantil, na qual o Hospital APMI é referência para gestação de alto risco na 6ª Região de Saúde:

- A CRU do SAMU 192 poderá ser acionada diante de intercorrências obstétricas, parto prematuro e prematuridade;



**SAMU
192**



6ª REGIONAL DE SAÚDE DE UNIÃO DA VITÓRIA

- As gestantes classificadas como alto risco, em caráter eletivo continuarão a ser encaminhadas para realização do parto no Hospital APMI, mas utilizando o transporte sanitário municipal (ambulância branca), seguindo a mesma orientação para os municípios que possuem fluxos próprios, e encaminham pacientes classificadas como risco habitual e/ou risco intermediário.

- Para as transferências de gestantes de alto risco em caráter eletivo, manter o fluxo de regulação vigente, onde o médico do estabelecimento solicitante deve realizar o contato prévio com o médico plantonista do hospital de referência APMI;

3.6 - Considerando a organização de nossos municípios, onde estes são de pequeno porte, e buscando promover o tempo resposta adequado para as situações de urgência e emergência, caso as equipes das viaturas do SAMU sejam informadas diretamente de alguma situação de urgência/emergência (pré-hospitalar), que pode ser através de profissionais de saúde, Corpo de Bombeiros, etc, a equipe pode deslocar-se para o atendimento e realizar a abertura da ocorrência frente ao 192;

3.7 - Caso a viatura Alfa seja baixada para manutenção ou consertos, a equipe médica e de enfermagem deve permanecer na base para tripular a viatura de suporte básico, diante de ocorrência que necessitem deste suporte profissional;

3.8 - Central de Regulação de Urgências (CRU):

3.8.1 - Julga e decide quanto à gravidade dos casos, comunicados via telefone, estabelecendo uma gravidade presumida, enviando o recurso necessário (veículo), conforme disponibilidade e ofertas disponíveis, visando dar a melhor resposta possível para as necessidades dos pacientes.

3.8.2 - Avalia através da grade de referências da 6ª Região de Saúde, qual o ponto de atenção à saúde mais adequado para a estabilização da situação de urgência;

3.8.3 - A grade de referência é um instrumento norteador, não sendo uma regra, pois diante de uma emergência grave o serviço de saúde mais próximo poderá ser utilizado para estabilização;

3.8.4 - Diante de casos graves define e aciona o serviço de destino do paciente, informando-o quanto as condições e previsão de chegada do mesmo, podendo



**SAMU
192**



6ª REGIONAL DE SAÚDE DE UNIÃO DA VITÓRIA

sugerir meios necessários para seu acolhimento, preparando a recepção da porta de entrada dos hospitais de referências para garantir o atendimento da urgência;

3.8.5 - Avalia a necessidade ou não do envio das viaturas do SAMU, onde em caso negativo o médico explicará sua decisão, esclarecendo ao demandante outras medidas a serem adotadas, por meio de orientação ou conselho médico, aplicando-se esta função aos acionamentos pelos profissionais de saúde, como população em geral;

3.8.6 - Quando acionado o 192, a ligação é atendida pela Central de Regulação de Urgências localizada em Curitiba/PR, primeiro por técnicos em enfermagem que triam e classificam a emergência, e de acordo com a necessidade da ocorrência, transferem imediatamente a ligação ao médico regulador. Esse profissional pode responder em duas maneiras que são adaptadas a cada caso, com **orientação por telefone** (quando a situação do paciente pode ser resolvida por telefone, tanto por uma orientação de encaminhamento como outras orientações) ou **deslocamento das viaturas** (podendo ser acionada a USB a USA) e dependendo da situação, a central aciona o apoio das viaturas do transporte sanitário do município (ambulância branca), equipe do Corpo de Bombeiros, e da Polícia Militar;

3.8.7 - Diariamente um profissional da Central de Regulação de Urgências ligará para os hospitais de referência na região (APMI e Regional São Camilo), para colher informações quanto ao número de pacientes internados no pronto atendimento (PA), intubados no PA, em observação e quantos estão aguardando vaga para UTI no PA;

3.8.8 - O regulador médico realiza a atividade de telemedicina, monitorando e orientando o atendimento realizado pelos profissionais (médico, enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem) ou ainda por leigo no local da situação de urgência;

