SAMU 192

MANUAL DE PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO

CURITIBA

Prefeitura de CURITIBA

CURITIBA

Prefeitura Municipal de Curitiba
Eduardo Pimentel

Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba
Tatiane Filipak

Superintendência Executiva
Flávia Vernizi Adachi

Superintendência de Gestão
Jane Sescatto

Departamento de Urgência e Emergência
Katiuscia Vanessa Schiontek
Keity Daniela Oliveira Arias

Elaboração:
Fabíola Carolina Soares
Guilherme Roberto Zammar
Melina Souza da Silva
Silvia Cristina Mattos

Colaboração das equipes:

Núcleo de Educação em Urgência (NEU)
Departamento de Urgência e Emergência (DUE)
Coordenação de Logística
Complexo Regulador de Urgência (CRU)

Colaboradores 2026
Adroely Jesebel Leão
Amanda Duarte Mendes
Amaury Freitas Miranda
Ana Karoline Nitz
Ana Paula Guimarães
Anderson Tiago Silva
Fabíola Carolina Soares
Gisele Miranda
Guilherme Roberto Zammar
Katiuscia Vanessa Schiontek
Karen Fabrícia Fonseca Freitas
Keity Daniela Oliveira Arias
Lucimar Alves da Luz
Marcos Teixeira Junior
Melina Souza da Silva
Melissa de Fátima Pereira
Morgana Florentina Dynarowski
Silvia Cristina Mattos
Simone Nogueira Silveira
Victor Echeverria Pires
Vinicios Munhoz

CURITIBA – 2026

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO 5
CAPÍTULO 1: FLUXOS OPERACIONAIS 6
01. PASSAGEM DE PLANTÃO E CONFERÊNCIA DE EQUIPAMENTOS E MATERIAIS 7
02. ACIONAMENTO DAS AMBULÂNCIAS 9
03. ABORDAGEM INICIAL 11
04. RECUSA DE ATENDIMENTO E/OU TRANSPORTE 15
05. SISTEMATIZAÇÃO DA PASSAGEM DE CASO PARA A REGULAÇÃO 17
06. ASSISTÊNCIA AO PACIENTE DURANTE O TRANSPORTE 19
07. DESEMBARQUE DE PACIENTE NA AMBULÂNCIA 21
08. ADMISSÃO DE PACIENTE VIA AMBULÂNCIA DO SAMU 23
09. ENTREGA DE PERTENCES 25
10. TRANSPORTE SECUNDÁRIO 28
11. EMPRÉSTIMO DE EQUIPAMENTOS 31
12. LIMPEZA E DESINFECÇÃO DAS AMBULÂNCIAS 33
13. CURATIVO VALVULADO PARA PNEUMOTÓRAX (RUSSELL CHEST SEAL) 37
14. TRANSPORTE SEGURO DE BEBÊS E CRIANÇAS EM CADEIRA DE SEGURANÇA. 41
15. UTILIZAÇÃO E RESGATE DO TORNIQUETE 43
16. RESTRIÇÃO DE MOVIMENTO DA COLUNA 46
17. ASSISTÊNCIA AO PACIENTE COM OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS POR CORPO ESTRANHO. 50
18. SOLICITAÇÃO DE APOIO DO SUPORTE AVANÇADO DE VIDA PELO TÉCNICO DE ENFERMAGEM DOSAMU 55
19. TRANSPORTE DE PACIENTES EM VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA E NÃO INVASIVA. 58
20. DECLARAÇÃO DE ÓBITO NAS AMBULÂNCIAS DE SUPORTE AVANÇADO DE VIDA DO SAMU 63
21. PREVENÇÃO DE QUEDAS DE PACIENTE NO SAMU 71
22. TROCA SEMANAL E VERIFICAÇÃO DE VALIDADE DOS MATERIAIS 73
23. FIBRINÓLISE NO IAMCSST NAS AMBULÂNCIAS DE SUPORTE AVANÇADO DO SAMU 75
24. INSERÇÃO DE MÁSCARA LARÍNGEA. 83
25. MANEJO DE HIPOGLICEMIA. 86
26. PUNÇÃO INTRAÓSSEA. 90
27. CONTENÇÃO MECÂNICA 93
28. CUIDADOS COM DESFIBRILADOR EXTERNO AUTOMÁTICO (DEA) E AUTOTESTE 96
29. USO DE CANALETAS POR AMBULÂNCIAS DO SAMU 99
30. DISTRIBUIÇÃO E ADMINISTRAÇÃO DE HIDROXICOBALAMINA. 103
31. UTILIZAÇÃO E CONFERÊNCIA DA AMBULÂNCIA NEONATAL 106

SEGURANÇA DO PACIENTE.....122
32. META 1 — IDENTIFICAR CORRETAMENTE O PACIENTE.....122
33. META 2 — MELHORAR A COMUNICAÇÃO ENTRE PROFISSIONAIS.....124
34. META 3 — MELHORAR A SEGURANÇA DOS MEDICAMENTOS.....125
35. META 4 — ASSEGURAR PACIENTE, PROCEDIMENTO E LOCAL CORRETOS.....127
36. META 5 — REDUZIR O RISCO DE INFECÇÕES POR MEIO DA HIGIENE DAS MÃOS.....128
37. META 6 — REDUZIR O RISCO DE QUEDAS E LESÕES POR PRESSÃO.....130

APRESENTAÇÃO

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) constitui um dos principais eixos da Política Nacional de Atenção às Urgências no Brasil, estruturado a partir de diretrizes estabelecidas pela Portaria n° 2.048/2002 do Ministério da Saúde. Essa regulamentação consolidou fundamentos técnicos, assistenciais e organizacionais para o atendimento pré-hospitalar móvel, estabelecendo critérios para a regulação médica das urgências, definição de fluxos assistenciais, classificação de risco e integração com os demais pontos da rede de saúde.

A Portaria n° 2.048/2002 representou um avanço significativo na organização do atendimento às urgências e emergências em âmbito nacional, ao padronizar a estrutura das Centrais de Regulação Médica, das unidades de Suporte Básico de Vida e Avançado de Vida e ao reforçar a importância da atuação multiprofissional qualificada, integrada ao Sistema Único de Saúde (SUS). Seu propósito fundamental é assegurar atendimento oportuno, resolutivo e humanizado, contribuindo para a redução da morbimortalidade e para a garantia do acesso equânime em situações de risco iminente à vida.

No município de Curitiba, a implantação e consolidação do SAMU ocorreram em consonância com as diretrizes nacionais, integrando-se de forma estratégica à Rede de Atenção às Urgências. A expansão do serviço acompanhou o crescimento populacional, as transformações do perfil epidemiológico e a necessidade da articulação eficiente com hospitais de referência, Unidades de Pronto Atendimento (UPAS) e demais componentes da rede assistencial.

Ao longo dos anos, o SAMU fortaleceu seus processos operacionais, aprimorou os mecanismos de regulação médica e investiu de maneira contínua na capacitação técnica de suas equipes. Esses avanços contribuíram para maior eficiência no atendimento às ocorrências clínicas, traumáticas, obstétricas, pediátricas e psiquiátricas, consolidando o serviço como referência em atendimento pré-hospitalar móvel, pautado na qualidade técnica, na humanização do cuidado e na integração intersetorial.

O Manual de Procedimentos Operacional Padrão (POP) apresenta-se como instrumento fundamental de orientação para os profissionais, reunindo informações técnicas que subsidiam e organizam as rotinas de trabalho. Sua finalidade é garantir que as atividades sejam executadas de forma sistematizada, segura e com elevado padrão de qualidade, promovendo maior confiabilidade dos processos assistenciais.

A Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba reafirma, por meio deste documento, o compromisso com a padronização das ações e com a busca permanente por resultados alinhados às boas práticas em saúde. A uniformização de procedimentos fortalece a rastreabilidade das etapas do processo de trabalho, assegura maior transparência, viabiliza auditorias internas e externas e contribui para a melhoria contínua dos serviços prestados à população.

Este manual tem como objetivo orientar os profissionais quanto aos princípios, normas, fluxos e rotinas que fundamentam a atuação do SAMU, promovendo a padronização dos procedimentos, a segurança assistencial e a excelência no atendimento prestado à comunidade. Sua reprodução, total ou parcial, é permitida desde que indicada a fonte e sem fins comerciais.

Curitiba – Fevereiro – 2026

CAPÍTULO 1: FLUXOS OPERACIONAIS

1. OBJETIVO

Realizar diariamente o controle do quantitativo e qualitativo dos materiais e funcionamento dos equipamentos na Unidade Móvel de Atendimento a cada início de plantão ou sempre que necessário.

2. APLICABILIDADE

Este documento se aplica a todas as Unidades Móveis do SAMU.

3. RESPONSÁVEIS

Médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e condutor socorrista

4. DEFINIÇÕES / SIGLAS

SAMU: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
VTR: Viatura
USA: Unidade de Suporte Avançado
USB: Unidade de Suporte Básico
DEA: Desfibrilador Externo Automático

5. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

Checklist via QRCode afixado nas VTRs, livro de ocorrências, viaturas do SAMU utilizadas para atendimento ao público.

6. DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

6.1 Técnica

a) Lavar as mãos;
b) Receber o plantão do profissional do turno anterior na ambulância, uniformizado, e no horário, conforme escala;
c) Adentrar a VTR observando as condições gerais de organização e limpeza;
d) Fazer a leitura do QRCode com celular e abrir o checklist;
e) Fazer a identificação do dia, turno, viatura e equipe no Google Forms;
f) Realizar checklist, na primeira hora do plantão, quando não houver ocorrências, conferindo todos os materiais e equipamentos existentes na Unidade Móvel, conforme pontuados no checklist. Caso haja ocorrência no início do plantão, o checklist deverá ser realizado assim que possível;
g) Verificar a funcionalidade dos equipamentos presentes na USA (desfibrilador/cardioversor, ventilador mecânico, oxímetro, aspirador portátil, bomba de infusão, detector fetal, laringoscópio, esfigmomanômetro, estetoscópio, termômetro, bolsa válvula máscara, glicosímetro) e USB (DEA, aspirador portátil, oxímetro, esfigmomanômetro, estetoscópio, bolsa válvula máscara, glicosímetro)

h) Realizar a reposição de materiais faltantes, quando necessário;
i) Solicitar conserto, manutenção e a substituição de eventuais equipamentos que apresentem defeito, descalibramento ou dano que impeça o seu uso;
j) Descrever em livro de ocorrência, quando houver problemas com a VTR, substituição de equipamentos, troca de viatura e/ou materiais que ficarem para a reposição no próximo turno;

6.2 Recomendações profissionais

Este protocolo é de responsabilidade de todos que trabalham nas viaturas e deve ser realizado sempre no início de cada plantão e troca de turno, EXCETO se surgirem ocorrências em código 1.

7. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

- Ausência da realização do checklist.
- Materiais e equipamentos incompletos e/ou com defeito.

8. REFERÊNCIAS

PERES, S. et al. Importância da organização e conferência dos materiais e equipamentos em ambulâncias no atendimento pré-hospitalar. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2018

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Prehospital emergency care: standards and resources.* Geneva: WHO, 2025. Disponível em: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/integrated-health-services-(ihs)/csy/operational-standards-and-resources.

HISTÓRICO DE REVISÃO E APROVAÇÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1	2026	Elaboração do documento

RESPONSABILIDADE	SETOR
Elaboração	Coordenação de Unidades Móveis de Atenção à Urgência e Emergência
Revisão/Análise	Coordenação de Unidades Móveis de Atenção à Urgência e Emergência, Coordenação Médica de Unidades Móveis de Atenção à Urgência e Emergência, Coordenação de Enfermagem do SAMU
Validação	Núcleo da Qualidade do Cuidado em Saúde
Aprovação	Diretoria Técnica e Administrativa do Departamento de Urgência e Emergência

1. OBJETIVO

Padronizar as ações de cada profissional durante o acionamento da equipe para as ocorrências das ambulâncias do SAMU.

2. APLICABILIDADE

Este documento se aplica para todos os profissionais do SAMU.

3. RESPONSÁVEIS

Médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e condutor socorrista.

4. DEFINIÇÕES / SIGLAS

POP: Procedimento Operacional Padrão
RAM: Registro de Atendimento Médico
RAE: Registro de Atendimento de Enfermagem

5. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

Telefones operacionais do serviço, rádio da ambulância, RAM/RAE e caneta.

6. DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

a) O profissional recebe a ligação da sala de rádio no Complexo Regulador de Urgência (CRU) pelo telefone, comunicando à equipe a ocorrência. Após a equipe adentrar a ambulância, é dado QAP e realizado o deslocamento, com comunicação via rádio.
b) Devem ser anotados os dados da ocorrência em ficha de atendimento (RAM/RAE).
c) O profissional deverá ligar para o regulador da ocorrência a fim de verificar a natureza do chamado. Em caso de ocorrência em código 1 a equipe deverá deslocar-se em no máximo 2 minutos. Em código 2 a saída da base deve ocorrer em no máximo 5 minu.
d) Durante o deslocamento, se houver necessidade de contato com a Central de Regulação ou com o rádio, e vice-versa, este deverá ser realizado pelo profissional de saúde, observando as leis de trânsito e priorizando a segurança da equipe.
e) Os códigos de situação do recurso devem ser informados pelo socorrista no momento em que ocorrerem, em tempo real, como por exemplo: QRF, entre outros.
f) Os códigos de deslocamento devem ser seguidos conforme orientação da Regulação e repassados via rádio.

***Quando houver necessidade de alteração do código de deslocamento, o profissional de saúde deverá comunicar a situação do paciente ao médico regulador por meio de telefone celular, oficializando a mudança.

7. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

- Falha na comunicação entre a equipe e a sala de rádio;
- Falha nos registros na RAM/RAE;

8. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.048, de 5 de novembro de 2002. Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.864, de 29 de setembro de 2003. Institui o componente móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União: Brasília, DF, 2011.

HISTÓRICO DE REVISÃO E APROVAÇÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1	2026	Elaboração do documento

RESPONSABILIDADE	SETOR
Elaboração	Coordenação de Unidades Móveis de Atenção à Urgência e Emergência
Revisão/Análise	Coordenação de Unidades Móveis de Atenção à Urgência e Emergência, Coordenação Médica de Unidades Móveis de Atenção à Urgência e Emergência, Coordenação de Enfermagem do SAMU
Validação	Núcleo da Qualidade do Cuidado em Saúde
Aprovação	Diretoria Técnica e Administrativa do Departamento de Urgência e Emergência

1. OBJETIVO

Padronizar ações dos profissionais durante o atendimento das ocorrências do SAMU.

2. APLICABILIDADE

Este documento se aplica para todas as equipes do SAMU.

3. RESPONSÁVEIS

Médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e condutor socorrista.

4. DEFINIÇÕES / SIGLAS

POP: Procedimento Operacional Padrão
RAM: Registro de Atendimento Médico
RAE: Registro de Atendimento de Enfermagem
QAP: Estou na escuta

5. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

Maleta de sinais vitais, ficha de atendimento RAM/RAE, maleta de trauma e/ou clínico, caneta e equipamentos, se necessário.

6. DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

a) Ao chegar no local da ocorrência, informar o rádio;
b) Verificar, ainda dentro ou próximo à viatura, se a cena se encontra segura antes de se aproximar;
c) Descer da viatura com os materiais necessários para o atendimento, confirmada a segurança da cena;
d) Identificar-se para a vítima e a família (quando houver);
e) Chamar o paciente pelo nome (nunca utilizar apelidos). Formar a impressão geral do paciente (aparência, respiração, circulação cutânea) e determinar a natureza da ocorrência: clínica ou traumática. A avaliação primária deverá seguir a sistemática adequada ao tipo de ocorrência, conforme descrito a seguir;

OCORRÊNCIAS CLÍNICAS — Avaliação Primária (AMLS / ABCDE clínico)

1) **Impressão geral e queixa principal:** Observar aparência (estado geral, postura, fácies de dor ou sofrimento, coloração da pele, diaforese), nível de consciência (alerta, responde à voz, responde à dor, não responde — AVDN) e padrão respiratório visível. Identificar a queixa principal do paciente com suas próprias palavras;
2) **A — Vias aéreas:** Avaliar permeabilidade (fala, estridor, secreções, roncos, presença de corpo estranho, edema de via aérea). Posicionar adequadamente o paciente; aspirar se necessário; instalar cânula orofaríngea se rebaixamento de consciência sem reflexo

de vômito;
3) **B — Respiração:** Frequência respiratória, padrão e profundidade, simetria torácica,

uso de musculatura acessória, tiragem, batimento de asa nasal, ausculta pulmonar (sibilos, crepitações, murmúrio vesicular abolido/diminuído), SPO2. Reconhecer sinais de insuficiência respiratória aguda, broncoespasmo, edema agudo de pulmão, pneumotórax (ver POP 013);
4) **C — Circulação:** Pulso (frequência, ritmo, amplitude), perfusão periférica (tempo de enchimento capilar, coloração e temperatura da pele), pressão arterial. Identificar sinais de choque (taquicardia, palidez, extremidades frias, hipotensão, alteração de consciência). Investigar sinais de dor torácica sugestiva de síndrome coronariana aguda (dor precordial, irradiação, dispneia associada, diaforese). Obter acesso venoso periférico quando indicado;
5) **D — Avaliação neurológica:** Escala de Coma de Glasgow (ECG), pupilas (tamanho, simetria, fotorreatividade), glicemia capilar (ver POP 025 para hipoglicemia ≤ 70 mg/dL), lateralização motora. Reconhecer sinais de AVC (assimetria facial, déficit motor unilateral, alteração de fala — Escala de Cincinnati), convulsões e alterações comportamentais;
6) **E — Exposição:** Expor o paciente conforme necessário para exame (ex.: região abdominal em dor abdominal, membros inferiores em edema, dorso em dor torácica). Verificar temperatura, identificar rashes, petéquias, edemas, sinais de trombose venosa profunda. Prevenir hipotermia;

OCORRÊNCIAS TRAUMÁTICAS — Avaliação Primária (XABCDE / PHTLS)

Em ocorrências com mecanismo de trauma, utilizar a sequência XABCDE (PHTLS 10ª ed.):
•**X — Hemorragia exsanguinante:** Controlar imediatamente hemorragias externas com compressão direta, curativo compressivo ou torniquete (ver POP 015). É a principal causa de morte evitável em trauma e deve ser abordada antes de qualquer outra etapa;
•**A — Vias aéreas com proteção da coluna cervical:** Estabilizar coluna cervical manualmente, avaliar permeabilidade, manobras básicas (elevação do mento, tração da mandíbula), aspirar se necessário (ver POP 016);
•**B — Respiração:** FR, padrão, simetria, ausculta, SpO2. Identificar pneumotórax (ver POP 013), tórax instável, hemotórax;
•**C — Circulação:** Pulso, perfusão, PA, sinais de choque hemorrágico, controle de hemorragias residuais, acesso venoso;
•**D — Avaliação neurológica:** Glasgow, pupilas, glicemia capilar, lateralização motora;
•**E — Exposição com controle de hipotermia:** Exame completo (dorso, axílas, períneo), prevenção de hipotermia com cobertores e manta térmica;

f) Aferir e registrar sinais vitais completos: pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória, SpO2, temperatura, Escala de Coma de Glasgow e glicemia capilar;
g) Caso a SpO2 esteja abaixo de 94%, instalar oxigenoterapia: cateter nasal (1–6 L/min) se SpO2 90–94%; máscara não reinalante com reservatório (10–15 L/min) se SpO2

inferior a 90%. Alvo: 94–98% (88–92% se DPOC conhecida);

h) Em caso de hipoglicemia (glicemia ≤ 70 mg/dL), seguir o POP 025 (Manejo de Hipoglicemia). Para pacientes de Suporte Básico, comunicar o médico regulador conforme protocolo;
i) Registrar todos os sinais vitais na ficha de atendimento, antes e após qualquer
j) intervenção;
k) Proceder à avaliação secundária: para pacientes clínicos, caracterizar a queixa com OPQRST (Onset/início, Provocação/palíation, Qualidade, Radiação, Severidade, Tempo) e história com SAMPLER (Sinais e sintomas, Alergias, Medicamentos, Passado médico, Líquidos/última refeição, Eventos relacionados). Para pacientes traumáticos, exame físico detalhado da cabeça aos pés com SAMPLA;
l) Coletar dados complementares: comorbidades, medicações em uso, convênio médico, acompanhamento em instituição de saúde, data do último internamento;
m) Entrar em contato com o regulador da ocorrência para passar o caso, receber orientações e aguardar regulação da vaga (ver POP de Sistematização de passagem de caso para a regulação);
n) Embarcar o paciente no interior da viatura, atentando para a sua segurança;
o) Seguir para a unidade hospitalar ou UPA indicada pelo regulador;

7. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

- Falha na comunicação entre a equipe e a sala de rádio e/ou médico regulador;
- Falha nos registros na RAM/RAE;
- Dificuldade de reconhecimento de sinais e sintomas de alerta;

8. REFERÊNCIAS

PEREIRA, J. C.; et al. *Enfermagem em urgência e emergência: teoria e prática*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2023.