3.8.9 - A CRU aciona o serviço de destino do paciente, informado frente a condições graves a previsão de chegada do mesmo, sugerindo os meios necessários para seu acolhimento. Não comunica frente a urgências leves e moderadas. Em municípios menores, a própria equipe do SAMU auxiliará na comunicação da porta de entrada que atenderá as situações de urgências graves;



**SAMU
192**

6ª REGIONAL DE SAÚDE DE UNIÃO DA VITÓRIA

3.8.10- A região possui 02 (duas) USA, garantindo a cobertura de no mínimo 01 das viatura USA quando a outra estiver em deslocamento, não deslocando as duas ao mesmo tempo para transferências fora da área de abrangência da 6ª Região de Saúde;

Anexo I- Fluxo de Transferências Inter-Hospitalares para a 6ªRS;

4 - Quanto às transferências inter-hospitalares:

4.1 - O médico responsável pelo paciente seja ele plantonista, diarista ou o médico assistente, deve realizar as solicitações de transferências à Central de Regulação;

4.2- Não deve ser removido paciente em risco iminente de vida, sem prévia e obrigatória avaliação e atendimento respiratório, hemodinâmico e outras medidas urgentes específicas para cada caso, estabilizando-o e preparando-o para o transporte;

4.3 - A decisão de transferir um paciente grave é estritamente médica e deve considerar os princípios básicos do transporte, quais sejam: não agravar o estado do paciente, garantir sua estabilidade e garantir transporte com rapidez e segurança;

4.4 - Informar ao médico regulador, de maneira clara e objetiva, as condições do paciente;

4.5 - Diante da necessidade de transferências inter-hospitalares, é imprescindível que os serviços de saúde realizem a devida avaliação clínica, identificando qual transporte é necessário, devendo em situações eletivas ou que não seja necessário o acompanhamento de equipe qualificada, solicitar o transporte sanitário municipal;

4.6 - O estabelecimento solicitante do suporte móvel de urgência - SAMU 192, deverá preencher o documento (Anexo II Solicitação de Transferência Inter-Hospitalar), que será entregue a equipe que realizará o transporte, para compor seu prontuário na unidade receptora, registrando informações relativas ao atendimento prestado na unidade solicitante, como diagnóstico de entrada, exames realizados e as condutas terapêuticas adotadas. Este documento deverá conter o nome e CRM legíveis, além da assinatura do solicitante;

4.7 - A responsabilidade da assistência ao paciente transferido é do médico solicitante, até que o mesmo seja recebido pelo médico da unidade responsável pelo transporte, nos casos de transferência em viaturas de suporte avançado de vida ou até que o mesmo seja recebido pelo médico do serviço receptor, nos casos de transferência em viaturas de



**SAMU
192**



6ª REGIONAL DE SAÚDE DE UNIÃO DA VITÓRIA

suporte básico de vida ou viaturas de transporte simples. O início da responsabilidade do médico da viatura de transporte ou do médico da unidade receptora não cessa a responsabilidade de indicação e avaliação do profissional da unidade solicitante;

4.8 - Todo paciente que necessita de acesso ao Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência deve, obrigatoriamente, ser atendido por um médico, não podendo, sob nenhuma justificativa, ser dispensado ou encaminhado a outra unidade de saúde por outro profissional que não o médico (Resolução CFM 2077/2014 – Art. 3º);

4.9 - É obrigação do médico plantonista dos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência dialogar, pessoalmente ou por telefone, com o médico regulador, sempre que for solicitado ou que solicitar esses profissionais, fornecendo todas as informações com vistas a melhor assistência ao paciente (Resolução 2077/2014 – Art. 10º);

4.10 - O médico assistente deve ter ciência que o transporte de paciente grave é um ato médico e, como tal, é de responsabilidade do mesmo. Em função disto, é importante a comunicação e diálogo entre o médico assistente do estabelecimento solicitante e os profissionais das USA e USB que receberá o paciente, passando-lhe as informações necessárias;

4.11 - É ainda responsabilidade do médico assistente, verificar se as condições do paciente permitem a transferência, assegurando o adequado suporte básico para que a mesma seja processada com o menor risco possível;

4.12 - A transferência do PACIENTE GRAVE deve obrigatoriamente ser acompanhada por médico, uma vez que a responsabilidade deste só cessa quando o paciente passa a ser atendido pelo colega que irá recebê-lo. Será priorizado o transporte através das equipes de Suporte Avançado de Vida do SAMU 192, porém quando na indisponibilidade de ambulância ou equipe completa, e que assim se justificar a necessidade de transporte imediato, o médico solicitante deverá avaliar a necessidade de acompanhar o transporte de paciente grave, tripulando a USB;

4.13- Pacientes oncológicos (egressos): diante de uma situação de urgência com pacientes oncológicos, as equipes dos estabelecimentos de saúde que acionarem o SAMU 192 para atendimento secundário, devem observar se este possui algum vínculo já estabelecido com algum serviço de saúde (carteirinha) onde realizam acompanhamento, e tem garantido porta aberta para atendimento. Informando ao regulador qual o estabelecimento e forma de acesso, para que assim, possa ser definido qual local mais indicado para este atendimento. Diante de outras situações de pacientes egressos (com

6ª REGIONAL DE SAÚDE DE UNIÃO DA VITÓRIA

quadro caracterizado como urgência/emergência), a responsabilidade de contato com o serviço de referência é da origem, devendo o médico assistente entrar em contato com o NIR (Núcleo Interno de Regulação) do hospital para verificar se o paciente teve assistência no serviço de saúde (últimos 30 dias), correlacionando com o quadro recente e verificando a possibilidade de encaminhamento deste paciente. Devendo este, informar ao regulador (CRU) qual o estabelecimento a ser encaminhado o paciente.

4.14 - Unidades Básicas de Saúde: estas também podem acionar o SAMU 192 e inclusive em alguns municípios como Antonio Olinto, Paula Freitas e Porto Vitória, as UBS são pontos de atendimento para situações de urgência a depender da situação e necessidade. As UBS acionam o 192 diante das situações já indicadas no item 2.2.3;

4.15 - As transferências inter-hospitalares através do SAMU192 são destinadas aos pacientes SUS. Mesmo que o paciente esteja internado SUS e seja encaminhado para serviço privado, não deverá ser acionado o SAMU 192 para realizar este transporte;

4.16 - A regulação das transferências hospitalares dentro da 6ª Região de Saúde é baseada na necessidade de atenção a situação de urgência, direcionado de forma hierárquica e seguindo a planilha de grade de referências da 6ªRS, mesmo em situações que inexistam leitos vagos para a internação e/ou UTI. Regulando as portas de urgências e considerando o acesso aos leitos uma segunda etapa que envolve a Central de Regulação de leitos Paraná;

4.17 - A regulação do SAMU 192 não deve ser acionada pelos serviços hospitalares para a realização de transferência eletivas ou para a realização de exames, devendo cada município organizar e articular fluxos próprios;

Anexo II - Solicitação de Transferência Inter-Hospitalar

5- Óbitos:

5.1 - Diante da ocorrência de óbito durante o atendimento prestado pelos profissionais da USA do SAMU 192, o próprio médico deverá emitir a declaração de óbito, devendo procurar o serviço de saúde municipal que disponibiliza o formulário de Declaração de Óbito (DO) para emissão;

5.2 - Em caso de óbito fora do estabelecimento de saúde (domicílio e rua, etc), por causa natural, cada município possui um fluxo que esta descrito na planilha fluxo de óbitos que segue em anexo;



**SAMU
192**

6ª REGIONAL DE SAÚDE DE UNIÃO DA VITÓRIA

5.3 - Óbitos por causa externa, acionar a Polícia Militar, e a DO será emitida no Instituto Médico Legal (IML) de União da Vitória;

Anexo III – Fluxos Municipais de Óbitos;

- 6- **Relatório de inconformidade:** diante de dificuldades relatadas pelos municípios e/ou estabelecimentos de saúde frente ao funcionamento da Rede Móvel de Urgência e Emergência SAMU 192, será utilizado a “**FICHA PARA APURAÇÃO DE INCONFORMIDADE**” a qual segue anexa, como instrumento para oficializar os problemas identificados, seguindo o fluxo estabelecido pelo Ofício Circular 004/2021 DVAGS/6ªRS;

Anexo IV - “Ficha Para Apuração de Inconformidade”