NATIONAL ASSOCIATION OF EMERGENCY MEDICAL TECHNICIANS (NAEMT). *PHTLS: Prehospital Trauma Life Support*. 10. ed. Burlington: Jones & Bartlett Learning, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual de atendimento de urgência e emergência*. Brasília: Ministério da Saúde, 2023.

HISTÓRICO DE REVISÃO E APROVAÇÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1	2026	Elaboração do documento

RESPONSABILIDADE	SETOR
Elaboração	Coordenação de Unidades Móveis de Atenção à Urgência e Emergência
Revisão/Análise	Coordenação de Unidades Móveis de Atenção à Urgência e Emergência, Coordenação Médica de Unidades Móveis de Atenção à Urgência e Emergência, Coordenação de Enfermagem do SAMU
Validação	Núcleo da Qualidade do Cuidado em Saúde
Aprovação	Diretoria Técnica e Administrativa do Departamento de Urgência e Emergência

1. OBJETIVO

Normatizar ações das equipes do SAMU para situações de recusa de atendimento e/ou transporte.

2. APLICABILIDADE

Este documento se aplica para todas as equipes do SAMU.

3. RESPONSÁVEIS

Médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem.

4. DEFINIÇÕES / SIGLAS

POP: Procedimento Operacional Padrão
RAM: Registro de Atendimento Médico
RAE: Registro de Atendimento de Enfermagem

5. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

RAM/RAE, caneta, documento de identificação do paciente e/ou responsável legal (preferencialmente com foto);

6. DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

a) Esclarecer sobre a importância do atendimento e/ou encaminhamento para o serviço de saúde (UPA/hospital);
b) Identificar e anotar situações que indiquem que o paciente se encontra com a capacidade de decisão prejudicada, tais como: alteração do nível de consciência, intoxicação etílica ou por drogas, alterações de comportamento;
c) Realizar quando possível a avaliação primária e secundária e sinais vitais para obtenção dos dados que permitam avaliar o risco do paciente;
d) Na persistência da recusa, informar o médico regulador sobre a situação e as condições do paciente e solicitar orientação da conduta a ser tomada;
e) Relatar detalhadamente a ocorrência na ficha de atendimento, incluindo as orientações dadas. Registrar “recusa de atendimento” ou “recusa de transporte” e solicitar ao paciente e a uma testemunha que assinem a ficha de atendimento, incluindo número de documento de identidade;
f) É expressamente proibido que a equipe de suporte básico tome a decisão de liberar paciente no local do atendimento. Todas as situações de recusa devem ser repassadas ao médico regulador. Em situações onde o paciente não tenha condições de assinar o documento de recusa, poderá ser realizado por representante e o motivo deve ser escrito de forma detalhada na ficha de atendimento;

7. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

- Falha na avaliação da capacidade de decisão prejudicada;
- Falha nos registros de recusa de atendimento e/ou transporte na RAM/RAE;
- Liberação do paciente no local pela equipe de suporte básico de vida, sem ciência do médico regulador;

8. REFERÊNCIAS

FARHAT, H.; EL AIFA, K.; ALINIER, G.; NASHWAN, A. J.; GANGARAM, P.; KHADHRAOUI, M.; AL SHAIKH, L.; GARGOURI, I.; LAUGHTON, J. *Understanding patient non-transport decision theories in the pre-hospital setting: a narrative review*. **International Journal of Emergency Medicine**, v. 16, n. 1, p. 1-15, 2023. DOI:10.1186/s12245-023-00528-7.

LINNARD-PALMER, Luanne; CHRISTIANSEN, Ellen. *Against Medical Advice: Addressing Treatment Refusal*. New York: Sigma Theta Tau International, 2021. ISBN 978-1646480500.

ROLA, Kitt (Org.). *Emergência pré-hospitalar: cenários e desafios*. Fortaleza: IMAC, 2022. ISBN 978-65-993219-9-4.

HISTÓRICO DE REVISÃO E APROVAÇÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1	2026	Elaboração do documento

RESPONSABILIDADE	SETOR
Elaboração	Coordenação de Unidades Móveis de Atenção à Urgência e Emergência
Revisão/Análise	Coordenação de Unidades Móveis de Atenção à Urgência e Emergência, Coordenação Médica de Unidades Móveis de Atenção à Urgência e Emergência, Coordenação de Enfermagem do SAMU
Validação	Núcleo da Qualidade do Cuidado em Saúde
Aprovação	Diretoria Técnica e Administrativa do Departamento de Urgência e Emergência

1. OBJETIVO

Padronizar os dados a serem passados para o regulador, facilitando e agilizando a regulação de vaga para o paciente.

2. APLICABILIDADE

Este documento se aplica para todas as equipes do SAMU.

3. RESPONSÁVEIS

Médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem.

4. DEFINIÇÕES / SIGLAS

POP: Procedimento Operacional Padrão
RAM: Registro de Atendimento Médico
RAE: Registro de Atendimento de Enfermagem

5. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

RAM/RAE, caneta, documento de identificação do paciente e carteirinha do convênio (quando houver);

6. DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

a) Após a avaliação do paciente utilizando o POP Abordagem Inicial, ligar para o médico regulador da ocorrência;
b) Caso o regulador da ocorrência não atenda, ligar no número 3360-1501;
c) Em conversa com o regulador, repassar os dados em ordem;
d) Identificar-se com o prefixo da viatura e o número da ocorrência;
e) Identificar o paciente pelo nome e idade, ou em caso de paciente não identificado com documentos, utilizar a palavra “suposto” e/ou identificá-lo pelo gênero e idade aproximada;
f) Descrever a queixa principal, sintomas, anamnese com doenças preexistentes, medicações em uso;
g) Descrever os dados vitais encontrados (pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória, temperatura, saturação, Glasgow, glicemia, e escala de trauma (quando for o caso);
h) Descrever se foi realizada alguma intervenção (como administração de oxigênio, por exemplo) e os dados vitais após o procedimento;
i) Indicar se o paciente possui algum plano de saúde, já comunicando o número da carteirinha, se faz acompanhamento em alguma instituição e a data do último internamento;
j) Aguardar as instruções do médico regulador;
k) Caso o regulador necessite regular vaga para Hospital, aguardar a ligação do mesmo

com as instruções, embarcando o paciente na viatura;
l) Em casos de PCR (parada cardiorrespiratória): Estando o profissional na Unidade de Suporte Básico (Bravo), iniciar RCP imediatamente e, simultaneamente, solicitar apoio do Suporte Avançado com a maior brevidade possível (através do rádio ou ligação);
*** Exemplo:
Bom dia, Bravo 13, ocorrência 880.
Paciente: Roberto de Azevedo, 72 anos, falta de ar há 3 dias, com piora hoje, hipertenso e diabético, faz uso de losartana, carvedilol, insulina NPH e Regular.
PA: 130X90mmHg, FC: 98, FR:16, t:37°C, Spo2: 88% em ar ambiente, dextro:134mg/dl.
Instalado cateter de oxigênio a 3 litros por minutos, após Spo2: 94%.
Não tem plano de saúde, faz acompanhamento na Unidade Básica.
Qual o destino, por gentileza?

7. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

- Falha na comunicação entre a equipe e o médico regulador;
- Déficit de informações sobre quadro de saúde do paciente;

8. REFERÊNCIAS

SANJUAN-QUILES, Ángela; HERNÁNDEZ-RAMÓN, María del Pilar; JULIÁ-SANCHIS, Rocío; GARCÍA-ARACIL, Noelia; CASTEJÓN-DE LA ENCINA, Mª Elena; PERPIÑÁ-GALVAÑ, Juana. Handover of patients from prehospital emergency services to emergency departments: a qualitative analysis based on experiences of nurses. *Journal of Nursing Care Quality*, v. 34, n. 2, p. 169-174, 2019.

TROYER, Lindsay; BRADY, William. Barriers to effective EMS to emergency department information transfer at patient handover: a systematic review. *The American Journal of Emergency Medicine*, v. 38, n. 7, p. 1494-1503, 2020.

HISTÓRICO DE REVISÃO E APROVAÇÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1	2026	Elaboração do documento

RESPONSABILIDADE	SETOR
Elaboração	Coordenação de Unidades Móveis de Atenção à Urgência e Emergência
Revisão/Análise	Coordenação de Unidades Móveis de Atenção à Urgência e Emergência, Coordenação Médica de Unidades Móveis de Atenção à Urgência e Emergência, Coordenação de Enfermagem do SAMU
Validação	Núcleo da Qualidade do Cuidado em Saúde
Aprovação	Diretoria Técnica e Administrativa do Departamento de Urgência e Emergência

1. OBJETIVO

Normatizar a assistência de enfermagem junto ao paciente assistido pela equipe do SAMU durante o transporte.

2. APLICABILIDADE

Este documento se aplica a todas as equipes do SAMU.

3. RESPONSÁVEIS

Enfermeiros, técnicos de enfermagem.

4. DEFINIÇÕES / SIGLAS

POP: Procedimento Operacional Padrão

5. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

Materiais, gases e equipamentos da ambulância necessários para acompanhamento de parâmetros;

6. DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

a) Durante o transporte o profissional de enfermagem deve permanecer próximo ao paciente para manter a atenção e zelar pela segurança do mesmo, e jamais sentar-se no banco da frente da cabine;
b) O profissional de enfermagem deve sentar-se no banco de trás da ambulância, permanecer com cinto de segurança durante todo o percurso, mantendo vigilância constante junto ao paciente;
c) Certificar-se de que todos os equipamentos necessários na ambulância estão fixados e/ou alocados em local seguro, sem risco de queda ou de causar lesão no paciente e na equipe;
d)Assegurar a integridade física do paciente;
e) Monitorar o nível de consciência e as funções vitais de acordo com o estado geral do paciente;
f) Atuar na prevenção de possíveis instabilidades e complicações no estado geral do paciente;
g) Prestar assistência de enfermagem durante todo transporte/remoção do paciente;
h) Reportar ao médico regulador toda e qualquer intercorrência ou complicação ocorrida durante o transporte e registrar na ficha de atendimento;
i) Nunca deixar o paciente sozinho na ambulância, em qualquer momento do atendimento;

7. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

- Falha na avaliação do paciente;
- Fixação de materiais e equipamentos inadequada;
- Posicionamento inadequado do profissional na cabine da viatura;

8. REFERÊNCIAS

MISTOVICH, Joseph J.; KARREN, Keith J.; HAFEN, Brent E. *Prehospital Emergency Care*. 12. ed. São Paulo: Pearson, 2023.

UNIVERSIDADE CHRISTUS – EDITORA IMAC. *Emergência pré-hospitalar: cenários e desafios*. Fortaleza: IMAC, 2025.

HISTÓRICO DE REVISÃO E APROVAÇÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1	2026	Elaboração do documento

RESPONSABILIDADE	SETOR
Elaboração	Coordenação de Unidades Móveis de Atenção à Urgência e Emergência
Revisão/Análise	Coordenação de Unidades Móveis de Atenção à Urgência e Emergência, Coordenação Médica de Unidades Móveis de Atenção à Urgência e Emergência, Coordenação de Enfermagem do SAMU
Validação	Núcleo da Qualidade do Cuidado em Saúde
Aprovação	Diretoria Técnica e Administrativa do Departamento de Urgência e Emergência

1. OBJETIVO

Realizar o desembarque de pacientes da ambulância de forma segura.

2. APLICABILIDADE

Este documento se aplica a todas as equipes do SAMU.

3. RESPONSÁVEIS

Médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e condutor socorrista.

4. DEFINIÇÕES / SIGLAS

POP: Procedimento Operacional Padrão

5. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

Maca, cadeira de rodas;

6. DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

- O desembarque do paciente deve ser realizado utilizando a maca nos casos em que há indicação;
- Nos casos em que o paciente pode deambular, o desembarque deverá ser realizado utilizando a cadeira de rodas. Nunca encaminhar o paciente até as unidades de atendimento deambulando;
- Aproximar a cadeira de rodas da porta da ambulância;
- Travar as rodas e erguer os descansos do pé da cadeira;
- Auxiliar o paciente a descer e sentar-se confortavelmente na cadeira;
- Abaixe o descanso da cadeira e apoie os pés do paciente nele;
- Conduza o paciente ao local de atendimento;
- Auxiliar o paciente a acomodar-se em leito/cadeira da unidade de atendimento. Ao realizar transposição do paciente, solicitar ajuda de outros profissionais, sempre que necessário.
- Realizar a ação com segurança para evitar quedas e lesões aos profissionais;

7. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

- Transporte de pacientes deambulando;
- Quedas provocadas pelo transporte inadequado;
- Lesões nos profissionais;

8. REFERÊNCIAS

American Nurses Association; Association of Safe Patient Handling Professionals; American Industrial Hygiene Association. *Safe patient handling and mobility (SPHM): a process to protect health care workers and recipients (White Paper)*. [S.l.]: ASPHP, 2024.

Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução nº 588/2018. Brasília, 2018. Disponível em: https://www.cofen.gov.br/

HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UFTM. Protocolo de transporte intra-hospitalar de pacientes (PRT.HC-UFTM-UGQSP.002). Uberaba: EBSERH, 2025.

HISTÓRICO DE REVISÃO E APROVAÇÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1	2026	Elaboração do documento

RESPONSABILIDADE	SETOR
Elaboração	Coordenação de Unidades Móveis de Atenção à Urgência e Emergência
Revisão/Análise	Coordenação de Unidades Móveis de Atenção à Urgência e Emergência, Coordenação Médica de Unidades Móveis de Atenção à Urgência e Emergência, Coordenação de Enfermagem do SAMU
Validação	Núcleo da Qualidade do Cuidado em Saúde
Aprovação	Diretoria Técnica e Administrativa do Departamento de Urgência e Emergência

1. OBJETIVO

Padronizar e sistematizar a admissão de pacientes na UPA via ambulância do SAMU.

2. APLICABILIDADE

Este documento se aplica a todas as equipes do SAMU.

3. RESPONSÁVEIS

Médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e condutor socorrista.

4. DEFINIÇÕES / SIGLAS

POP: Procedimento Operacional Padrão
UPA: Unidade de Pronto Atendimento
RAM: Registro de atendimento médico
RAE: Registro de Atendimento de Enfermagem

5. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

Maca ou cadeira de rodas, RAM/RAE e caneta;

6. DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

a) Profissional do SAMU encaminha o paciente até a entrada da emergência;
b) Solicitar ao acompanhante que se dirija à recepção com o documento do paciente para abertura do atendimento;
c) Em caso de paciente desacompanhado, entregar o documento na recepção;
d) Profissional da recepção da UPA admite o paciente via sistema e-saúde;
e) Orientar os familiares/acompanhantes sobre normas e rotinas da UPA;
f) Em caso de paciente desacompanhado, após abertura de atendimento, devolver o documento para o paciente ou entregar para a enfermagem do setor;
g) O profissional do SAMU passa o caso para o médico emergencista e solicita assinatura e carimbo na RAM/RAE;
h) O médico da UPA realiza a avaliação clínica e define qual setor o paciente será direcionado;
i) O profissional do SAMU encaminha o paciente até o setor determinado e passa o caso para a enfermeira responsável pelo setor;
j) A enfermagem do setor acomoda o paciente no leito previamente definido;
k) Enfermeira da UPA realiza a classificação de risco conforme protocolo de Manchester;
l) Equipe da UPA realiza os cuidados, conforme rotina;

7. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

- Falha na identificação do paciente e/ou abertura de atendimento;
- Déficit na comunicação entre equipe e familiares/acompanhantes;
- Falha na classificação de risco conforme Protocolo de Manchester;

8. REFERÊNCIAS

O'DWYER, G. et al. *O processo de implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no Brasil: estratégias de ação e dimensões estruturais*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017.
OLIVEIRA, F. L. et al. *Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no Brasil: avanços e desafios*. Fortaleza: Editora Científica, 2023.
BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 2.048, de 5 de novembro de 2002 – Regulamenta a Política Nacional de Atenção às Urgências e Emergências, incluindo a atuação articulada do SAMU e das UPAs*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.

HISTÓRICO DE REVISÃO E APROVAÇÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1	2026	Elaboração do documento

RESPONSABILIDADE	SETOR
Elaboração	Coordenação de Unidades Móveis de Atenção à Urgência e Emergência
Revisão/Análise	Coordenação de Unidades Móveis de Atenção à Urgência e Emergência, Coordenação Médica de Unidades Móveis de Atenção à Urgência e Emergência, Coordenação de Enfermagem do SAMU
Validação	Núcleo da Qualidade do Cuidado em Saúde
Aprovação	Diretoria Técnica e Administrativa do Departamento de Urgência e Emergência

1. OBJETIVO

Padronizar o fluxo do registro de entrega de pertences dos pacientes atendidos pelo SAMU.

2. APLICABILIDADE

Este documento se aplica a todas as equipes do SAMU.

3. RESPONSÁVEIS

Médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem.

4. DEFINIÇÕES / SIGLAS

POP: Procedimento Operacional Padrão
REP: Registro de Entrega de Pertences
RAO: Recusa de Atendimento e Orientação

5. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

REP e caneta;

6. DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

a) Verificar a presença junto ao paciente de: Roupas, próteses, adornos, dinheiro, carteira, bolsas e/ou malas, documentos, equipamentos eletrônicos e outros pertences de uso pessoal;
b) Realizar busca ativa por pertences em roupas, bolsas, sacolas, mochilas, malas que estiverem próximas ao paciente, se este se encontrar em via pública;
c) Arrolar e registrar os pertences encontrados em 2 vias, utilizando o formulário padronizado REP/RAO;
d) Verificar se não ficou nada na ambulância após realizar o desembarque do paciente;
e) Realizar acondicionamento e lacrar, se possível: Em saco plástico ou similar, incluindo a própria bolsa, mochila ou mala do paciente, em envelopes ou similar, no caso de valores em dinheiro e/ou cheques, adornos, documentos;
f) Quanto ao transporte dos pertences:

- Vítimas desacompanhadas: Pertences menores devem ser transportados acondicionados junto à vítima. Pertences maiores devem ser transportados acondicionados, dentro da ambulância (se a vítima compreender, explicar o procedimento);
- Vítimas acompanhadas de adultos: Incentivar a presença de um acompanhante durante todo o atendimento. Entregar os pertences arrolados e acondicionados ao acompanhante;

g) Quanto à entrega dos pertences à acompanhantes:
- Registrar a entrega com a identificação e assinatura do receptor (registrar nome, RG ou CPF e o parentesco com a vítima) nas duas vias do registro; se a vítima compreender, explicar o procedimento;

h) Quanto à entrega de pertences na unidade de destino do paciente:
- Entregar os pertences ao profissional do serviço, mediante checagem item a item;
- Coletar a assinatura do profissional do serviço, nas duas vias do registro REP/RAO;

i) Deixar uma via do registro (2° via) na ficha de atendimento/ ocorrência no destino e a 1° via deverá ficar junto da ficha de atendimento que fica sob a guarda da equipe;

j) Para minimizar atrasos na cena, o arrolamento e o registro podem ser realizados durante o transporte ou no hospital de destino;

k) Quanto aos pertences de pacientes esquecidos na ambulância:
- Deve, primeiramente, tentar devolução ao paciente e na impossibilidade, o item deve ser entregue na Central de Materiais do DUE, após a checagem de item a item;
- Coletar assinatura deste profissional em caso de paciente desacompanhado, entregar o documento na recepção para abertura do atendimento;

7. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

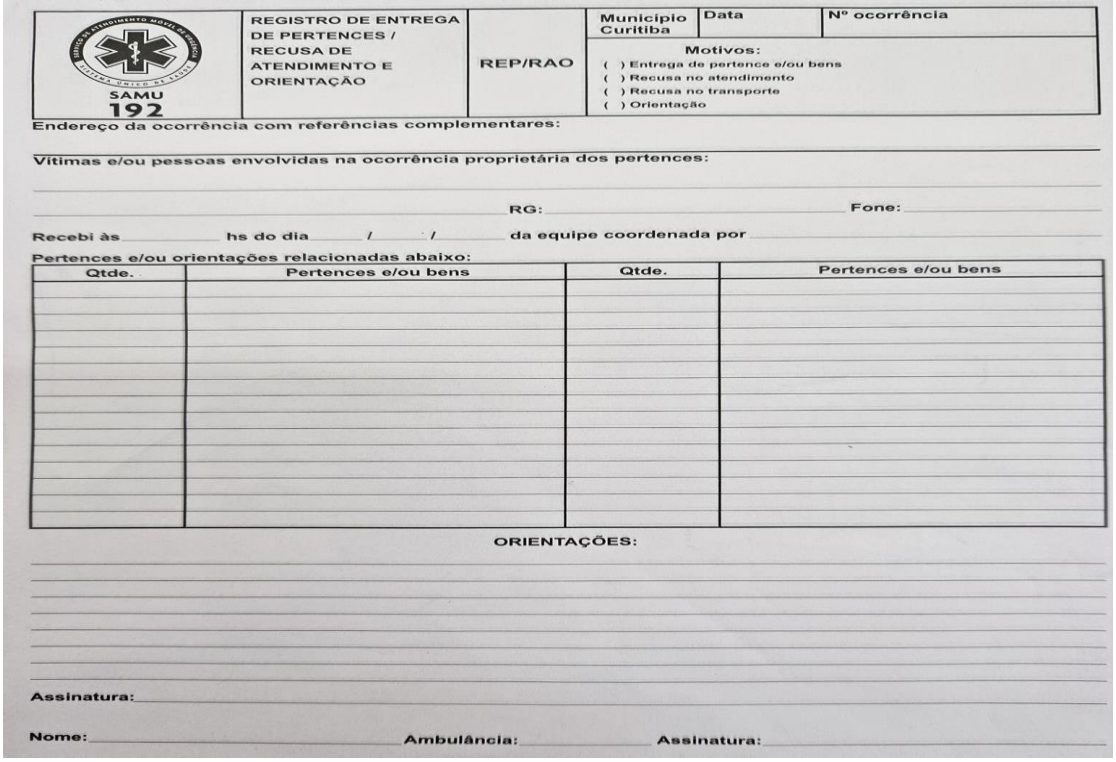
- Extravio de pertences e documentos;
- Falha no registro dos pertences;
- Acondicionamento inadequado dos pertences;

8. REFERÊNCIAS

LEMOS, Carina Salgado; CUNHA, Karinne Cristinne da Silva. *O uso da identificação de pacientes em uma unidade hospitalar*. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, Recife, v. 11, n. 1, p. 130–139, 2016.

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS – EBSERH. *Normas para a guarda de pertences de pacientes e acompanhantes*. Goiânia, 2022.

9. ANEXOS



SAMU 192

REGISTRO DE ENTREGA DE PERTENCES / RECUSA DE ATENDIMENTO E ORIENTAÇÃO

REP/RAO

Município Curitiba | Data | Nº ocorrência

Motivos:
( ) Entrega de pertence e/ou bens
( ) Recusa no atendimento
( ) Recusa no transporte
( ) Orientação

Endereço da ocorrência com referências complementares:

Vítimas e/ou pessoas envolvidas na ocorrência proprietária dos pertences:

RG: Fone:

Recebi às hs do dia / / da equipe coordenada por

Pertences e/ou orientações relacionadas abaixo:

Qtde.	Pertences e/ou bens	Qtde.	Pertences e/ou bens

ORIENTAÇÕES:

Assinatura:

Nome: Ambulância: Assinatura:

Figura 1: REP/RAO

HISTÓRICO DE REVISÃO E APROVAÇÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1	2026	Elaboração do documento

RESPONSABILIDADE	SETOR
Elaboração	Coordenação de Unidades Móveis de Atenção à Urgência e Emergência
Revisão/Análise	Coordenação de Unidades Móveis de Atenção à Urgência e Emergência, Coordenação Médica de Unidades Móveis de Atenção à Urgência e Emergência, Coordenação de Enfermagem do SAMU
Validação	Núcleo da Qualidade do Cuidado em Saúde
Aprovação	Diretoria Técnica e Administrativa do Departamento de Urgência e Emergência

1. OBJETIVO

Padronizar ações de cada profissional durante a realização de transporte secundário, que tem por denominação as transferências de um serviço de saúde para outro e/ou realização de exames.

2. APLICABILIDADE

Este documento se aplica a todas as equipes do SAMU.

3. RESPONSÁVEIS

Médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e condutor socorrista.

4. DEFINIÇÕES / SIGLAS

POP: Procedimento Operacional Padrão

5. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

Maca ou cadeira para transporte, dispositivos que o paciente está fazendo uso;

6. DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

a) Ao chegar na origem do transporte, se identificar para o serviço e solicitar o encaminhamento do paciente;
b) Checar se o paciente tem acompanhante, e se está de posse dos documentos do paciente e o próprio;
c) Anotar dados da ocorrência em ficha de atendimento;
d) Aferir os sinais vitais e anotar (registrar do monitor, caso se aplique);
e) Solicitar que em caso de sonda vesical de demora, ou sonda nasogástrica aberta os sistemas coletores sejam esvaziados;
f) Em caso de sonda nasoenteral ou gastrostomia vide POP próprio;
g) Avaliar o paciente a ser transportado verificando a necessidade do uso de dispositivos como ventilador mecânico, bomba infusora, monitor cardíaco e/ou oxímetro de pulso, máscara de alto fluxo/cateter nasal e torpedo de oxigênio;
h) Encaminhar-se até o paciente, com todos os dispositivos necessários, conforme avaliado no item anterior;
i) Acomodar o paciente na cadeira de rodas ou maca, tomando o devido cuidado com a acomodação dos respectivos dispositivos;
j) Realizar o transporte até a ambulância com o acompanhante, se este estiver presente;
k) Acomodar o paciente no interior da viatura, de forma segura, instalando os equipamentos necessários de forma segura;
l) Acomodar o acompanhante no banco da viatura com cinto de segurança;
m) Sempre acompanhar o paciente no interior do salão da viatura, independente da sua

condição clínica;

n) Caso ocorra a solicitação de transporte de mais de um paciente, cabe ao médico da alfa ou ao profissional de enfermagem da USB avaliar o paciente e solicitar autorização do médico regulador;
o) Deve-se levar em consideração o risco de agravamento de cada paciente e os riscos disponíveis para utilização em caso de emergência;
p) Pacientes que apresentam gravidade e/ou risco crítico deverão ser transportados individualmente;
q) Pacientes em contenção mecânica deverão ser transportados individualmente;
r) Deve haver cinto de segurança disponível para toda a equipe, pacientes e acompanhantes;
s) Caso haja transporte de mais de um paciente, cada um deve ter uma ficha de atendimento individual devidamente preenchida;
t) Na chegada do destino o paciente deve desembarcar na cadeira de rodas ou maca, mantendo os equipamentos de suporte que estavam em uso;
u) Desembarcar o acompanhante de forma segura, direcionando ao local correto para a realização da admissão do paciente;
v) Após o paciente ser acolhido no setor designado, realizar desinfecção dos equipamentos e interior da viatura;

7. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

- Avaliação inadequada do quadro clínico do paciente;
- Transporte de mais de um paciente quando o quadro clínico contraindica (paciente contido);
- Falha na desinfecção após ocorrência;

8. REFERÊNCIAS

BRASIL. *Ministério da Saúde*. Portaria nº 2.048, de 5 de novembro de 2002. Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2002.

BRASIL. *Ministério da Saúde*. Portaria nº 1.010, de 21 de maio de 2012. Redefine as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2012.

COSTA, Fernando Fonseca; ABIB, Simone de Campos Vieira. *Direct transport versus inter-hospital transfer of trauma victims in the Brazilian Emergency Medical System*. *Trauma Case Reports*, v. 45, 100743, 2023

HISTÓRICO DE REVISÃO E APROVAÇÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1	2026	Elaboração do documento

RESPONSABILIDADE	SETOR
Elaboração	Coordenação de Unidades Móveis de Atenção à Urgência e Emergência
Revisão/Análise	Coordenação de Unidades Móveis de Atenção à Urgência e Emergência, Coordenação Médica de Unidades Móveis de Atenção à Urgência e Emergência, Coordenação de Enfermagem do SAMU
Validação	Núcleo da Qualidade do Cuidado em Saúde
Aprovação	Diretoria Técnica e Administrativa do Departamento de Urgência e Emergência

1. OBJETIVO

Padronizar o fluxo de empréstimo de materiais e equipamentos, evitando perda e extravio de patrimônio.

2. APLICABILIDADE

Este documento se aplica a todas as equipes do SAMU.

3. RESPONSÁVEIS

Médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e condutor socorrista.

4. DEFINIÇÕES / SIGLAS

POP: Procedimento Operacional Padrão
CEQ: Cautela de equipamentos

5. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

CEQ (Cautela de equipamentos entregues a rede hospitalar) e caneta;

6. DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

a) Identificar a necessidade do empréstimo do material/equipamento;
b) Os equipamentos das ambulâncias somente poderão ser emprestados mediante ciência e autorização do regulador;
c) Comunicar a sala de rádio sobre o empréstimo do equipamento;
d) Deixar somente os itens necessários para o paciente. Exemplo: Se o empréstimo for do monitor, deverão ser retirados os acessórios que não forem utilizados, como: Cabo e pás de marcapasso, eletrodos, gel;
e) Preencher a CEQ (anexo) completa e anotar os detalhes do material ou equipamento do empréstimo e as condições que o aparelho apresenta;
f) Solicitar ao responsável da Instituição que assine a CEQ de forma legível, com preferência com o uso de carimbo. Preferencialmente coletar assinatura de funcionário da Instituição, evitando coletar assinatura de residentes/acadêmicos;
g) Não esquecer de colocar o nome da Instituição (Hospital/UPA), no campo destinado, para futuro resgate do equipamento pela CME;
h) Deixar a segunda via da CEQ (carbonada) junto ao equipamento;
i) Dirigir-se à CME do DUE para substituição provisória do equipamento deixando a primeira via da CEQ;

7. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

- Preenchimento inadequado da CEQ;

- Ausência de registro das condições do equipamento antes do empréstimo;
- Falta de dados da Instituição para o resgate dos equipamentos;

8. REFERÊNCIAS

NHS (National Health Service). *Medical Equipment Management Procedure for Loan Equipment*. West Wiltshire, UK: NHS Trust, 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Medical device donations: considerations for solicitation and provision*. 2. ed. Genebra: WHO, 2024.

HISTÓRICO DE REVISÃO E APROVAÇÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1	2026	Elaboração do documento

RESPONSABILIDADE	SETOR
Elaboração	Coordenação de Unidades Móveis de Atenção à Urgência e Emergência
Revisão/Análise	Coordenação de Unidades Móveis de Atenção à Urgência e Emergência, Coordenação Médica de Unidades Móveis de Atenção à Urgência e Emergência, Coordenação de Enfermagem do SAMU
Validação	Núcleo da Qualidade do Cuidado em Saúde
Aprovação	Diretoria Técnica e Administrativa do Departamento de Urgência e Emergência

1. OBJETIVO

Padronizar rotinas de limpeza e desinfecção das ambulâncias para prevenir a transmissão de microrganismos durante o transporte, visando à segurança do paciente, dos profissionais e de todos os envolvidos direta ou indiretamente na assistência ao paciente em atendimento móvel.

2. APLICABILIDADE

Este documento se aplica a todas as equipes do SAMU.

3. RESPONSÁVEIS

Médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e condutor socorrista.

4. DEFINIÇÕES / SIGLAS

POP: Procedimento Operacional Padrão
EPI: Equipamento de Proteção Individual
UPA: Unidade de Pronto Atendimento

5. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

Avental descartável, luvas de borracha, máscara cirúrgica, óculos de proteção, rodo, pano, sabão ou detergente, quaternário de amônia (Surfic), viaturas do SAMU utilizadas para atendimento ao público;

6. DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

a) A limpeza e a desinfecção devem ser realizadas em todas as superfícies horizontais e verticais, internas e externas, além de equipamentos médico-hospitalares e mobiliários que podem constituir risco de contaminação para paciente e equipe: maçanetas, maca, prancha, gaveta de coletor de resíduos e superfície da bancada, pela equipe multiprofissional;
b) Separar e organizar o material a ser utilizado;
c) Utilizar os EPI apropriado: Luvas, máscara, óculos de proteção;
d) Iniciar o procedimento de limpeza e desinfecção da parte interna da ambulância considerando: Retirar os materiais e equipamentos de dentro da ambulância: maca, prancha, materiais do armário e bancadas, coletor de resíduos infectantes e perfurocortante. Não retirar cilindros de oxigênio. Iniciar a limpeza e desinfecção com panos umedecidos com surfic nas estruturas fixas (luminárias, armários, gavetas, vidros, maçanetas, painel de gases, superfícies dos cilindros de oxigênio, entre outros). Iniciar pelo fundo do salão em direção à frente e de cima para baixo, incluindo teto, paredes laterais, armários e por fim, piso;

Limpeza concorrente:
Procedimento obrigatório após cada transporte de paciente, antes da próxima utilização e sempre que necessário;
a) Higienizar as mãos;
b) Colocar avental descartável, máscara, óculos e calçar luvas de borracha;
c) Separar todo o material que será utilizado na limpeza e desinfecção;
d) Retirar todo o material que entrou em contato com o paciente e colocá-los em saco plástico e amarrar (ex: lençóis, roupas, utensílios, etc.). Entregar estes materiais na UPA de base para a lavanderia e CME. Recolher e desprezar nas lixeiras corretas da UPA os resíduos comuns e infectantes que estão na ambulância;
e) Limpeza de teto, parede e piso: Retirar a maca da ambulância. Preparar um borrifador com surfic, pronto para uso e panos específicos para limpeza e desinfecção. Borrife surfic com um pano dobrado, utilizando a quantidade necessária para realizar a limpeza e desinfecção das superfícies. Realizar técnica de varredura úmida em sentido único e direcional da área mais limpa para a mais suja. Realizar a limpeza do piso com pano e rodo aplicando o surfic de forma unidirecional da frente para trás da ambulância. Em caso de sujidade visível e/ou em grande quantidade, primeiramente lavar o piso da ambulância com água e sabão, secar o piso e posteriormente aplicar o surfic. Em seguida limpar a cabine do motorista (procedimento que pode ser realizado pelo condutor por ser considerada área semicrítica). Obs.: Na presença de secreções, aplicar o surfic sobre as secreções, retirar o excesso com papel toalha e realizar a limpeza. Após a limpeza, proceder a técnica de desinfecção;
f) Limpeza das demais superfícies (mobiliário, utensílios e equipamentos, principalmente os que tiveram contato com o paciente e /ou acompanhante, como maca e assento do banco): Preparar um borrifador com surfic, pronto para o uso e panos específicos para limpeza e desinfecção. Borrifar o Surfic em um pano dobrado utilizando a quantidade necessária para realizar a limpeza e desinfecção da superfície. Realizar a técnica de varredura úmida em sentido único e direcional da área mais limpa para a mais suja. Obs.: Na presença de secreções, aplicar o surfic sobre a secreção, retirar o excesso com papel toalha e realizar a limpeza. Após a limpeza, proceder com a técnica de desinfecção;
g) Limpar e guardar todo o material após o uso;
h) Deixar a ambulância organizada para o próximo atendimento;
i) Lavar e secar as luvas (de borracha) antes de retirá-las;

Limpeza terminal:
Procedimento semanal e/ou sempre que necessário, caso ocorra o contato com microrganismos multirresistentes;
a) Higienizar as mãos;
b) Colocar avental descartável, máscara, óculos e calçar luvas de borracha;
c) Separar todo o material que será utilizado na limpeza e desinfecção;
d) Caso necessário, retirar todo o material que entrou em contato com o paciente e colocá-los em sacos plásticos, amarrando-os (ex: Lençóis, roupas, etc.). Entregar os materiais na UPA de base para encaminhar à lavanderia. Recolher e desprezar nas lixeiras corretas da UPA e CME os resíduos comuns e infectantes. Verificar a condição e validade dos insumos e realizar a troca, se necessário;
e) Retirar os móveis, utensílios e equipamentos do ambiente antes de realizar a

limpeza;

f) Limpeza de teto, parede e piso: Retirar a maca da ambulância e preparar o borrifador com surfic pronto para o uso e panos específicos para limpeza e desinfecção. Borrifar o surfic em um pano dobrado utilizando a quantidade necessária para realizar a limpeza e desinfecção da superfície. Realizar a técnica de varredura úmida em sentido único e direcional da área mais limpa para a mais suja. Realizar a limpeza do piso com pano e rodo aplicando surfic de forma unidirecional de frente para trás na ambulância. Em caso de sujidade visível e/ou em grande quantidade, primeiramente lavar o piso da ambulância com água e sabão, secar o piso e posteriormente aplicar o surfic. Em seguida limpar a cabine do motorista (procedimento que pode ser realizado pelo condutor por ser uma área semicrítica);
g) Limpeza das demais superfícies: Borrifar o surfic em um pano dobrado utilizando a quantidade necessária para realizar a limpeza. Após a limpeza proceder com a técnica de desinfecção.
h) Lavar e secar as luvas de borracha antes de retirá-las;
i) Higienizar as mãos;

7.PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

- Limpeza e desinfecção inadequada;
- Material inadequado ou insuficiente;
- Risco de contaminação;

8. REFERÊNCIAS

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Segurança do paciente em serviços de saúde: limpeza e desinfecção de superfícies. Brasília: ANVISA, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 2 abr. 2013.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Parecer nº 015/2022/COFEN. Competência dos profissionais de enfermagem na desinfecção de ambulâncias. Brasília: COFEN, 2022.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO (COREN-SP). Parecer nº 003/2022. Limpeza concorrente e terminal de ambulância. São Paulo: COREN-SP, 2022.