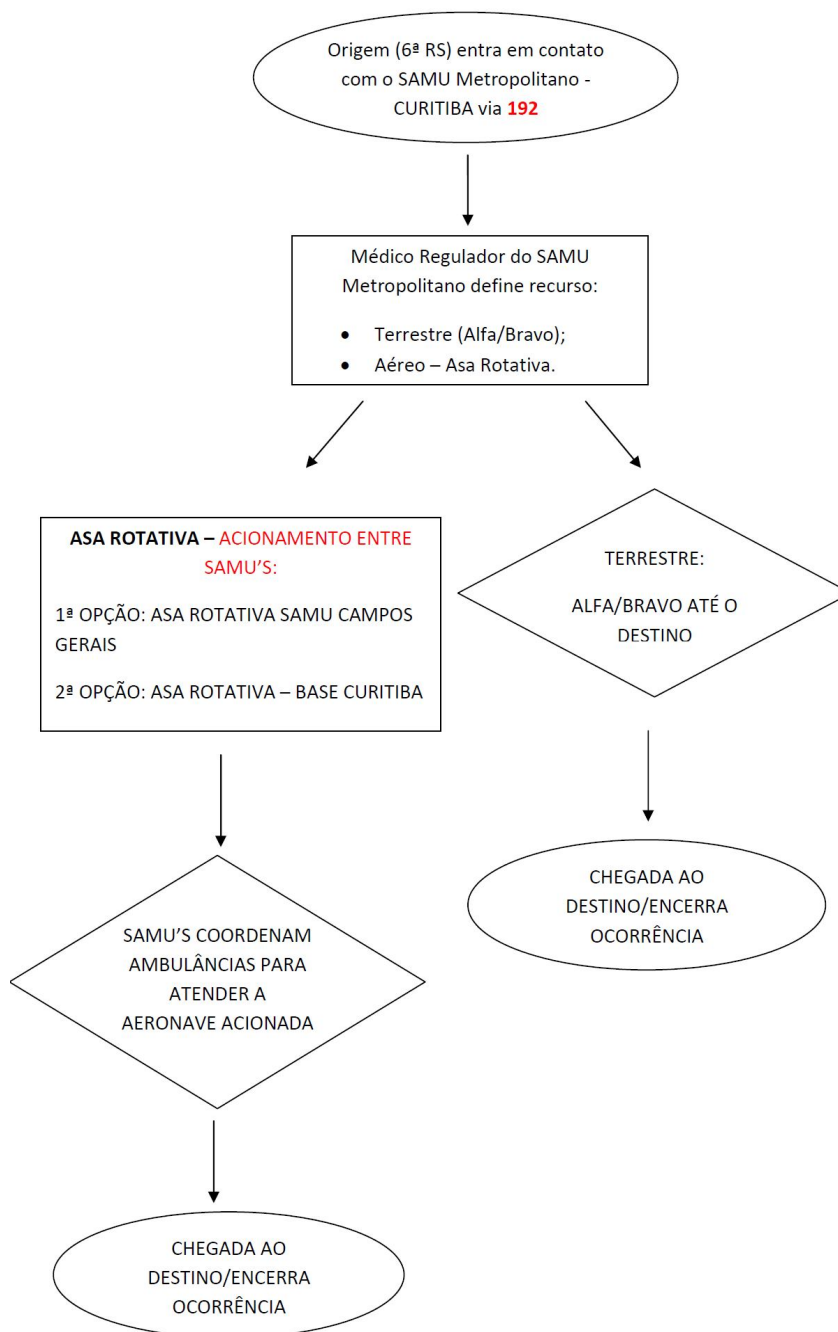


**SAMU
192**

6ª REGIONAL DE SAÚDE DE UNIÃO DA VITÓRIA

Anexo I- Fluxo de Transferências Inter-Hospitalares para a 6ªRS

TRANSFERÊNCIA INTER-HOSPITALAR PARA A 6ª REGIONAL DE SAÚDE





**SAMU
192**

6ª REGIONAL DE SAÚDE DE UNIÃO DA VITÓRIA

Anexo II - Solicitação de Transferência Inter-Hospitalar



6ª REGIONAL DE SAÚDE DE UNIÃO DA VITÓRIA



SOLICITAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA INTER-HOSPITALAR

DADOS CLÍNICOS

Hospital de origem: _____
 Município: _____
 Nome do paciente: _____
 RG: _____ CPF: _____
 Nome do acompanhante: _____
 RG: _____ CPF: _____
 Data Nascimento: ____/____/____ Sexo: M: ___ F: ___ Idade: _____
 _____ anos _____ meses _____ dias