HISTÓRICO DE REVISÃO E APROVAÇÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1	2026	Elaboração do documento

RESPONSABILIDADE	SETOR
Elaboração	Coordenação de Unidades Móveis de Atenção à Urgência e Emergência
Revisão/Análise	Coordenação de Unidades Móveis de Atenção à Urgência e Emergência, Coordenação Médica de Unidades Móveis de Atenção à Urgência e Emergência, Coordenação de Enfermagem do SAMU
Validação	Núcleo da Qualidade do Cuidado em Saúde
Aprovação	Diretoria Técnica e Administrativa do Departamento de Urgência e Emergência

1. OBJETIVO

Padronizar a aplicação do curativo valvulado em pacientes com pneumotórax aberto, com a finalidade de impedir a entrada de ar na cavidade pleural, permitir a saída do ar acumulado e prevenir a evolução para pneumotórax hipertensivo, garantindo estabilização respiratória inicial até o tratamento definitivo.

2. APLICABILIDADE

Este documento se aplica a todos os profissionais do SAMU.

3. RESPONSÁVEIS

Médicos, Enfermeiros, Técnicos em Enfermagem e socorristas.

4. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

- Curativo valvulado Russell chest seal.

5. DEFINIÇÕES

- Pneumotórax aberto é o ferimento penetrante no tórax que comunica o ar ambiente com o espaço pleural, podendo causar colapso pulmonar e falência respiratória;
- Curativo valvulado (Russell chest seal) é o curativo adesivo com válvula ou mecanismos que impedem a entrada de ar e permitem a sua saída do espaço pleural;
- Russell chest seal é um curativo adesivo estéril com canal de ventilação laminado, projetado para impedir a entrada de ar na inspiração e a saída de ar e sangue na expiração, reduzindo o risco de hemopneumotórax hipertensivos. Entre suas características principais estão o menor risco de obstrução por sangue ou coágulos, a alta aderência à pele (inclusive úmida ou com sangue) e o funcionamento independentemente da posição da vítima;

6. PROCEDIMENTO

- Realizar avaliação primária, conforme protocolo do PHTLS (avaliar hemorragias exsanguinantes, vias aéreas e padrão respiratório, observando neste a presença de feridas abertas em tórax);

- Expor o tórax da vítima e identificar a ferida;
- Identificar ferimento de entrada e saída;
- Realizar uma limpeza rápida, removendo o sangue superficial, sem aprofundar;
- Aplicar o curativo valvulado diretamente sobre a ferida, assegurando a boa aderência, conforme as recomendações do fabricante (Figuras 2 e 3);
- Monitorar padrão respiratório e sinais de evolução para pneumotórax hipertensivo;
- Em caso de sinais de alerta para pneumotórax hipertensivo (dispneia progressiva, hipotensão, desvio de traquéia, hipóxia refratária, alteração do nível de consciência) avaliar o posicionamento do curativo e considerar a liberação temporária do selo, através da retirada do curativo, ou descompressão torácica, conforme o nível de suporte;
- Em caso de pneumotórax bilateral, cada ferida deve ser avaliada individualmente. Aplicar um curativo em cada ferida. Se o curativo Russell chest seal não estiver disponível, utilizar o curativo de 3 pontas (conforme figura 1). Neste caso, o desenvolvimento de pneumotórax hipertensivo pode ser mais rápido, pois ambas as pleuras estão comprometidas;
- Registrar na RAM/RAE o horário de aplicação do curativo, localização da ferida, tipo de curativo (Russell Chest Seal) e a resposta clínica do paciente;
- A reposição do curativo (após o uso ou por vencimento), deve ser feita no DUE, mediante apresentação da ficha de atendimento com o relato de uso;

7. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

- Falha na identificação da ferida aberta em tórax;
- Aplicação inadequada do curativo, com vedação incompleta ou com pouca aderência à pele;
- Monitorização insuficiente do padrão respiratório, saturação e sinais vitais;
- Falha na detecção de sinais de pneumotórax hipertensivo, como dispneia intensa;

8. REFERÊNCIAS

INTERNATIONAL TRAUMA LIFE SUPPORT. *Chest seals for open pneumothorax: resource document*. Downers Grove: International Trauma Life Support, 2017.
INTERNATIONAL TRAUMA LIFE SUPPORT. *International trauma life support for emergency care providers*. 8. ed. Burlington: Jones & Bartlett Learning, 2015.
NATIONAL ASSOCIATION OF EMERGENCY MEDICAL TECHNICIANS. *PHTLS: prehospital trauma life support*. 9. ed. Burlington: Jones & Bartlett Learning, 2019.

ANEXOS

Figura 1: Curativo de 3 pontas: Deve ser realizado com material impermeável (como embalagem de gaze, plástico estéril). Fixar com esparadrapo 3 lados, mantendo um dos lados sem fixação para permitir a saída de ar).

Figura 2: Curativo Russell chest seal

Figura 3: Orientações do fabricante

HISTÓRICO DE REVISÃO E APROVAÇÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1	2026	Elaboração do documento

RESPONSABILIDADE	SETOR
Elaboração	Coordenação de Unidades Móveis de Atenção à Urgência e Emergência
Revisão/Análise	Coordenação de Unidades Móveis de Atenção à Urgência e Emergência, Coordenação Médica de Unidades Móveis de Atenção à Urgência e Emergência, Coordenação de Enfermagem do SAMU
Validação	Núcleo da Qualidade do Cuidado em Saúde
Aprovação	Diretoria Técnica e Administrativa do Departamento de Urgência e Emergência

1. OBJETIVO

Garantir o transporte seguro de bebês e crianças em ambulâncias com cadeirinhas adequadas para cada faixa etária, assegurando a proteção do paciente durante atendimento pré-hospitalar e transportes;

2. APLICABILIDADE

Este documento se aplica a todos os profissionais do SAMU.

3. RESPONSÁVEIS

Médicos, Enfermeiros, Técnicos em Enfermagem e socorristas.

4. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

Cadeirinha de transporte para bebês e crianças até 25 kg;

5. DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

5.1 Avaliação e preparação

- Confirmar o peso, idade e condição clínica da criança;
- Informar o responsável sobre a necessidade do uso da cadeirinha;
- Verificar e preparar o espaço na maca para a fixação;

5.2 Retirada e fixação da cadeirinha

- Após identificar a necessidade da cadeirinha e o peso adequado da criança, retirá-la na UPA de origem da equipe, assinando o protocolo de controle;
- Posicionar e fixar a cadeirinha conforme as instruções do fabricante e normas institucionais;
- Ajustar os cintos para garantir segurança e conforto;

5.3 Transporte:

- Monitorar os sinais vitais e quadro clínico durante o transporte;
- Assegurar que a criança permaneça corretamente acomodada na cadeirinha;
- Adaptar a monitorização sem comprometer a fixação da cadeirinha;
- CRIANÇAS ATÉ 25 KG PODEM SER TRANSPORTADAS NA CADEIRINHA;
- Na indisponibilidade de cadeirinha ou assento de elevação, a criança deve ser transportada de forma a minimizar o risco de deslocamento e lesões, utilizando os dispositivos de segurança disponíveis na ambulância (cinto de segurança da maca ajustado e firme);

5.4 Pós transporte

- Retirar o cinto de segurança;
- Retirar a criança da cadeirinha, assegurando a estabilização e proteção da cabeça e da coluna cervical durante toda a movimentação;
- Realizar a desinfecção conforme protocolo;
- Registrar na ficha de atendimento o uso da cadeirinha e intercorrências;
- Devolver a cadeirinha na mesma UPA onde foi retirada;

6. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

- Uso inadequado da cadeirinha;

7. REFERÊNCIAS

BRASIL. Conselho Nacional de Trânsito. Resolução n° 277, de 28 de maio de 2008. Dispõe sobre o transporte de crianças em veículos. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 9 jun.2008. NATIONAL ASSOCIATION OF STATE EMS OFFICIALS (NASEMSO). *Interim guidance on safe transport of children by EMS*. NASEMSO, 2017.

HISTÓRICO DE REVISÃO E APROVAÇÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1	2026	Elaboração do documento

RESPONSABILIDADE	SETOR
Elaboração	Coordenação de Unidades Móveis de Atenção à Urgência e Emergência
Revisão/Análise	Coordenação de Unidades Móveis de Atenção à Urgência e Emergência, Coordenação Médica de Unidades Móveis de Atenção à Urgência e Emergência, Coordenação de Enfermagem do SAMU
Validação	Núcleo da Qualidade do Cuidado em Saúde
Aprovação	Diretoria Técnica e Administrativa do Departamento de Urgência e Emergência

1. OBJETIVO

Orientar quanto aos fluxos de utilização do torniquete;

2. APLICABILIDADE

Este documento se aplica a todos os profissionais do SAMU e da CME do Departamento de Urgência e Emergência DUE/SMS.

3. RESPONSÁVEIS

CME DUE
Médicos, Enfermeiros, Técnicos em Enfermagem e socorristas.

4. DEFINIÇÕES

CME- Central de Materiais Esterilizados
DUE- Departamento de Urgência e Emergência
CEQ- Cautela de equipamentos
PS- Pronto socorro
NIR- Núcleo Interno de Regulação

5. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

Torniquete;

6. DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

6.1 Equipe assistencial

- Inspecionar o local (MMSS ou MMII) com sangramento massivo e deixar a região a ser contida exposta (certificar-se que a pressão direta e o curativo compressivo não obtiveram sucesso);
- Aplicar o torniquete homologado o mais proximal possível no membro afetado (o mais alto e justo possível). Se não estancar completamente a hemorragia, um segundo torniquete deve ser instalado proximal ao primeiro;
- Puxar a extremidade livre do torniquete para torná-lo o mais apertado possível. Torcer a barra até conter o sangramento e não sentir mais o pulso (o torniquete deve bloquear o fluxo arterial e impedir o pulso distal);
- Fixar o bastão para mantê-lo apertado e anotar o horário em que foi aplicado;
- Reavaliar constantemente quanto a possibilidade de uma hemorragia recidiva;

- Após instalado, o torniquete deve permanecer no local por um período máximo de 2 horas (120 minutos), sem danos significativos a nervos e músculos, até o tratamento cirúrgico definitivo no hospital. Em situações que ultrapassem este tempo, priorizar a vida e não o membro;
- Avaliar necessidade de analgesia;

6.2 Orientações sobre o resgate do material

- Quando não for possível o resgate do torniquete no ato do aceite do paciente no hospital, a equipe deve preencher a CEQ com todos os dados, deixar uma cópia (2° via) no recipiente identificado “CEQ SAMU/SIATE CURITIBA” nos seguintes locais, conforme hospital:
- Hospital do Trabalhador: Sala de equipamentos do PS
- Hospital Universitário Cajuru: Armário das pranchas
- Hospital Universitário Evangélico Mackenzie: Sala do NIR
- Sempre solicitar ao responsável que após a liberação do material, que o mesmo seja identificado “Torniquete SAMU/SIATE Curitiba”, conforme locais acima;
- Na sequência, dirigir-se à CME/DUE com a primeira via da CEQ para reposição do material.
- O profissional que atua no serviço aeromédico pode postar a foto da CEQ no grupo de troca semanal para que seja organizada a reposição e o recolhimento. Entregar as CEQs quando o material for substituído pela CME do DUE;
- Quando o torniquete for utilizado e o paciente for encaminhado por outra unidade de transporte aéreo, a equipe deverá informar imediatamente à CME/DUE através do telefone 3360-4925 e a equipe que transportar o paciente até o hospital será responsável pelo envio da 1° via da CEQ à CME para o resgate;
- Quando o torniquete for recuperado pela equipe no ato da entrega do paciente, a mesma deve se dirigir até a CME/DUE para a troca de material utilizado para posterior processamento;

7. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

Dados incompletos na CEQ

8. REFERÊNCIAS

Prehospital Trauma Life Support (PHTLS)- 10° edição. Dallas, Tx: National Association of Emergency Medical Technicians (NAEMT), 2022.

HISTÓRICO DE REVISÃO E APROVAÇÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1	2026	Elaboração do documento

RESPONSABILIDADE	SETOR
Elaboração	Coordenação de Unidades Móveis de Atenção à Urgência e Emergência
Revisão/Análise	Coordenação de Unidades Móveis de Atenção à Urgência e Emergência, Coordenação Médica de Unidades Móveis de Atenção à Urgência e Emergência, Coordenação de Enfermagem do SAMU
Validação	Núcleo da Qualidade do Cuidado em Saúde
Aprovação	Diretoria Técnica e Administrativa do Departamento de Urgência e Emergência

1. OBJETIVO

Estabelecer diretrizes padronizadas para reconhecimento, imobilização e transporte de pacientes com suspeita de lesão da coluna, prevenindo lesão medular secundária durante o atendimento pré-hospitalar;

2. APLICABILIDADE

Este documento se aplica a todos os profissionais do SAMU;

3. RESPONSÁVEIS

Médicos, Enfermeiros, Técnicos em Enfermagem e socorristas.

4. DEFINIÇÕES

DUE- Departamento de Urgência e Emergência
EPIs- Equipamentos de proteção individual

5. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

Colar cervical, prancha rígida, cintos de imobilização, imobilizador lateral de cabeça, maca com cintos de segurança, EPI`s;

6. DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

Restrição de movimentação da coluna é o conjunto de medidas e técnicas utilizadas para manter a coluna vertebral em posição neutra, imobilizada e alinhada, com o objetivo de prevenir lesão medular em pacientes com trauma ou suspeita de instabilidade vertebral, durante a avaliação, manuseio e transporte pré-hospitalar;

6.1 Critérios

a) Mecanismo de trauma:

- Queda de altura (mais de 2 metros);
- Incidentes de trânsito com alta energia (moto, atropelamento);
- Trauma direto em cabeça, pescoço e tronco;
- Impacto de alta velocidade;
- Trauma com esmagamento e aceleração/desaceleração significativa;

b) Clínico:

- Dor na coluna cervical, torácica ou lombar;
- Deformidade visível ou instabilidade da coluna;
- Déficit neurológico (parestesia, plegia);
- Inconsciência ou estado mental alterado;
- Perda de controle de esfíncteres;

c) Critérios excepcionais:

- Vítimas não colaborativas (intoxicação, agressividade, confusão mental);
- Crianças pequenas, quando houver dificuldade de avaliação;

***Na dúvida, imobilize;
***Avalie a presença de dor, deformidades e alterações motoras e de sensibilidade;
***A restrição do movimento de coluna provavelmente não é indicada em pacientes conscientes, com exame confiável, sem déficit neurológico, sem dor no pescoço ou nas costas e sem lesão significativa. Em pacientes com qualquer um destes fatores positivo no exame, ou que não consigam fornecer um exame confiável, a restrição do movimento da coluna vertebral deve ser continuada;

d) Indicações para restrição de movimento:

- Dor e/ou sensibilidade na linha média do pescoço e/ou coluna;
- Alteração do nível de consciência (TCE, intoxicações);
- Paralisia e/ou sinais e sintomas neurológicos como parestesia ou plegia;
- Deformidade anatômica da coluna;
- Presença de lesões perturbadoras, que são aquelas que podem prejudicar a capacidade de avaliar outras lesões, como a fratura de ossos longos;
- Incapacidade de comunicação;

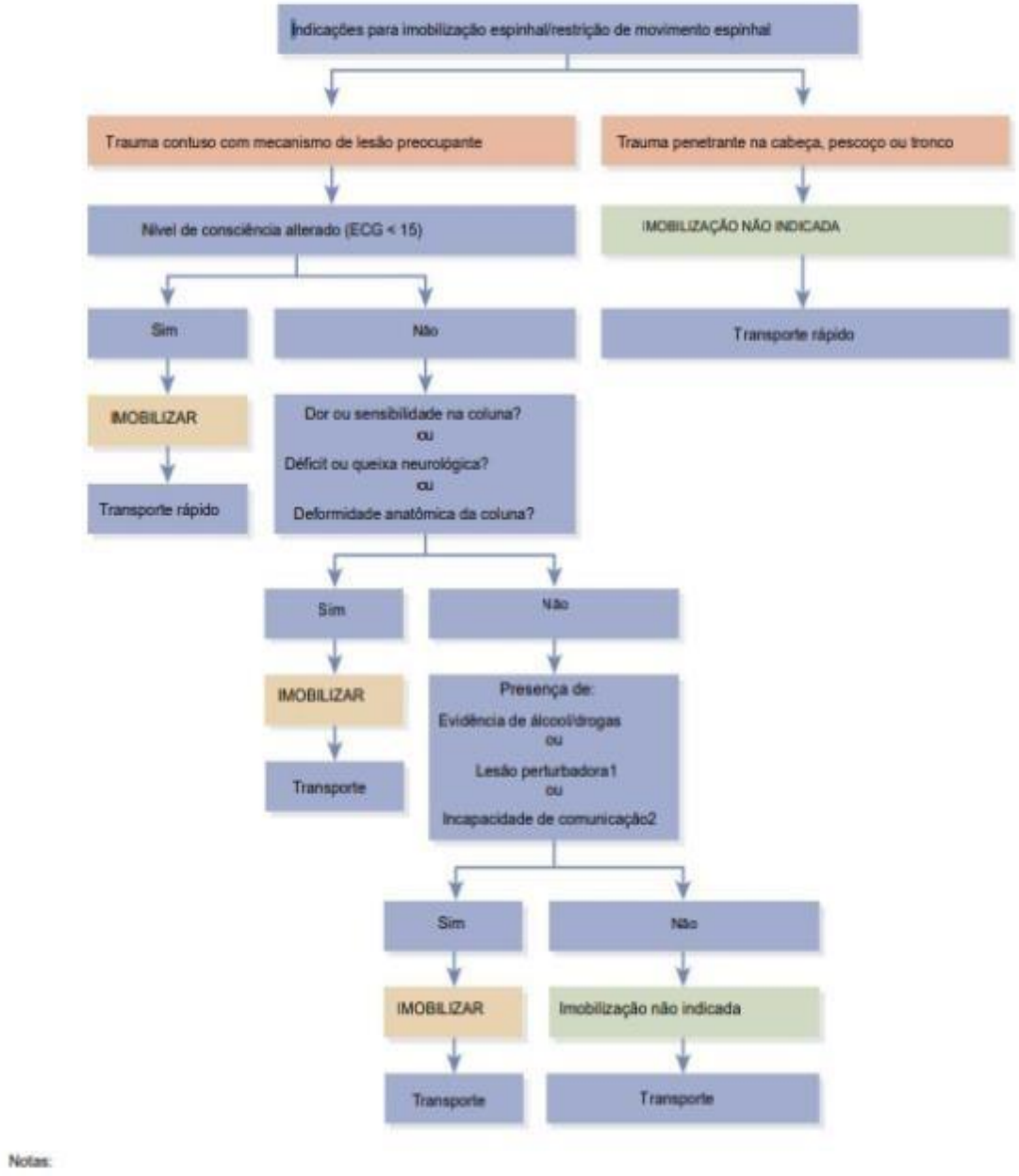


Figura 1: Fluxograma de restrição de movimentação da coluna (PHTLS,2022).

6.2 Se os critérios indicarem a necessidade de restrição de movimentos:

- Mova a cabeça do paciente para uma posição neutra adequada em linha (a menos que seja contraindicado);
- Continue o suporte manual, sem interrupção;
- Realize a avaliação primária e as intervenções necessárias;
- Avalie a circulação e resposta motora e sensitiva nos quatro membros, se a condição da vítima permitir;
- Examine a cervical da vítima e utilize um colar cervical de tamanho adequado;
- Transfira a vítima para a prancha rígida;
- Estabilize cervical, tórax e pelve;
- Reavalie a vítima constantemente até a chegada ao hospital de referência;

Figura 2: Técnica de restrição de movimentação (Corpo de Bombeiros de Minas Gerais, 2020).

7. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

- Realizar movimentos bruscos e inadequados na vítima com indicação de restrição de movimento;
- Não avaliar critérios para imobilização;
- Tamanho incorreto do colar cervical;
- Retirada precoce do colar cervical;

8. REFERÊNCIAS

Prehospital Trauma Life Support (PHTLS)- 10° edição. Dallas, Tx: National Association of Emergency Medical Technicians (NAEMT), 2022.

HISTÓRICO DE REVISÃO E APROVAÇÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1	2026	Elaboração do documento

RESPONSABILIDADE	SETOR
Elaboração	Coordenação de Unidades Móveis de Atenção à Urgência e Emergência
Revisão/Análise	Coordenação de Unidades Móveis de Atenção à Urgência e Emergência, Coordenação Médica de Unidades Móveis de Atenção à Urgência e Emergência, Coordenação de Enfermagem do SAMU
Validação	Núcleo da Qualidade do Cuidado em Saúde
Aprovação	Diretoria Técnica e Administrativa do Departamento de Urgência e Emergência

1. OBJETIVO

Estabelecer procedimentos padronizados para reconhecimento e atendimento da obstrução de vias aéreas por corpo estranho (OVACE) alinhados às recomendações atuais da American Heart Association (AHA, 2025) e da Sociedade Brasileira de Pediatria.

2. APLICABILIDADE

Este documento se aplica a todos os profissionais do SAMU;

3. RESPONSÁVEIS

Médicos, Enfermeiros, Técnicos em Enfermagem e socorristas.

4. DEFINIÇÕES

DUE- Departamento de Urgência e Emergência
EPIs- Equipamentos de proteção individual
OVACE- Obstrução de Vias aéreas por corpo estranho

5. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

Oxigênio, máscara não reinalante, ressuscitador manual (bolsa-válvula-máscara), oxímetro, aspirador e sondas de aspiração;

6. DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

OVACE ocorre quando um corpo estranho sólido ou semissólido bloqueia total ou parcialmente as vias aéreas, impedindo a ventilação eficaz e podendo levar à hipóxia e parada cardiorrespiratória. É uma das principais causas de morte acidental na infância, principalmente até os 3 anos de idade e as manobras de desobstrução variam conforme a idade (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2023);

6.1. Equipe assistencial:

a) Verificar consciência, respiração e tosse;
b) Identificar sinais de obstrução total de vias aéreas: Incapacidade de falar, cianose, gesto de sufocamento;
c) Avaliar quanto ao tipo de obstrução:
- Líquidos: O bebê que tosse ao ingerir líquidos pode estar apresentando engasgo e deve ser posicionado sentado ou semi-sentado, retirando o excesso de líquido da boca e observando a resposta. Em caso de apnéia deve-se estimular delicadamente as costas, esfregando-a. Caso não volte a respirar, inicie as manobras de reanimação;
- Sólidos ou semissólidos: Identifique se a criança apresenta dificuldades para falar ou

tossir, respiração ruidosa e cianose. Se este for o caso, inicie as manobras de desobstrução. Em lactentes (menores de 1 ano): ciclos de 5 golpes dorsais e 5 compressões torácicas. Em crianças maiores de 1 ano e adultos: ciclos alternados de 5 golpes dorsais e 5 compressões abdominais (manobra de Heimlich) (AHA, 2025).

Em lactentes (menores de 1 ano) — conforme AHA 2025:

- Realizar cinco pancadas no dorso, usando a região tenar e hipotenar (“calcanhar da mão);
- Levar o bebê para o outro antebraço (posição supina) e fazer cinco compressões torácicas, utilizando dois dedos (indicador e médio) logo abaixo da linha mamilar;
- Após cada ciclo (cinco pancadas e cinco compressões) deve-se verificar se houve desobstrução das vias aéreas (ele respira? Houve a exteriorização do corpo estranho? Em caso afirmativo, leve-o até o hospital de referência, conforme orientação do médico regulador).

Em maiores de 1 ano (crianças e adultos) — conforme AHA 2025:

Realizar ciclos alternados de 5 golpes dorsais seguidos de 5 compressões abdominais (manobra de Heimlich), conforme atualização AHA 2025. Golpes dorsais: posicionar-se ao lado ou ligeiramente atrás da vítima, apoiar o tórax com uma das mãos e inclinar a vítima para frente; aplicar 5 golpes firmes entre as escápulas com a região hipotenar da outra mão. Compressões abdominais (Heimlich): posicionar-se de pé, atrás da vítima, com os braços circundando a cintura; manter uma das mãos fechada e a outra espalmada sobre ela, centralmente no abdome, entre a cicatriz umbilical e o apêndice xifóide;
Aplicar 5 compressões firmes para dentro e para cima. Alternar 5 golpes dorsais e 5 compressões abdominais até que a vítima expulse o corpo estranho, consiga respirar/tossir eficazmente ou perca a consciência. Caso haja perda de consciência, iniciar imediatamente as manobras de reanimação cardiopulmonar, verificando a cavidade oral a cada ciclo antes das ventilações;
***Utilizar as manobras de desobstrução de vias aéreas somente em caso de obstrução com sólidos ou semissólidos (que podem gerar óbitos por asfixia), o que não se aplica nos engasgos por líquidos;
***Nunca realizar varredura digital às cegas.

7. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

- Tratar engasgo por líquidos como OVACE;
- Realizar manobras inadequadas e transformar OVACE leve em grave;
- Realizar manobra de Heimlich em menores de um ano;
- Realizar varredura digital às cegas;

8. REFERÊNCIAS

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Obstrução de vias aéreas por corpo estranho e engasgo por líquidos: o que fazer?. Rio de Janeiro: SBP, 2023. Disponível em: https://www.sbp.com.br.
SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. SBP alerta para erros em orientações de primeiros socorros em casos de engasgo infantil. Rio de Janeiro: SBP, 2022. Disponível em: https://www.sbp.com.br.
SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Manual de prevenção de acidentes na infância. Rio de Janeiro: SBP, 2021.

AMERICAN HEART ASSOCIATION. 2025 American Heart Association Guidelines for CPR and Emergency Cardiovascular Care. Circulation, 2025. Part 3: Adult Basic and Advanced Life Support — Relief of Foreign-Body Airway Obstruction.

HISTÓRICO DE REVISÃO E APROVAÇÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1	2026	Elaboração do documento

RESPONSABILIDADE	SETOR
Elaboração	Coordenação de Unidades Móveis de Atenção à Urgência e Emergência
Revisão/Análise	Coordenação de Unidades Móveis de Atenção à Urgência e Emergência, Coordenação Médica de Unidades Móveis de Atenção à Urgência e Emergência, Coordenação de Enfermagem do SAMU
Validação	Núcleo da Qualidade do Cuidado em Saúde
Aprovação	Diretoria Técnica e Administrativa do Departamento de Urgência e Emergência

1. OBJETIVO

Padronizar a solicitação de apoio do Suporte Avançado pelo técnico de enfermagem do Suporte Básico de Vida do SAMU, garantindo atendimento seguro, respaldo técnico-legal e comunicação eficaz com o Complexo Regulador de Urgência (CRU);

2. APLICABILIDADE

Este documento se aplica a todos os técnicos de enfermagem do SAMU;

3. RESPONSÁVEIS

Médicos reguladores, técnicos em enfermagem e condutor socorrista;

4. DEFINIÇÕES

DUE- Departamento de Urgência e Emergência

5. COMPOSIÇÃO DA USB

Técnico de enfermagem e condutor socorrista;

6. RESPONSABILIDADES

a. Técnico de enfermagem

- Realizar avaliação inicial e contínua da vítima;
- Identificar sinais de gravidade;
- Solicitar apoio do Suporte Avançado de Vida, sempre que necessário;
- Cumprir rigorosamente as orientações médicas;
- Registrar todas as informações na RAE;

b. Complexo Regulador de Urgência (CRU)

- Avaliar a solicitação do técnico em enfermagem;
- Orientar condutas e procedimentos;
- Definir a necessidade de encaminhar o Suporte Avançado de Vida;

7. SITUAÇÕES QUE INDICAM SOLICITAÇÃO DE APOIO DO SUPORTE AVANÇADO

- Parada cardiorrespiratória;
- Alteração do nível de consciência;
- Instabilidade hemodinâmica;
- Dispnéia moderada ou grave;
- Convulsões;

- Trauma com sinais de gravidade;
- Hemorragias importantes;
- O técnico de enfermagem deve solicitar apoio ao Suporte Avançado sempre que a situação do paciente ultrapassar seus limites de atuação ou competência técnica;

8. PROCEDIMENTO

- Avaliar a cena antes de se aproximar da vítima, identificando riscos à própria segurança, à vítima e à terceiros;
- Garantir a segurança da cena e, se necessário, solicitar apoio de outros órgãos (bombeiro, polícia, concessionária);
- Utilizar corretamente os equipamentos de proteção individual;
- Realizar a avaliação primária, conforme diretrizes do PHTLS;
- Avaliar rapidamente o estado geral, observando o nível de consciência, vias aéreas, respiração, circulação, presença de hemorragia externa, sinais de choque e outras alterações graves;
- Identificar precocemente fatores que indiquem a necessidade de suporte avançado de vida;
- Realizar intervenções de emergência dentro da sua competência e respaldo legal;
- Monitorar continuamente os sinais vitais e a resposta da vítima às intervenções realizadas;
- Evitar atrasos desnecessários no atendimento e transporte;
- Comunicar-se de forma clara e objetiva com a equipe e a vítima, quando possível;
- Informar o médico regulador sempre que houver necessidade do suporte avançado de forma clara e sucinta o quadro clínico, sinais vitais e intervenções realizadas;
- Registrar todas as informações e procedimentos realizados;

9. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

- Falha na identificação precoce de situações que indiquem necessidade de suporte avançado de vida;
- Atrasos no atendimento e transporte;
- Falha na comunicação entre a equipe assistencial e a regulação;
- Atraso na solicitação do suporte avançado;
- Erros ou omissões no registro de informações;
- Falha no envio do recurso adequado;
- Falha na identificação da gravidade do paciente;

10. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção às Urgências**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Atendimento Pré-Hospitalar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência**. Portaria nº 2.048, de 5 de novembro de 2002. Diário Oficial da União: Brasília, 2002.

NAEMT – National Association of Emergency Medical Technicians. **PHTLS: Prehospital Trauma Life Support**. 9. ed. Burlington: Jones & Bartlett Learning, 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Prehospital trauma care systems**. Geneva: World Health Organization, 2005.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução COFEN nº 713/2022**. Dispõe sobre a atuação da equipe de enfermagem no atendimento pré-hospitalar móvel. Brasília: COFEN, 2022.

ANEXOS

Não se aplica

HISTÓRICO DE REVISÃO E APROVAÇÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1	2026	Elaboração do documento

RESPONSABILIDADE	SETOR
Elaboração	Coordenação de Unidades Móveis de Atenção à Urgência e Emergência
Revisão/Análise	Coordenação de Unidades Móveis de Atenção à Urgência e Emergência, Coordenação Médica de Unidades Móveis de Atenção à Urgência e Emergência, Coordenação de Enfermagem do SAMU
Validação	Núcleo da Qualidade do Cuidado em Saúde
Aprovação	Diretoria Técnica e Administrativa do Departamento de Urgência e Emergência

1. OBJETIVO

Estabelecer diretrizes, em conformidade com a legislação profissional da enfermagem e com as normativas vigentes, para o transporte seguro de pacientes em uso de ventilação mecânica invasiva e não invasiva (Bipap), no âmbito do atendimento pré-hospitalar móvel;

2. RECURSOS NECESSÁRIOS

- Ambulâncias do SAMU classificadas como Suporte Avançado de Vida (SAV), devidamente equipadas;
- Profissionais legalmente habilitados, incluindo condutores-socorristas, médicos, enfermeiros, com capacitação para atendimento a pacientes críticos;
- Dispositivos obrigatórios de sinalização sonora e luminosa, em pleno funcionamento (sirene e giroflex);
- Protocolos institucionais vigentes de regulação médica, classificação de risco e transporte de urgência e emergência;

3. ATIVIDADES CRÍTICAS

- Classificação inadequada pelo Complexo Regulador de Urgência, das ocorrências que demandem o envio de recursos de maior complexidade assistencial;
- Falha no acionamento oportuno da equipe de Suporte Avançado de Vida quando indicado pelo quadro clínico do paciente;
- Não identificação, pelo médico regulador, de pacientes em uso de ventilação mecânica invasiva ou não invasiva (Bipap), resultando na alocação inadequada de recursos;
- Utilização inadequada ou irregular dos dispositivos de sinalização sonora e luminosa (sirene e giroflex), comprometendo a segurança do transporte e o cumprimento da legislação de trânsito;

4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

O transporte de pacientes em ventilação mecânica invasiva ou não invasiva pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) caracteriza-se como atividade de alta complexidade assistencial, devendo ser realizado de forma planejada, segura e em estrita conformidade com a legislação vigente.
Pacientes submetidos à ventilação mecânica, independente da modalidade, exigem avaliação clínica contínua, monitorização rigorosa, ajuste de parâmetros ventilatórios e reconhecimento precoce de sinais de falha ventilatória, configurando-se como tecnologia assistencial de alta complexidade, inclusive nos casos de ventilação mecânica não invasiva.
Conforme a Lei n° 7.498/1986 e o Decreto n° 94.406/1987, compete ao enfermeiro a prestação de cuidados diretos à pacientes graves, bem como a tomada de decisão clínica, o gerenciamento da assistência e a supervisão da equipe de enfermagem.
A resolução COFEN n° 713/2022, que regulamenta a atuação da enfermagem no

atendimento pré-hospitalar móvel, estabelece que o Suporte Básico de Vida se destina a pacientes sem risco iminente de vida e sem necessidade de intervenções avançadas, enquanto pacientes com maior complexidade assistencial demandam atuação direta do enfermeiro.

A resolução COFEN n°639/2020 atribui **privativamente ao enfermeiro** as ações relacionadas à ventilação mecânica, **inclusive não invasiva**, tais como:

- Instalação e manejo da ventilação mecânica;
- Ajuste de parâmetros ventilatórios;
- Monitorização da resposta clínica;
- Identificação da falha ventilatória e necessidade de escalonamento do cuidado;

Pacientes em uso de Bipap apresentam risco potencial de instabilidade clínica, rebaixamento do nível de consciência, falha ventilatória aguda, broncoaspiração, entre outros.

Desta forma, não se enquadram como pacientes de baixa complexidade, tornando inadequado o transporte por Suporte Básico de Vida, sob os aspectos técnico, ético e legal.