DIAGNÓSTICO: _____
 Estado clínico _____

Dados vitais:
 PA: ____ / ____ mmHg; Pulso: ____ bpm; Respiratório: ____ lrm; Tax: ____ °C; Sat O₂: ____ %; Peso: ____ Kg

Há necessidade do Suporte Avançado de Vida para monitorar as seguintes situações:

Alteração metabólica grave e/ou moderada comprovada. Instabilidade hemodinâmica.
 Transferência neonatal. Ventilação Mecânica / Instabilidade ventilatória.
 Convulsões / alteração do sensorio. Outros

O médico assistente do HOSPITAL DE ORIGEM confirma estas informações a respeito do paciente e reitera a necessidade de ASSISTENCIA MEDICA durante a remoção deste. Compromete-se ainda a aguardar a chegada da equipe médica da USA, ajudando a estabilizar o paciente até a sua admissão segura na ambulância, junto a equipe de SUPORTE AVANÇADO DE VIDA MOVEL, que conduzirá o paciente até ao Hospital de destino: _____ no município de: _____

AUTORIZAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA

Eu, abaixo assinado, declaro estar ciente da necessidade de transferência do paciente identificado acima, do serviço de saúde onde atualmente se encontra em tratamento, para outro hospital, com a finalidade de acesso a maior nível de cuidado terapêutico visando sua recuperação. Para tanto, autorizo o seu transporte por ambulância até o hospital de destino. Declaro ainda estar ciente dos riscos que tal transporte possa vir a acarretar ao paciente, inclusive inerentes ao trânsito que for submetida à ambulância.

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: _____ RG n°: _____

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL _____ CRM _____

Observação:
 Por tratar-se o caso de risco iminente de morte, sendo imperioso e possível o transporte a fim de decisivamente aumentar as possibilidades terapêuticas, autorizo a transferência.

Data ____/____/____ Assinatura e carimbo do médico assistente _____

Hospital de Origem _____ Município _____

Hospital de Destino _____ Município _____



**SAMU
192**

6ª REGIONAL DE SAÚDE DE UNIÃO DA VITÓRIA

Anexo III – Fluxos Municipais de Óbitos

Fluxos Óbitos 6ª Regional de Saúde de União da Vitória

Atualização: 05/01/2021

Antonio Olinto	FLUXO DE ÓBITOS	EM EQUIPAMENTOS DE SAÚDE (UBS, UPA, ETC)	CAUSA EXTERNA	Acionada PM e a DO emitida no IML.
			CAUSA NATURAL	Médico realiza a verificação do óbito e DO.
		FORA DE EQUIPAMENTOS DE SAÚDE (DOMICILIO, RUA, ETC)	CAUSA EXTERNA	Acionada PM e a DO emitida no IML.
			CAUSA NATURAL	Médico da ESF realiza verificação do óbito e DO (8h às 17h). Após as 17h a família leva o corpo com o carro da funerária até o médico plantonista do pronto atendimento municipal.

Bituruna	FLUXO DE ÓBITOS	EM EQUIPAMENTOS DE SAÚDE (UBS, UPA, ETC)	CAUSA EXTERNA	Acionada PM e a DO emitida no IML.
			CAUSA NATURAL	Médico realiza verificação do óbito e DO.
		FORA DE EQUIPAMENTOS DE SAÚDE (DOMICILIO, RUA, ETC)	CAUSA EXTERNA	Acionada PM e a DO emitida no IML.
			CAUSA NATURAL	Funerária leva o corpo até o Hospital São Vicente de Paula, médico faz a verificação do óbito e emissão DO.



SAMU
192

6ª REGIONAL DE SAÚDE DE UNIÃO DA VITÓRIA

Cruz Machado	FLUXO DE ÓBITOS	EM EQUIPAMENTOS DE SAÚDE (UBS, UPA, ETC)	CAUSA EXTERNA	Acionado o IML.
			CAUSA NATURAL	Médico realiza verificação do óbito e DO.
		FORA DE EQUIPAMENTOS DE SAÚDE (DOMICILIO, RUA, ETC)	CAUSA EXTERNA	Acionada PM e a DO emitida no IML.
			CAUSA NATURAL	Médico da ESF realiza verificação do óbito e DO (8h às 17h). Após as 17h os médicos do hospital estão realizando a verificação do óbito na residência devido a pandemia, sendo necessário ligar no hospital para acionar o serviço.