4.1. Responsabilidades da Central de Transporte Sanitário Eletivo (CTSE):

- Compete ao enfermeiro receber email e realizar a triagem das solicitações de transporte recebidas;
- Arquivar em pasta específica e identificada como UTAS 2026 e comunicar Enfermeiro responsável pelo cronograma das UTAS;
- Enfermeiro responsável confere a data da solicitação do transporte com a data do comprovante de agendamento;
- Confere o endereço do paciente e a qual distrito sanitário pertence;
- Acessa o e-saúde para conferir se o cadastro do paciente é definitivo;
- Verifica anotações no sistema e-saúde que comprovam os critérios de inclusão de paciente com ventilação mecânica invasiva ou não invasiva- A análise deve contemplar a avaliação integral dos dados clínicos e o quadro atual do paciente para a correta indicação da Unidade de Transporte Avançado (UTA), observando-se rigorosamente os critérios de elegibilidade para pacientes em ventilação mecânica invasiva ou não invasiva;
- Se elegível, acessar a agenda da UTA na pasta CTS/DUE;
- Verificar se na agenda da UTA possui datae horário de transporte disponível para o referido agendamento;
- Se não tiver disponibilidade, digitar as informações do formulário e do comprovante na linha editável da ambulância, disponível na agenda;
- Toda segunda feira até às 09:00 o enfermeiro responsável deve encaminhar o cronograma semanal dos agendamentos das UTAS para o CRU via email complexoregulador@sms.curitiba.pr.gov.br;
- Um dia antes, o enfermeiro responsável, junto com o administrativo, confere os nomes do formulário com a agenda do dia e confirmam o transporte por mensagem de whatsapp ou por contato telefônico- em caso de alterações no cronograma, informar o CRU imediatamente;
- No dia do transporte o enfermeiro CTSE vai alocar o recurso da UTA, no sistema da

CELEPAR;

- Entra na função TARM, abre a ocorrência preenchendo todos os dados solicitados no sistema (conforme anexo 1);

✓ Solicitante: Nome do paciente
✓ Tipo local: Domicílio
✓ Incidente: Transporte combinado
✓ Cidade: Endereço de origem
✓ Cola o formulário de abertura de ocorrência no campo observações;
✓ Envolvido: Nome do paciente;

✓ Clica no ícone para selecionar o regulador (o regulador será o enfermeiro do dia);
✓ Anota o número da ocorrência em coluna específica da planilha de controle;
✓ No atendimento deve mudar a função TARM para REGULADOR;
✓ Fazer a regulação da ocorrência da seguinte forma:

-Na tela aparece a área do regulador, no caso o nome do enfermeiro logado, aparece as ocorrências abertas em amarelo;
- Confere o número da ocorrência escrita no formulário do paciente pendente e clica em cima do número da ocorrência;
- No campo “classificação do risco” é indicado a complexidade que indica o recurso, no caso da UTA precisa estar escrito “baixa”;
- No campo descrição médica para o transporte vai descrever por exemplo:
Transporte para consulta da origem tal para destino tal, transporte de alta da origem tal para destino-residência;
- Clica fora do espaço da “descrição médica” que salva automaticamente;
- Clica novamente em cima da linha da ocorrência e seleciona o recurso, acionando a unidade de suporte avançado;
- O enfermeiro RO vai despachar a UTA para realizar o transporte;
- Enfermeiro RO deve monitorar e acompanhar os deslocamentos via whatsapp para atualizações no sistema Celepar;
- Informar na planilha em campo destinado, a finalização do transporte (realizado/cancelado);
- O enfermeiro RO fica responsável de liberar a UTA no sistema Celepar;
- Encaminhar via whatsapp corporativo a liberação do recurso para o CRU ao supervisor RO;
- Em situações onde o horário do transporte coincidir com períodos de desinfecção da viatura, manutenção programada ou horário de almoço da equipe, compete à CTSE realizar o alinhamento prévio e direto com a equipe de campo;
***Observação: No período em que a UTA estiver alocada para o transporte de pacientes em ventilação mecânica invasiva ou não invasiva, estará sob a regulação da CTSE até o retorno do paciente ao domicílio;

4.2 Responsabilidades do Complexo Regulador de Urgência (CRU):

- Receber o cronograma semanal dos transportes da UTA de paciente em uso de ventilação mecânica invasiva ou não invasiva;
- Bloquear a agenda no dia e horário de agendamento para CTSE;

- Atentar para comunicação interna para alterações de cronograma;

4.3 Responsabilidades do enfermeiro assistencial:

- Higienizar as mãos conforme Protocolo Meta 5- Higiene das mãos n° 039.008.6.0001;
- Realizar a paramentação necessária conforme Protocolo de Precauções n° 039.008.6.0002;
- Avaliar sinais vitais: Pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória, SPO2 e nível de consciência;
- Confirmar estabilidade clínica do paciente;
- Verificar interface da ventilação mecânica não-invasiva, como ajuste e vedação corretos;
- Checar ventilador portátil: Modo, parâmetros, bateria carregada;
- Verificar se há oxigênio suficiente para todo o transporte (incluindo o cilindro de transporte);
- Preparar e instalar monitor multiparamétrico;
- Deixar material de emergência de fácil acesso (ambu,medicações);
- Durante o transporte, monitorar continuamente os sinais vitais, bem cmo sinais de desconforto ou instabilidade;
- Manter máscara/interface ajustada, evitando vazamentos;
- Manter ventilador nos parâmetros prescritos;
- Ao final do transporte, confirmar a continuidade da ventilação não invasiva no destivo;
- Retirar paramentação e higienizar as mãos;
- Documentar em RAM todo o tempo de transporte, sinais vitais, intervenções realizadas, continuidade da ventilação em destino e alterações clínicas;

5. MECANISMOS DE CONTROLE

- Auditoria periódica dos registros do Complexo Regulador de Urgência, verificando a correta identificação de pacientes em uso de ventilação mecânica invasiva ou não invasiva;
- Escala profissional;
- Formulário RAM e livro de ocorrências;
- Celular corporativo;
- Registros de email institucional;
- Treinamentos periódicos com lista de presença;
- Sistema Celepar;

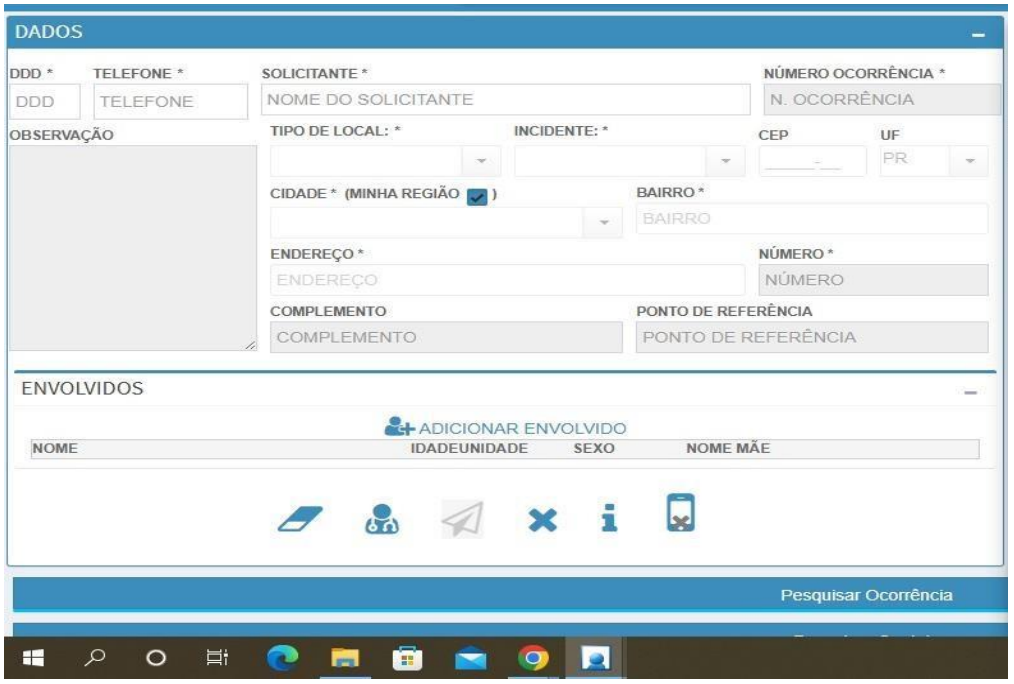
6. REFERÊNCIAS

BRASIL. **Conselho Federal de Enfermagem (COFEN).** *Resolução COFEN nº 639, de 06 de maio de 2020.* Dispõe sobre as competências do enfermeiro no cuidado aos pacientes em ventilação mecânica no ambiente extra e intra-hospitalar. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 08 maio 2020.

BRASIL. **Conselho Federal de Enfermagem (COFEN).** *Resolução COFEN nº 713, de 03 de novembro de 2022.* Estabelece normas para atuação dos profissionais de enfermagem no atendimento pré-hospitalar móvel, definindo competências do enfermeiro e técnico no SBV, SIV e SAV. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 03 nov. 2022.

7. ANEXOS

ANEXO 1: Tela para abertura de ocorrência;



HISTÓRICO DE REVISÃO E APROVAÇÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1	2026	Elaboração do documento

RESPONSABILIDADE	SETOR
Elaboração	Coordenação de Unidades Móveis de Atenção à Urgência e Emergência
Revisão/Análise	Coordenação de Unidades Móveis de Atenção à Urgência e Emergência, Coordenação Médica de Unidades Móveis de Atenção à Urgência e Emergência, Coordenação de Enfermagem do SAMU
Validação	Núcleo da Qualidade do Cuidado em Saúde
Aprovação	Diretoria Técnica e Administrativa do Departamento de Urgência e Emergência

1. OBJETIVO

Estabelecer e padronizar o procedimento de constatação de óbito, classificação da causa, exame externo do cadáver, emissão, destinação das vias, preenchimento dos campos críticos (campos 40 e 51), registro na ficha RAM, orientação à família, controle, reposição da Declaração de Óbito (DO) e procedimento específico para cremação (segundo atestado médico) pelas equipes do SAMU Curitiba, em conformidade com a Resolução CFM nº 1.779/2005, a Lei nº 6.015/1973 (art. 77, § 2º) e o Manual de Instruções para Preenchimento da DO (MS, 2022).

2. DEFINIÇÕES

- Declaração de Óbito (DO): documento oficial padronizado pelo Ministério da Saúde, impresso em três vias autocopiativas (branca, amarela e rosa), de uso obrigatório em todo o território nacional.
- Certidão de Óbito: documento emitido pelo Cartório de Registro Civil a partir da DO, indispensável ao sepultamento.
- Constatação de óbito: ato médico de verificar presencialmente a morte.
- Atestação de óbito: ato médico de emitir e assinar a DO, declarando a causa da morte.
- Causa natural: óbito cuja causa básica é doença ou estado mórbido.
- Causa externa: óbito decorrente de violência, acidente, suicídio, homicídio ou circunstância suspeita.
- eSaúde**:** sistema de prontuário eletrônico utilizado pela rede municipal de saúde de Curitiba, que contém o histórico clínico, patologias prévias, medicações em uso, internações anteriores e demais registros assistenciais do paciente. No contexto deste POP, é utilizado pelo médico plantonista da emergência da UPA como fonte complementar de informações para fundamentar o segundo atestado médico em caso de cremação.
- Exame externo: inspeção visual e palpatória da superfície corporal do cadáver para identificação de sinais de causa externa.
- IML: Instituto Médico Legal — serviço responsável pela emissão de DO em óbitos por causa externa.
- SIM: Sistema de Informação sobre Mortalidade, gerido pelo Ministério da Saúde.
- FAF — Ficha de Acompanhamento Funeral: documento preenchido pelo Serviço Funerário Municipal de Curitiba, destinado ao acompanhamento e controle do caso de óbito pelo serviço funerário.
- Ficha RAM: ficha de atendimento/registro do SAMU, equivalente ao prontuário do atendimento pré-hospitalar.
- Campo 40: Seção V da DO — Causas da Morte (Parte I).
- Campo 51: Seção VII da DO — Descrição Sumária do Evento.
- Segundo atestado médico: carimbo e assinatura de segundo médico na mesma DO, exigido por lei para cremação (Lei nº 6.015/1973, art. 77, § 2º).

3. ESCOPO E APLICABILIDADE

Este POP aplica-se a todos os óbitos constatados pelas equipes do SAMU Curitiba, incluindo: (a) óbitos em que a DO é emitida pelo médico do SAMU (causa natural); (b) óbitos em que a DO NÃO é emitida (causa externa — encaminhamento ao IML).

4. RECURSOS NECESSÁRIOS

- Ambulâncias do SAMU classificadas como Suporte Avançado de Vida (SAV);
- Profissionais legalmente habilitados para emissão da DO (médicos);
- Enfermeiros da equipe do SAMU e das UPAs de Curitiba;
- Duas folhas de Declaração de Óbito (DO);
- Unidade de Pronto Atendimento (UPA) de referência para reposição;
- Sistema ou registro de controle de uso das DO (livro das UPAS).

5. ATIVIDADES CRÍTICAS

- Preenchimento incompleto ou incorreto da Declaração de Óbito;
- Perda, extravio ou uso inadequado da DO;
- Falhas no registro da utilização da DO pela equipe;
- Falha no fluxo de reposição junto à UPA de origem da ambulância;
- Falta de DO disponível na ambulância durante atendimento.

6. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

6.1. Constatação de óbito e exame externo

6.1.1 O médico do SAMU é responsável pela constatação de óbito, que deverá ser obrigatoriamente precedida de exame externo minucioso do cadáver, com registro detalhado na ficha RAM (conforme item 6.5).

6.1.2 O exame externo inclui: inspeção da superfície corporal; verificação de sinais de trauma, marcas, lesões, equimoses, ferimentos, sinais de contenção ou qualquer evidência de causa externa; registro de rigidez cadavérica, livores, temperatura e coloração.

6.1.3. Classificação e decisão

Após o exame externo, o médico do SAMU classificará o óbito:

(A) Óbito por causa natural com diagnóstico definível: emitir DO, preenchendo o campo 40 (Seção V, Parte I) com a sequência lógica das causas da morte e o campo 51 (Seção VII) com 'Não há sinais externos de violência'.

(B) Óbito por causa natural sem diagnóstico definido: emitir DO, registrando no campo 40 (Seção V, Parte I) 'Causa da morte desconhecida' e utilizando a Parte II para informar patologias referidas por familiares, com uso de interrogação (?), 'sic' ou 'provável'. No campo 51 (Seção VII), registrar: 'Não há sinais externos de violência'.

(C) Óbito por causa externa, morte suspeita ou presença de qualquer sinal de violência: NÃO emitir DO. Constatar o óbito, comunicar imediatamente o médico regulador para acionamento da polícia e encaminhamento ao IML. Registrar na RAM.

6.1.4. Comunicação obrigatória

Em TODOS os óbitos constatados, o médico regulador deve ser comunicado.

6.1.5. Preenchimento da DO

O médico do SAMU deverá realizar o preenchimento completo, legível e sem rasuras de todos os campos elegíveis da DO.

Atenção especial ao registro do endereço da ocorrência (local do óbito) e conferência do endereço real de residência. Registros equivocados de endereço fazem com que a documentação fique paralisada até retificação, principalmente se o endereço real pertencer a outro município.

NUNCA utilizar termos vagos como 'parada cardiorrespiratória', 'parada cardíaca' ou 'insuficiência de múltiplos órgãos' como causa básica no campo 40. Esses termos descrevem o mecanismo da morte, não a causa.

A equipe deverá conferir os dados antes da entrega, assegurando legibilidade e completude.

6.1.6. Anotação na lateral da DO

O médico do SAMU deverá anotar na lateral da DO, conforme espaço indicado no Anexo 1: (a) a UPA de origem da ambulância; (b) o horário de troca de plantão do médico que emitiu a DO.

FINALIDADE: Esta anotação tem dupla função: (I) permitir que a família identifique qual UPA procurar para realizar a troca das vias e obter o segundo carimbo em caso de cremação; (II) permitir que a equipe da UPA saiba até qual horário, no máximo, as demais vias da DO (amarela e rosa) — que permanecem na ambulância até o retorno da equipe — deverão chegar à UPA para registro no livro de controle.

FORMATO PADRÃO: [UPA de origem] - [HH:MM]. Exemplo: UPA Boa Vista - 21:00.

6.1.7. Destinação das vias

Etapa 1: No local do óbito: a equipe entrega ao familiar responsável somente a 1ª via (BRANCA) da DO. Em caso de intenção de cremação, entregar também a 2ª via da ficha RAM, carimbada e assinada pelo médico do SAMU (conforme item 6.3.2c).

Etapa 2: Na UPA de origem: a equipe entrega a 2ª via (AMARELA) e a 3ª via (ROSA) na UPA de origem, realizando o preenchimento do livro de controle.

Etapa 3: Pela família: (a) a família comparece ao Serviço Funerário Municipal de Curitiba (Praça João Souto Maior, 50) com a via branca para registro do óbito; (b) posteriormente, comparece à UPA de origem (conforme anotação na lateral da DO), entrega a 4° via da FAF (fornecida pela funerária), e retira a via AMARELA da DO; (c) leva a via amarela ao Cartório de Registro Civil para obtenção da Certidão de Óbito.

NOTA: A 4ª via da FAF que a família entregará na UPA, deverá conter no seu verso carimbo contendo nome da funerária, modelo do veículo funerário bem como sua placa, nome e assinatura do agente funerário. Este documento comprova que o corpo foi encaminhado por um serviço funerário, conforme previsto em lei, afastando a imputação dos crimes de ocultação de cadáver e vilipêndio aos envolvidos. Sem esta via da FAF, a via amarela da DO não deverá ser entregue, sob hipótese alguma.

6.1.8. Orientação à família

A equipe deverá orientar o familiar responsável sobre o fluxo completo descrito em 6.1.7 (Etapa 3). Em caso de cremação: informar que a lei exige um segundo atestado médico (Lei nº 6.015/1973, art. 77, § 2º), a ser obtido na UPA de origem, mediante apresentação da 2ª via da ficha RAM carimbada e assinada pelo médico do SAMU.

6.2. PROCEDIMENTO EM CASO DE CAUSA EXTERNA

6.2.1 Quando houver sinais ou suspeita de causa externa (violência, acidente, suicídio, morte em circunstâncias suspeitas), o médico do SAMU deverá: (a) Constatar o óbito, mas NÃO emitir a DO; (b) Comunicar imediatamente o médico regulador; (c) O médico regulador providenciará o acionamento da polícia e o encaminhamento do corpo ao IML; (d) A equipe permanecerá no local conforme protocolo de segurança; (e) Registrar detalhadamente na ficha RAM todas as circunstâncias encontradas; (f) Orientar a família sobre o encaminhamento ao IML.

6.3. PROCEDIMENTO EM CASO DE CREMAÇÃO

6.3.1 Conforme a Lei nº 6.015/1973, art. 77, § 2º, a cremação somente será autorizada se a DO for firmada por 2 (dois) médicos ou por 1 (um) médico legista. O primeiro atestado é fornecido pelo médico do SAMU que constatou o óbito.

6.3.2 O segundo atestado (carimbo e assinatura) é fornecido pelo médico plantonista da emergência da UPA de origem da ambulância.

6.3.3 Responsabilidades do médico do SAMU que constatou o óbito (primeiro atestado):

(a) Informar à família sobre a exigência legal do segundo atestado médico;

(b) Registrar na ficha RAM, de forma DETALHADA e OBRIGATÓRIA:

- Contexto do chamado e circunstâncias encontradas;
- Descrição completa das condições do domicílio/local;
- Descrição minuciosa do estado do cadáver: posição, rigidez cadavérica, livores, temperatura, coloração;
- Resultado do exame externo com constatação EXPLÍCITA de AUSÊNCIA de sinais de causa externa;
- Histórico clínico obtido com familiares (patologias prévias, medicações, última consulta, sintomas precedentes);
- Causa da morte declarada no campo 40 da DO;
- Identificação completa do falecido;
- Registro de que a família manifestou intenção de cremação.

(c) Entregar à família, JUNTO com a 1ª via (branca) da DO, a 2ª via da ficha RAM, obrigatoriamente carimbada e assinada pelo médico do SAMU;

(d) Orientar a família a comparecer à UPA de origem da ambulância, apresentando a 2ª via da ficha RAM ao médico plantonista para obtenção do segundo carimbo e assinatura na DO.