General Carneiro	FLUXO DE ÓBITOS	EM EQUIPAMENTOS DE SAÚDE (UBS, UPA, ETC)	CAUSA EXTERNA	Médico realiza verificação do óbito e DO.
			CAUSA NATURAL	Médico realiza verificação do óbito e DO.
		FORA DE EQUIPAMENTOS DE SAÚDE (DOMICILIO, RUA, ETC)	CAUSA EXTERNA	Acionada PM e a DO emitida no IML.
			CAUSA NATURAL	Médico da ESF realiza verificação do óbito e DO (08h às 17h). Após as 17h, final de semana e feriados o corpo é levado com o carro da funerária até o médico plantonista do pronto atendimento municipal.

Paula Freitas	FLUXO DE ÓBITOS	EM EQUIPAMENTOS DE SAÚDE (UBS, UPA, ETC)	CAUSA EXTERNA	Acionada PM e a DO emitida no IML.
			CAUSA NATURAL	Médico realiza verificação do óbito e DO.
		FORA DE EQUIPAMENTOS DE SAÚDE (DOMICILIO, RUA, ETC)	CAUSA EXTERNA	Acionada PM e a DO emitida no IML.
			CAUSA NATURAL	Médico da ESF realiza verificação do óbito e DO (08h às 17h). Após as 17h a família liga no telefone prefeitura (plantão) 42-5221212 para acionar profissional que vai até domicílio para atestar o óbito.



**SAMU
192**

6ª REGIONAL DE SAÚDE DE UNIÃO DA VITÓRIA

Paulo Frontin	FLUXO DE ÓBITOS	EM EQUIPAMENTOS DE SAÚDE (UBS, UPA, ETC)	CAUSA EXTERNA	Médico realiza verificação do óbito e DO.
			CAUSA NATURAL	Médico realiza verificação do óbito e DO.
		FORA DE EQUIPAMENTOS DE SAÚDE (DOMICILIO, RUA, ETC)	CAUSA EXTERNA	Acionada PM e a DO emitida no IML.
			CAUSA NATURAL	Médico da ESF realiza verificação do óbito e DO (08h às 17h). Após as 17h a família leva o corpo com o carro da funerária até o médico plantonista do Hospital Municipal São João Batista que realizará a verificação do óbito e DO.

Porto Vitória	FLUXO DE ÓBITOS	EM EQUIPAMENTOS DE SAÚDE (UBS, UPA, ETC)	CAUSA EXTERNA	Acionada PM e a DO emitida no IML.
			CAUSA NATURAL	Médico realiza verificação do óbito e DO.
		FORA DE EQUIPAMENTOS DE SAÚDE (DOMICILIO, RUA, ETC)	CAUSA EXTERNA	Acionada PM e a DO emitida no IML.
			CAUSA NATURAL	Médico da ESF realiza verificação do óbito e DO no domicílio (08h às 17h). Após as 17h a família leva o corpo com o carro da funerária até o médico plantonista do pronto atendimento (seg., terc, quint, até 22h), após este horário, e nos dias em que não funciona o PA e final de semana, médico designado vai até domicílio pacientes para verificação e emissão da DO, devendo ligar 42-984263740. Médico da ESF realiza verificação do óbito e DO no domicílio (08h às 17h). Após as 17h a família leva o corpo com o carro da funerária até o médico plantonista do pronto atendimento (seg., terc, quint, até 22h), após este horário, e nos dias em que não funciona o PA e final de semana, médico designado vai até domicílio pacientes para verificação e emissão da DO, devendo ligar 42-984263740.



**SAMU
192**

6ª REGIONAL DE SAÚDE DE UNIÃO DA VITÓRIA

São Mateus do Sul	FLUXO DE ÓBITOS	EM EQUIPAMENTOS DE SAÚDE (UBS, UPA, ETC)	CAUSA EXTERNA	Acionada PM e a DO emitida no IML.
			CAUSA NATURAL	Médico realiza verificação do óbito e DO.
		FORA DE EQUIPAMENTOS DE SAÚDE (DOMICILIO, RUA, ETC)	CAUSA EXTERNA	Acionada PM e a DO emitida no IML.
			CAUSA NATURAL	Médico da ESF realiza verificação do óbito e DO, caso não tenha cobertura de UBS e após as 17h a família leva o corpo com o carro da funerária até o médico plantonista do Pronto Atendimento para verificação e emissão DO.