6.3.4 Responsabilidades do médico plantonista da emergência da UPA de origem (segundo atestado):

(a) Receber e analisar a 2ª via da ficha RAM apresentada pela família, verificando se todas as informações do item 6.3.2b estão registradas;

(b) Consultar o prontuário eletrônico do paciente no sistema eSaúde, verificando histórico clínico, patologias prévias, medicações em uso e internações anteriores, a fim de corroborar a causa do óbito declarada pelo médico do SAMU;

(c) Confrontar as informações da ficha RAM com os dados do prontuário no eSaúde, confirmando consistência e documentação de ausência de sinais de causa externa;

(d) Sendo as informações consistentes e suficientes, apor carimbo e assinatura na DO, configurando o segundo atestado médico exigido pela Lei nº 6.015/1973;

(e) Em caso de dúvida fundamentada, insuficiência de informações na RAM, ou divergência relevante entre a RAM e o prontuário no eSaúde, RECUSAR o segundo atestado e comunicar a coordenação médica para deliberação.

6.3.5 NOTA: O segundo médico não está emitindo nova DO; está firmando a mesma DO já emitida, conforme exigência legal para cremação. A base para sua assinatura é a documentação detalhada registrada na 2ª via da ficha RAM, carimbada e assinada pelo médico do SAMU que constatou o óbito, combinada com a análise do prontuário eletrônico do paciente no sistema eSaúde (CEM, art. 83: médico plantonista/substituto).

6.4. REGISTRO NA FICHA RAM

Em todo óbito constatado pelo médico do SAMU, a ficha RAM deverá conter, no mínimo: (1) Data, hora e endereço exato da constatação; (2) Identificação completa do falecido;

(3) Descrição das condições do local; (4) Descrição detalhada do estado do cadáver: posição, rigidez, livores, temperatura, coloração, presença/ausência de lesões; (5) Resultado do exame externo: constatação explícita de presença ou AUSÊNCIA de sinais de causa externa; (6) Histórico clínico obtido com familiares; (7) Causa do óbito declarada no campo 40; (8) Registro do preenchimento do campo 51 ('Não há sinais externos de violência' ou descrição dos sinais encontrados); (9) Número da DO utilizada; (10) Classificação: causa natural / causa externa / suspeita; (11) Destino do corpo: família / IML; (12) Orientações dadas à família; (13).

Se a família manifestou intenção de cremação; (14) Registro de que a 2ª via da ficha RAM foi entregue à família, carimbada e assinada, para fins de obtenção do segundo atestado na UPA (em caso de intenção de cremação).

NOTA: Em caso de cremação, o preenchimento dos itens (4), (5), (6) e (8) é IMPRESCINDÍVEL para fundamentar a assinatura do segundo médico.

6.5. REPOSIÇÃO DA DO

- Cada ambulância deverá manter 2 folhas de Declaração de Óbito, sob responsabilidade do médico e enfermeiro do SAMU;
- Em caso de perda ou extravio, a reposição será feita após a confecção do boletim de ocorrência pela equipe responsável;
- A entrega da DO preenchida, bem como a reposição, deverão ser feitas na UPA de origem da ambulância (independente do endereço do óbito).

Em caso de erro que comprometa a legibilidade ou fidedignidade de qualquer campo: (a) Escrever 'INUTILIZADA' ou 'CANCELADA' de forma visível nas três vias; (b) Grampear as três vias juntas; (c) Registrar na RAM o número da DO inutilizada e o motivo; (d) Entregar as três vias inutilizadas na UPA de origem para controle; (e) Utilizar nova DO para preenchimento correto. A DO inutilizada jamais deve ser descartada — deve ser devolvida para controle numérico junto à SMS.

7. CONTROLE DA DO PELA UPA

7.1 A UPA de origem deverá manter livro de controle (ou instrumento equivalente padronizado) com os seguintes campos obrigatórios: data de fornecimento/reposição; número sequencial da DO; identificação do profissional que recebeu; identificação do profissional que forneceu na UPA; assinatura de ambos; status (utilizada / inutilizada / devolvida pela família).
7.2 O responsável pelo controle na UPA será o enfermeiro do plantão.
7.3 Quando a família comparecer à UPA de origem, o enfermeiro responsável pelo acolhimento deverá preencher o livro de óbitos com os dados da FAF (Ficha de Acompanhamento Funeral). A família deverá assinar o livro de óbitos no ato.
7.4 O controle deverá ser arquivado na UPA de origem.

8. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Declaração de Óbito: Manual de Instruções para Preenchimento. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, 2022.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.779/2005. Regulamenta a responsabilidade médica no fornecimento da Declaração de Óbito.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2.217/2018. Código de Ética Médica.

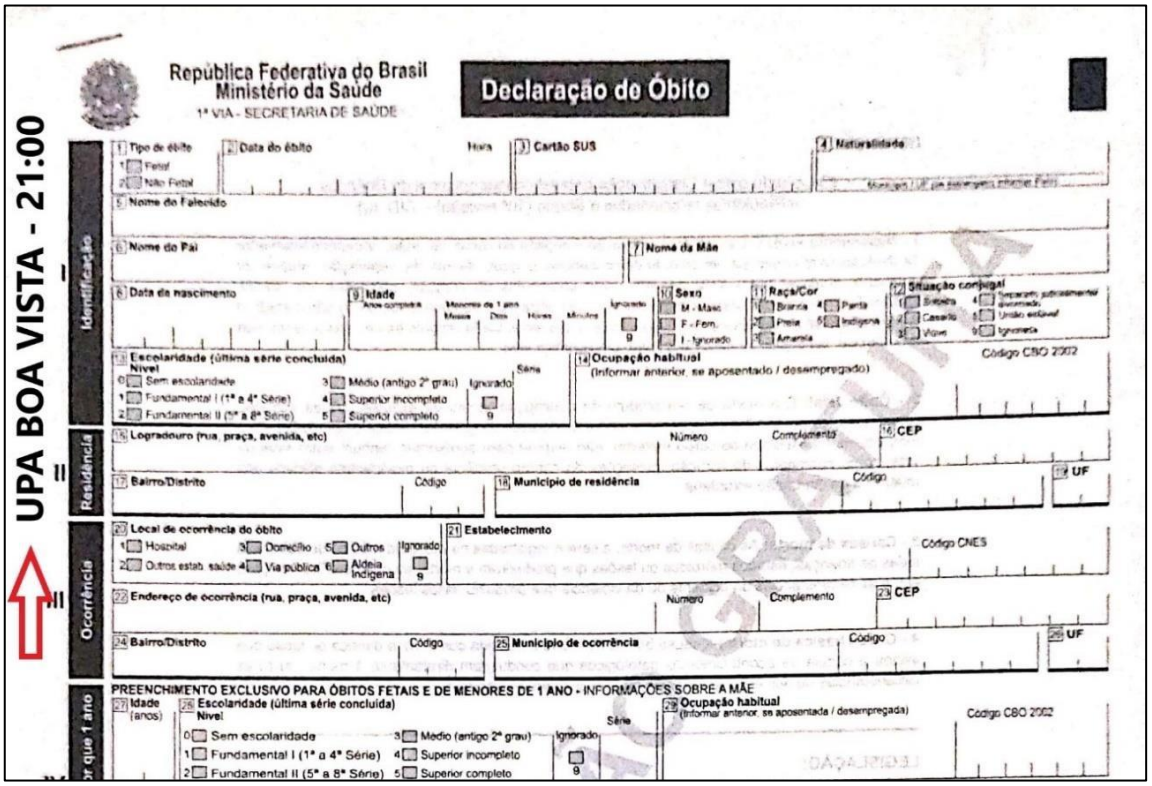
BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SVS/MS nº 116/2009. Regulamenta a coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio das informações sobre óbitos para o SIM.

BRASIL. Lei nº 6.015, de 31 de dezembro de 1973. Dispõe sobre os Registros Públicos. Art. 77, § 2º (cremação).

BRASIL. Código Penal. Art. 302 (falsidade de atestado médico).

9. ANEXOS

ANEXO 1: Local para anotar UPA de Origem e Horário de Troca de Plantão da Equipe. Exemplo: UPA Boa Vista - 21:00h.



HISTÓRICO DE REVISÃO E APROVAÇÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1	2026	Elaboração do documento

RESPONSABILIDADE	SETOR
Elaboração	Coordenação de Unidades Móveis de Atenção à Urgência e Emergência
Revisão/Análise	Coordenação de Unidades Móveis de Atenção à Urgência e Emergência, Coordenação Médica de Unidades Móveis de Atenção à Urgência e Emergência, Coordenação de Enfermagem do SAMU
Validação	Núcleo da Qualidade do Cuidado em Saúde
Aprovação	Diretoria Técnica e Administrativa do Departamento de Urgência e Emergência

1. OBJETIVO

Evitar a ocorrência de queda de pacientes durante o atendimento pré-hospitalar;

2. RECURSOS NECESSÁRIOS

- Ambulâncias do SAMU, devidamente equipadas;
- Cintos de fixação, cintos de segurança da maca, bandagens, maca e cadeira de rodas;

3. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Reconhecer o risco de queda;
- Realizar o transporte do paciente para a ambulância utilizando a cadeira de rodas ou maca, com a fixação dos cintos de segurança;
- No atendimento de trauma, na cena, aproximar ao máximo a maca retrátil do local onde se encontra o paciente, visando evitar longo deslocamento na prancha;
- Na prancha longa, fixar o paciente com NO MÍNIMO 3 cintos de segurança (3 pontos diferentes);
- Pacientes em emergências psiquiátricas: Avaliar a necessidade de contenção química e contenção mecânica, utilizando bandagens nos membros superiores e inferiores;
- Transportes de crianças com menos de 6 meses: Sempre que possível no colo do responsável e na ausência deste, no colo do profissional de saúde, exceto se houver indicação de incubadora de transporte;
- Ao armar a maca da ambulância, se certificar do travamento completo das travas e do correto posicionamento da maca, evitando que não arme corretamente, ocasionando a queda do paciente e/ou lesões à equipe. Ao desarmar a maca, se certificar da posição adequada. Verificar a trava do chão da ambulância, evitando que a maca se desprenda. Utilizar as mesmas precauções para a incubadora neonatal;
- Ao realizar transporte neonatal utilizando a incubadora, fazer uso de coxins para apoiar e utilizar os tirantes de segurança internos para fixar a criança, evitando deslocamentos dentro da incubadora;
- Ao realizar a transposição do paciente da cama para a maca, da maca para a cama, da cama para a cadeira, solicitar ajude de outros profissionais, realizando a ação com segurança para evitar quedas e/ou lesões aos profissionais;
- Ao transportar pacientes na maca manter sempre as grades elevadas. Ao deixar o paciente nas camas das unidades de atendimento, elevar as grades e avisar as equipes de atendimento quando houver risco elevado para quedas;
- Durante o transporte o profissional de saúde deve permanecer próximo ao paciente para manter a atenção e zelar pela segurança do mesmo. Jamais permanecer no banco dianteiro (cabine).

4. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

- Paciente com fixação inadequada na maca/incubadora;
- Pacientes agitados, confusos ou debilitados;
- Destravamento da maca/ incubadora;

5. REFERÊNCIAS

CERNKOVIC, S. A. C.; ANDRADE, B. C.; FONTES, C. E. R.; CAVAZANA, W. C. **Percepção dos profissionais de saúde acerca da ocorrência e prevenção de acidentes com socorristas do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).** Revista de Medicina, v. 102, n. 1, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Metas para segurança do paciente no atendimento pré-hospitalar móvel.** Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária; Fundação Oswaldo Cruz. **Protocolo de prevenção de quedas.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

HISTÓRICO DE REVISÃO E APROVAÇÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1	2026	Elaboração do documento

RESPONSABILIDADE	SETOR
Elaboração	Coordenação de Unidades Móveis de Atenção à Urgência e Emergência
Revisão/Análise	Coordenação de Unidades Móveis de Atenção à Urgência e Emergência, Coordenação Médica de Unidades Móveis de Atenção à Urgência e Emergência, Coordenação de Enfermagem do SAMU
Validação	Núcleo da Qualidade do Cuidado em Saúde
Aprovação	Diretoria Técnica e Administrativa do Departamento de Urgência e Emergência

1. OBJETIVO

Realizar a troca semanal dos materiais processados e esterilizados uma vez na semana, conforme escala predeterminada pela Logística do Departamento de Urgência e Emergência. Conferir a validade de materiais e medicamentos das Unidades Móveis do SAMU;

2. RECURSOS NECESSÁRIOS

- Ambulâncias do SAMU, devidamente equipadas;
- Materiais e medicamentos;
- Profissionais devidamente habilitados: Médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e condutor socorrista;

3. ATIVIDADES CRÍTICAS

- Falha na verificação da validade de materiais e equipamentos;
- Número de ocorrências elevado comprometendo o tempo necessário para a atividade;
- Ignorar materiais menos utilizados (como os pediátricos);
- Falha no controle dos lotes e vencimento dos medicamentos;
- Embalagens estéreis úmidas ou extraviadas;

4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Reunir todo o material processado e esterilizado, no dia da troca semanal conforme escala em anexo;
- Verificar a data de validade dos materiais esterilizados e autoclavados;
- Entregar na CME da UPA todos os materiais processados da viatura, bem como os materiais esterilizados que vencerão em menos de uma semana;
- Retirar na CME da UPA todos os materiais processados limpos, com prazo de validade de uma semana, bem como os esterilizados que foram entregues, conforme o item anterior;
- Guardar todo o material limpo em seus respectivos lugares e seguir para a desinfecção terminal, conforme orientação da Sala de Rádio (vide POP de desinfecção e limpeza da ambulância);
- No mesmo dia da troca semanal, o plantão noturno deverá verificar o prazo de validade de todos os materiais e medicamentos da viatura, solicitando a troca do que estiver para vencer;
- Em caso de medicamento psicotrópico, fazer a solicitação da troca por meio de formulário próprio (em anexo);
- Na impossibilidade de troca, principalmente de medicamentos, no período noturno, descrever no livro de ocorrência da viatura e passar no plantão para o enfermeiro do dia;

5. REFERÊNCIAS

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Segurança do paciente em serviços de saúde: limpeza e desinfecção de superfícies. 2. ed. Brasília: ANVISA, 2023.
BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de limpeza e desinfecção de superfícies em serviços de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

HISTÓRICO DE REVISÃO E APROVAÇÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1	2026	Elaboração do documento

RESPONSABILIDADE	SETOR
Elaboração	Coordenação de Unidades Móveis de Atenção à Urgência e Emergência
Revisão/Análise	Coordenação de Unidades Móveis de Atenção à Urgência e Emergência, Coordenação Médica de Unidades Móveis de Atenção à Urgência e Emergência, Coordenação de Enfermagem do SAMU
Validação	Núcleo da Qualidade do Cuidado em Saúde
Aprovação	Diretoria Técnica e Administrativa do Departamento de Urgência e Emergência

1. OBJETIVO

Estabelecer diretrizes para a trombólise com Tenecteplase em pacientes com Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnivelamento do Segmento ST (IAMCSST) no ambiente pré-hospitalar (SAMU/Aeronaves), visando otimizar a reperfusão coronariana precoce e reduzir a morbimortalidade.

2. DEFINIÇÕES

• **IAMCSST:** Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnivelamento do Segmento ST.
• **ICP:** Intervenção Coronariana Percutânea (angioplastia primária ou de resgate).
• **PCM (Primeiro Contato Médico):** momento em que o paciente é avaliado por profissional capacitado a interpretar ECG e iniciar tratamento. No transporte primário: chegada da equipe SAMU ao paciente. No transporte secundário (remoção de UPA para hospital): momento em que o paciente foi atendido pelo médico na UPA.
• **Estratégia fármaco-invasiva:** fibrinólise pré-hospitalar seguida de angiografia coronariana (2–24 h) com ICP se indicada.
• **Ficha RAM:** ficha de atendimento/registro do SAMU, equivalente ao prontuário do atendimento pré-hospitalar.
• **AAS:** Ácido Acetilsalicílico.
• **SF:** Soro Fisiológico 0,9%.
• **ECG:** Eletrocardiograma de 12 derivações.
• **BRE:** Bloqueio de Ramo Esquerdo.
• **RIVA:** Ritmo Idioventricular Acelerado.
• **DUE:** Departamento de Urgência e Emergência.
• **SESA:** Secretaria de Estado da Saúde.

3. ESCOPO E APLICABILIDADE

Este POP aplica-se a todos os atendimentos realizados pelas equipes de Suporte Avançado de Vida (SAV) do SAMU Curitiba e das Aeronaves em que se identifique IAMCSST com indicação de fibrinólise. Aplica-se tanto ao transporte primário (domicílio/via pública) quanto ao secundário (remoção de UPA para hospital com hemodinâmica).

4. RECURSOS NECESSÁRIOS

• Ambulâncias SAV do SAMU ou Aeronaves;
• Médicos e enfermeiros da equipe;
• Kit Tenecteplase (frasco-ampola + seringa pré-preenchida com solvente + adaptador de frasco);
• Enoxaparina 40 mg, AAS 100 mg, Clopidogrel 75 mg;
• Monitor multiparâmetros com ECG de 12 derivações;

• Desfibrilador, material para RCP, Atropina, Amiodarona;
• Equipo, SF 0,9% 100 mL.

5. ATIVIDADES CRÍTICAS

• Erro na identificação do IAMCSST ou na interpretação dos critérios eletrocardiográficos;
• Omissão de contraindicação absoluta à trombólise;
• Erro na dose de Tenecteplase (especialmente em idosos > 75 anos);
• Falha na comunicação com o médico regulador;
• Administração em acesso venoso com solução glicosilada (incompatibilidade);
• Não reconhecimento de arritmias de reperfusão;
• Registro insuficiente na ficha RAM e no formulário eletrônico.

6. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

6.1. Comunicação com o médico regulador e tomada de decisão

6.1.1 Antes de administrar o fibrinolítico, o médico da ambulância deverá comunicar detalhadamente ao médico regulador: quadro clínico, achados eletrocardiográficos, tempo de início dos sintomas, contraindicações avaliadas e intenção de trombólise.

6.1.2 A decisão deverá ser compartilhada com o regulador, considerando: riscos e benefícios da trombólise no caso específico; endereço do atendimento e tempo estimado de transporte; situação da rede de urgências naquele momento; perspectiva de angioplastia primária imediata; e outras questões oportunas.

6.1.3 A decisão final sobre o uso do trombolítico, após discussão do caso, é do médico da ambulância ou aeronave. Caso o regulador discorde, deverá apresentar de forma objetiva os motivos. Se não houver consenso, ambas as partes deverão registrar detalhadamente na ocorrência tudo que foi analisado.

6.1.4 O médico regulador deverá informar o hospital destino (com capacidade de ICP) sobre o uso do trombolítico antes da chegada do paciente.