União da Vitória	FLUXO DE ÓBITOS	EM EQUIPAMENTOS DE SAÚDE (UBS, UPA, ETC)	CAUSA EXTERNA	Acionada PM e a DO emitida no IML.
			CAUSA NATURAL	Médico realiza verificação do óbito e DO.
		FORA DE EQUIPAMENTOS DE SAÚDE (DOMICILIO, RUA, ETC)	CAUSA EXTERNA	Acionada PM e a DO emitida no IML.
			CAUSA NATURAL	Família leva o corpo com o carro da funerária até o médico plantonista da UPA para verificação e emissão DO.



**SAMU
192**

6ª REGIONAL DE SAÚDE DE UNIÃO DA VITÓRIA

Anexo IV – Ficha Para Apuração De Inconformidade

Ofício Circular nº 004/2021 – DVAGS/6ªRS

União da Vitória, 16 de fevereiro de 2021

Prezado (a) Senhor (a):

Em 04/01/2021, iniciou o funcionamento do Serviço Móvel de Urgência e Emergência SAMU 192, sendo este um componente novo em nossa região de saúde, o que requer constante informação, discussão e organização das dificuldades que tem se apresentado durante seu processo de operacionalização. Sendo assim, buscando estabelecer um fluxo para formalizar as dificuldades relatadas pelos municípios e/ou estabelecimentos de saúde, utilizaremos a “**FICHA PARA APURAÇÃO DE INCONFORMIDADE**” a qual segue anexa, como instrumento para oficializar os problemas identificados.

Quem preencherá o instrumento:

- Somente os profissionais dos serviços de saúde, hospitais, pronto atendimentos, UPA, unidades de saúde, corpo de bombeiros, secretarias municipais de saúde, CISVALI e equipes do SAMU.
- As demandas ou dificuldades relatadas por parte da população em geral deverá ser transcrita nesta ficha para apuração de inconformidade.

Fluxo:

- A ficha para apuração de inconformidade deverá ser encaminhada ao coordenador municipal do SAMU, indicado pela Secretaria Municipal de Saúde, para posterior envio à 6ª Regional de Saúde, através do e-mail dvags06rs@sesa.pr.gov.br;
- A ficha para apuração de inconformidade deverá ter a assinatura do responsável pelo preenchimento e ciência do coordenador municipal do SAMU antes do seu respectivo envio;
- Quanto aos hospitais localizados em União da Vitória (APMI e Hospital Regional São Camilo) estes enviarão a ficha diretamente para o e-mail dvags06rs@sesa.pr.gov.br à 6ª Regional de Saúde, não necessitando encaminhar ao coordenador municipal;



**SAMU
192**

6ª REGIONAL DE SAÚDE DE UNIÃO DA VITÓRIA

- A 6ªRS realizará a avaliação do relato, definindo o encaminhamento necessário para dar resolutividade à dificuldade apresentada, podendo redirecionar a demanda apresentada para qualquer ponto de atenção da rede de urgência e emergência;
- As demandas referentes aos municípios serão destinadas aos/as secretário/a de saúde, que encaminharão ao coordenador municipal para as devidas providências;
- Quando a apuração de inconformidade se tratar do Complexo Regulador de Curitiba, a 6ªRS enviará para central de Curitiba, com cópia para a Coordenação Estadual de Urgências;
- Todas as dificuldades apresentadas serão monitoradas pela 6ªRS e expostas nas reuniões mensais do Comitê Gestor e Grupo Técnico para monitoramento e acompanhamento;

Este instrumento passa a ser o meio de comunicação de inconformidades, devendo seguir exclusivamente o fluxo acima, atentando quanto ao preenchimento correto, com informações que possam identificar satisfatoriamente o problema. Reforçamos a importância destes relatos para a qualificação de nossa rede de urgência e emergência.

Solicitamos o apoio dos coordenadores municipais, para divulgação deste documento/instrumento aos demais serviços e profissionais de saúde de seus respectivos municípios.

Desde já agradecemos a colaboração e nos colocamos a disposição para maiores esclarecimentos.

Angela Maria Brzezinski
DVAGS/6ªRS

Paula Fernanda Quaglio Krzyzanowski
Diretora da 6ª Regional de Saúde

Obs. Enviado cópia para todas Secret. Munic. de Saúde



MUNICÍPIO DE PAULA FREITAS

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Referencias Bibliográficas

Protocolos de Curitiba disponível em:

<https://saude.curitiba.pr.gov.br/conteudo/protocolos-de-atendimento-de-emergencia/1554>

POPs do SAMU disponível em:

<https://sites.google.com/view/educacaoprocessosequalidadesmb/diret%C3%B3rio-documental?authuser=0>


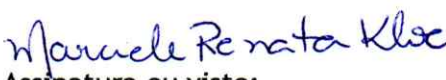
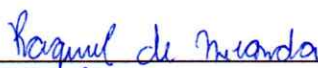


Paula Freitas



Gestão 2025-2028

<p>ELABORADO pelos enfermeiros: Daiane Jacón, Raquel de Miranda e San Raphael Costa</p>	<p>REVISADO pela enfermeira coordenadora: Flavia Tais Waismann</p>	<p>APROVADO pela secretaria municipal de saúde: Maria Rosemeide Kimita</p>
--	---	---

TABELA DE APROVAÇÕES - Protocolo de Urgência e Emergência

Elaborado por: Enfermagem Nome do elaborador: Flávia Tais Waismann Cargo do elaborador: Coordenadora de Enfermagem	Assinatura ou visto: 
Elaborado por: Enfermagem Nome do elaborador: Marciele Renata Kloc Cargo do elaborador: Técnica de Enfermagem	Assinatura ou visto: 
Revisado por: Enfermagem Nome do revisor: Raquel de Miranda Cargo do revisor: Enfermeira	Assinatura ou visto: 
Validado por: Enfermagem Nome do validador: Daiane Jacon Cargo do validador: Enfermeira	Assinatura ou visto: 
Aprovado por: Administração Nome do aprovador: Maria Rosemeide Kimita Cargo do aprovador: Secretária de Saúde	Assinatura ou visto: 



MUNICÍPIO DE PAULA FREITAS

AV. Agostinho de Souza, 646 - Fone: (42) 3562-1212 - Fax: (42) 3562-1188
CNPJ 75.687.954/0001-13 - CEP 84.630-000
PAULA FREITAS - Estado do Paraná
E-mail: administracao@paulafreitas.pr.gov.br
www.paulafreitas.pr.gov.br

RESOLUÇÃO Nº 7/2025, de 26 de novembro de 2025 do Conselho Municipal de Saúde de Paula Freitas, Estado do Paraná.

O Conselho Municipal de Saúde, no uso de suas de suas atribuições legais, criado pela Lei Municipal nº 348/91 de 22 de junho de 1991, reestruturado através da Lei Municipal nº 887/2007 de 15 de março de 2007, alterado pela Lei nº 1.034/2009 de 02 de setembro de 2009 e conferidas pela Lei complementar nº 141/2012 de 13 de janeiro de 2012, pela Lei nº 8.142/90 de 28 de dezembro de 1990,

RESOLVE:

Art. 1º - Aprovar o Protocolo de Urgência e Emergência de Paula Freitas/PR;

Art. 2º - Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Assim, a Secretaria Municipal de Saúde, em cumprimento ao Parágrafo 2º, do Artigo 1º da Lei Federal nº 8.142/90 de 28 de dezembro de 1990, juntamente com a Presidente e Secretária Geral do Conselho, em cumprimento ao Parágrafo único, do Artigo 10º do Regimento Interno do Conselho, *Assinam* a presente Resolução do Conselho e a encaminha para que no prazo, instituído na legislação vigente, esta seja devidamente *Homologada e Publicada*.

Paula Freitas-PR, 26 de novembro de 2025.

Cláudia Simone dos Reis Scaratti
Presidente do Conselho Municipal de Saúde

Carina Balsanello
1ª Secretária Geral do Conselho Municipal de Saúde

Maria Rosemeide Kimita
Secretária Municipal de Saúde

O Prefeito Municipal, dando cumprimento ao que determina o Parágrafo 2º, do Artigo 1º da Lei Federal nº 8.142/90 de 28 de dezembro de 1990, **HOMOLOGA A PRESENTE RESOLUÇÃO.**

Sebastião Algacir Dalpra
Prefeito Municipal