6.2. Critérios de inclusão para trombólise

6.2.1 Todos os critérios abaixo devem ser preenchidos simultaneamente:

A) Critérios eletrocardiográficos (ECG de 12 derivações)

Supradesnivelamento do segmento ST no ponto J em pelo menos 2 derivações contíguas, conforme:

Derivações	Critério de Voltagem
DI, DII, DIII, aVL, aVF (membros)	≥ 1 mm (0,1 mV)
V1 a V3 — homens ≥ 40 anos	≥ 2 mm (0,2 mV)
V1 a V3 — homens < 40 anos	≥ 2,5 mm (0,25 mV)
V1 a V3 — mulheres	≥ 1,5 mm (0,15 mV)
V4 a V6 (precordiais laterais)	≥ 1 mm (0,1 mV)
BRE não constitui, isoladamente, critério automático para trombólise	Aplicar critérios de Sgarbossa modificado

Localização do IAM: anterior/septal (V1-V4); lateral alta (DI, aVL); lateral baixa (V5-V6); inferior (DII, DIII, aVF); posterior (V7-V9, espelho em V1-V3); ventrículo direito (V3R, V4R).

B) Critério temporal: Início dos sintomas ≤ 12 horas (maior benefício absoluto se < 3 horas). Investigar se houve piora recente no padrão de dor, sugerindo janela terapêutica ainda aberta.

C) Critério de acesso à ICP: Impossibilidade de realizar ICP primária dentro de 120 minutos a partir do PCM. ***No transporte secundário (remoção de UPA para hospital), o PCM corresponde ao momento em que o paciente foi atendido pelo médico na UPA.***

D) Ausência de contraindicações absolutas (ver item 6.3).

6.3. Checklist de contraindicações à trombólise

Base: bula Tenecteplase (EMA/Boehringer Ingelheim) + Diretriz ACS 2025 ACC/AHA.

CONTRAINDICAÇÕES ABSOLUTAS (qualquer item positivo = NÃO realizar trombólise):

☐	**CONTRAINDICAÇÕES ABSOLUTAS**
☐	Histórico de AVC hemorrágico ou AVC de origem desconhecida (em qualquer tempo)
☐	AVC isquêmico ou AIT nos últimos 6 meses
☐	Lesão do SNC: neoplasia, aneurisma, cirurgia intracraniana ou espinhal (qualquer tempo)
☐	Distúrbio hemorrágico significativo atual ou nos últimos 6 meses / diátese hemorrágica conhecida
☐	Sangramento ativo (exceto menstruação)
☐	HAS severa não controlada e refratária a medidas de emergência
☐	Suspeita ou sinais de dissecção aórtica

☐	Cirurgia de grande porte, biópsia de órgão parenquimatoso ou trauma significativo nos últimos 2 meses
☐	TCE ou trauma facial nos últimos 2 meses
☐	Uso de anticoagulantes orais efetivos (antagonista vit. K com INR > 1,3 ou DOACs com atividade residual)
☐	Endocardite bacteriana ou pericardite
☐	Pancreatite aguda
☐	Disfunção hepática grave (insuficiência hepática, cirrose, hipertensão portal, varizes esofágicas, hepatite ativa)
☐	Doença ulcerosa gastrintestinal ativa
☐	Aneurisma arterial conhecido e/ou malformação arteriovenosa
☐	Neoplasia com risco aumentado de sangramento
☐	Demência (avaliar caso a caso, não é contraindicação farmacológica absoluta)

CONTRAINDICAÇÕES RELATIVAS (ponderar risco-benefício individualmente):

☐	**CONTRAINDICAÇÕES RELATIVAS**
☐	PAS > 160 mmHg que responde ao tratamento (se refratária ≥ 180 mmHg → absoluta)
☐	RCP prolongada (> 2 minutos) ou traumática
☐	Sangramento TGI ou geniturinário recente (últimos 10 dias)
☐	Punção de vaso não compressível (subclávia, jugular interna) nas últimas 24 horas
☐	Injeção intramuscular recente
☐	Idade ≥ 75 anos — AJUSTAR para MEIA DOSE (ver item 6.4)
☐	Peso corporal < 50 kg
☐	Gravidez ou puerpério recente

6.4. Posologia da Tenecteplase

6.4.1 A Tenecteplase é fornecida em kit com seringa pré-preenchida com solvente e adaptador de frasco. Após reconstituição, a concentração final é de 5 mg/mL (1.000 U/mL). Administrar em bolus IV único em aproximadamente 10 segundos. Dose máxima: 50 mg (10.000 U).

6.4.2 INCOMPATIBILIDADE: Tenecteplase é incompatível com soluções de glicose/dextrose. Utilizar APENAS SF 0,9% para flush da via IV antes e após a administração.

TABELA 1 — Pacientes ≤ 75 anos (dose padrão)

Peso (kg)	Dose (U)	Dose (mg)	Volume (mL)
< 60	6.000	**30**	**6**
≥ 60 a < 70	7.000	**35**	**7**
≥ 70 a < 80	8.000	**40**	**8**
≥ 80 a < 90	9.000	**45**	**9**
≥ 90	10.000	**50**	**10**

PACIENTES > 75 ANOS: UTILIZAR OBRIGATORIAMENTE MEIA DOSE
(conforme protocolo STREAM — redução do risco de hemorragia intracraniana)

TABELA 2 — Pacientes > 75 anos (MEIA DOSE)

Peso (kg)	Dose (U)	Dose (mg)	Volume (mL)
< 60	3.000	**15**	**3**
≥ 60 a < 70	3.500	**17,5**	**3,5**
≥ 70 a < 80	4.000	**20**	**4**
≥ 80 a < 90	4.500	**22,5**	**4,5**
≥ 90	5.000	**25**	**5**

6.5. Terapia antiplaquetária e anticoagulante adjuvante

6.5.1 AAS: 300 mg VO (mastigar) o mais precocemente possível.

6.5.2 Clopidogrel:

• **Pacientes ≤ 75 anos:** dose de ataque 300 mg VO.
• **Pacientes > 75 anos:** dose de 75 mg VO (sem dose de ataque elevada).

6.5.3 Enoxaparina:

• **Pacientes ≤ 75 anos:** 30 mg IV em bolus, seguido de 1 mg/kg SC 15 min após (máximo 100 mg nas 2 primeiras doses SC). Manutenção: 1 mg/kg SC 12/12h.
• **Pacientes > 75 anos:** SEM bolus IV. Iniciar 0,75 mg/kg SC 12/12h (máximo 75 mg nas 2 primeiras doses SC).
• **ClCr < 30 mL/min:** 1 mg/kg SC 1x/dia (24/24h), se conhecido no momento do atendimento.

6.6. Arritmias de reperfusão — reconhecimento e manejo pré-hospitalar

6.6.1 A trombólise coronariana pode desencadear arritmias de reperfusão em relação temporal estreita com a administração. São, em geral, marcadores de sucesso terapêutico, porém podem ser ameaçadoras à vida. É obrigatório ter desfibrilador, marca-passo transcutâneo e antiarrítmicos disponíveis antes da administração.

Arritmia	Mecanismo	Significância	Conduta
RIVA	Automatismo de fibras de Purkinje por lavagem de metabólitos	Benigno. Sinal clássico de reperfusão. FC 60-120 bpm, QRS alargado.	Observação. NÃO tratar. NÃO administrar antiarrítmicos (risco de assistolia).
Bradicardia sinusal	Reflexo de Bezold-Jarisch (IAM inferior) ou reperfusão do nó sinusal.	Comum em IAM inferior. Geralmente transitória.	Se FC < 50 bpm + hipotensão/baixo débito: Atropina 0,5 mg IV (repetir a cada 3-5 min, máx 3 mg). Se refratária: marca-passo transcutâneo.
BAV 2º/3º grau	Isquemia ou reperfusão do nó AV (IAM inferior) ou sistema His-Purkinje (IAM anterior).	Transitório na reperfusão inferior. BAV em IAM anterior: prognóstico reservado.	Instabilidade: Atropina (se resposta pobre) → marca-passo transcutâneo. Comunicar hospital destino.
TV sustentada (monomorfa)	Reentrada perinfarto ou automatismo focal.	Potencialmente fatal. Diferenciar de RIVA pela FC (> 120 bpm) e inst. hemodinâmica.	Com pulso + estável: Amiodarona 150 mg IV em 10 min (pode repetir). Sem pulso: ACLS (desfibrilação).
FV / TV sem pulso	Isquemia residual, reperfusão abrupta, distúrbio eletrolítico.	PCR. Pode ocorrer precocemente após reperfusão.	Protocolo ACLS: desfibrilação imediata + RCP. Adrenalina 1 mg IV 3-5 min. Amiodarona 300 mg IV (2ª dose: 150 mg).
ESV frequentes / TVNS	Automatismo ectópico por reperfusão.	Geralmente benignas. Vigiar degeneração.	Observação. Tratar apenas se TV sustentada ou inst. hemodinâmica.
FA aguda	Isquemia atrial, disfunção diastólica aguda, sobrecarga de VE.	Associada a maior área de infarto e pior prognóstico.	Instável: cardioversão sincronizada (120-200J bifásico). Estável: controle de FC com amiodarona (evitar betabloqueador se disfunção de VE).

6.7. Critérios de reperfusão (referência)

6.7.1 Os critérios de reperfusão serão avaliados primariamente no ambiente intra-hospitalar. Para referência da equipe pré-hospitalar, os principais marcadores de reperfusão bem-sucedida são: alívio significativo da dor torácica; redução do supra de ST ≥ 50% no ECG de controle (60–90 min); arritmias de reperfusão (especialmente RIVA); pico precoce de biomarcadores (se disponível).

6.7.2 Se houver persistência ou piora da dor e do supra ST durante o transporte, comunicar imediatamente o regulador e o hospital destino, sinalizando possível necessidade de ICP de resgate.

6.8. Transporte

6.8.1 Todo paciente que recebeu fibrinolítico deverá ser transportado para hospital com capacidade de ICP, conforme orientação do regulador.

6.8.2 Monitorização contínua durante o transporte: ECG, oximetria, PA não invasiva.

6.8.3 Evitar punções arteriais, injeções intramusculares e manipulação desnecessária do paciente.

6.8.4 O seguimento clínico pós-administração (anticoagulação de manutenção, estratificação de risco, angiografia, ICP) é de responsabilidade da equipe intra-hospitalar.

6.9. Documentação obrigatória

6.9.1 Preencher detalhadamente a ficha RAM (ficha de atendimento do SAMU) com: quadro clínico, achados do ECG, horários (início dos sintomas, PCM, ECG, administração do fibrinolítico, chegada ao hospital), dose administrada, medicações adjuvantes, intercorrências e discussão com o regulador.

6.9.2 Preencher o formulário eletrônico da SESA: **https://redcap.link/pa7jh973**

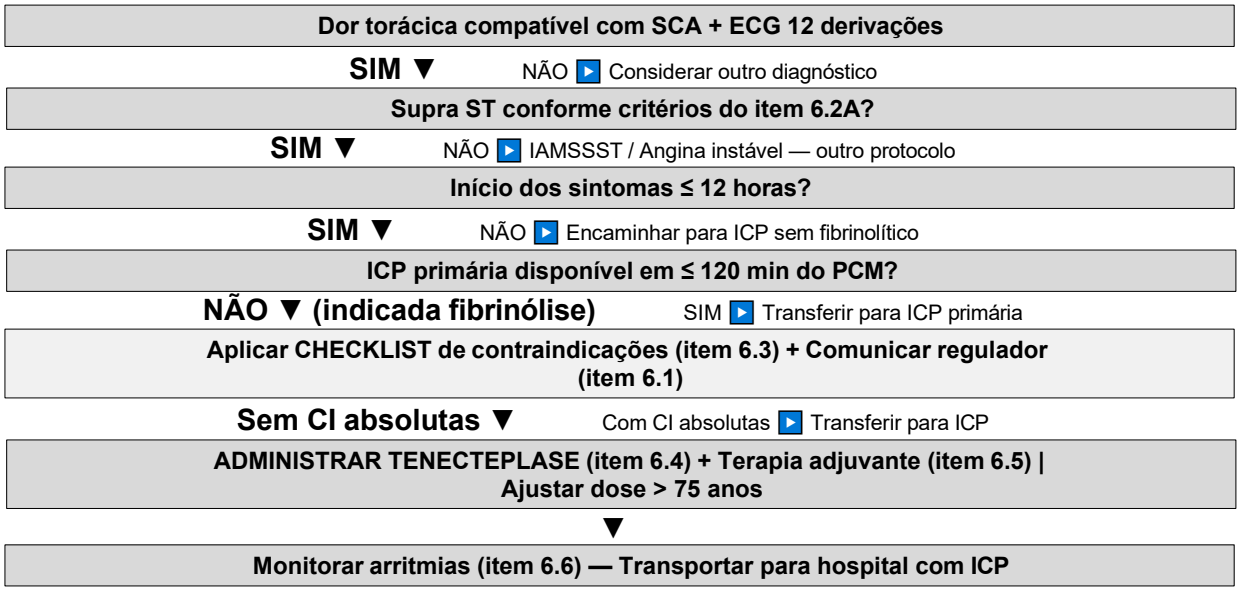
6.10. Reposição da medicação

6.10.1 A reposição da Tenecteplase será realizada no DUE (Departamento de Urgência e Emergência), mediante:

(a) Entrega da caixa da medicação utilizada (necessária para logística reversa à SESA);
(b) Cópia da ficha RAM (ficha de atendimento do SAMU), conforme protocolo de reposição de medicamentos de alto custo.

Sem a devolução da caixa e a cópia da ficha RAM, a reposição não será autorizada.

7. FLUXOGRAMA DE DECISÃO



8. REFERÊNCIAS

RAO, S. V.; O'DONOGHUE, M. L.; RUEL, M.; RAB, T.; TAMIS-HOLLAND, J. E.; ALEXANDER, J. H. et al. 2025 ACC/AHA/ACEP/NAEMSP/SCAI guideline for the management of patients with acute coronary syndromes: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *Circulation*, v. 151, n. 13, p. e771–e862, 2025. DOI: 10.1161/CIR.0000000000001309.EUROPEAN MEDICINES AGENCY. *Metalyse (tenecteplase): EPAR – product information / summary of product characteristics (SmPC)*. EMEA/H/C/000306. Revision 24. Atualizado em: 2 abr. 2024.

ARMSTRONG, P. W.; GERSHLICK, A. H.; GOLDSTEIN, P.; WILCOX, R.; DANAYS, T.; LAMBERT, Y. et al.; STREAM INVESTIGATIVE TEAM. Fibrinolysis or primary PCI in ST-segment elevation myocardial infarction. *New England Journal of Medicine*, v. 368, n. 15, p. 1379–1387, 2013. DOI: 10.1056/NEJMoa1301092.

VAN DE WERF, F.; RISTIĆ, A. D.; AVERKOV, O. V.; KOZHUHOV, M.; LJUNGMAN, C.; REINER, Ž. et al. STREAM-2: half-dose tenecteplase or primary percutaneous coronary intervention in older patients with ST-segment-elevation myocardial infarction: a randomized, open-label trial. *Circulation*, v. 148, n. 9, p. 753–764, 2023. DOI: 10.1161/CIRCULATIONAHA.123.064521.

ASSESSMENT OF THE SAFETY AND EFFICACY OF A NEW THROMBOLYTIC (ASSENT-2) INVESTIGATORS. Single-bolus tenecteplase compared with front-loaded alteplase in acute myocardial infarction: the ASSENT-2 double-blind randomised trial. *The Lancet*, v. 354, n. 9180, p. 716–722, 1999. DOI: 10.1016/S0140-6736(99)07403-6.

HISTÓRICO DE REVISÃO E APROVAÇÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1	2026	Elaboração do documento

RESPONSABILIDADE	SETOR
Elaboração	Coordenação de Unidades Móveis de Atenção à Urgência e Emergência
Revisão/Análise	Coordenação de Unidades Móveis de Atenção à Urgência e Emergência, Coordenação Médica de Unidades Móveis de Atenção à Urgência e Emergência, Coordenação de Enfermagem do SAMU
Validação	Núcleo da Qualidade do Cuidado em Saúde
Aprovação	Diretoria Técnica e Administrativa do Departamento de Urgência e Emergência

1. OBJETIVO

Promover ventilação a pacientes inconscientes ou com acentuada depressão do nível de consciência e com reflexo de vômito ausente, quando a ventilação por bolsa-válvula-máscara (BVM) com reservatório e/ou a intubação orotraqueal não forem possíveis ou a ventilação não reverter a hipoxemia;

2. APLICABILIDADE

Este documento se aplica a médicos e enfermeiros habilitados.

3. RECURSOS NECESSÁRIOS

Álcool 70%, EPIs obrigatórios, máscara laringea de tamanho compatível ao peso do paciente, seringa de 20 ml, gel lubrificante, cadarço para fixação, oxímetro de pulso;

4. PROCEDIMENTO

- Higienizar as mãos com álcool 70%;
- Separar e organizar o material a ser utilizado;
- Identificar-se e explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
- Utilizar os EPIs conforme o risco;
- Escolher o tamanho da máscara laríngea considerando o peso do paciente;
- Desinflar totalmente o manguito pneumático (cuff) da máscara, utilizando uma seringa de 20 ml;
- Lubrificar levemente a face posterior da máscara para facilitar o deslizamento pelo pelo palato e pela curvatura da faringe (evitar excesso de gel);
- Segurar a máscara usando a barra de fixação como apoio ou posicionando o dedo indicador na junção do manguito pneumático com o tubo;
- Realizar uma leve extensão na cabeça do paciente (para os paciente de trauma, realizar a manobra de projeção da mandíbula);
- Iniciar a passagem da máscara com sua abertura voltada para a língua e seu dorso para o palato de forma alinhada e com movimento curvilíneo contínuo, breve e firme;
- A inserção deve ser realizada o mais profundamente possível na hipofaringe até que exista resistência na passagem (figura em anexo);
- Certificar-se do correto posicionamento (o tubo deverá estar alinhado com o nariz do paciente e o protetor de mordedura deverá estar alinhado com os dentes);
- Insuflar o manguito com a quantidade de ar recomendada pelo fabricante, acompanhando pelo cuff a quantidade de ar insuflada;
- Conectar o dispositivo BVM e insuflar, observando a expansão torácica e realizando ausculta pulmonar padrão para confirmar a ventilação;
- Fixar a máscara adequadamente com cadarço;
- Deixar o paciente em posição confortável;
- Recolher o material e desprezar o lixo em local apropriado;
- Higienizar as mãos com álcool 70%;

- Anotar procedimento na ficha de ocorrência RAM/RAE;
- A máscara laríngea, assim como os demais dispositivos supraglóticos, não protege totalmente as vias aéreas de regurgitação, havendo possibilidade de aspiração;
- A extensão da cabeça e do pescoço favorece a inserção da máscara, mas, no trauma a manobra de tração da mandíbula é suficiente para facilitar o procedimento;
- Nunca exceder o volume indicado para enchimento do cuff;
- Durante o enchimento do cuff é normal ocorrer um pequeno retrocesso da máscara, devido ao acomodamento do coxim sobre as estruturas supraglóticas;
- A passagem da máscara laríngea é atribuição do profissional enfermeiro ou médico. A realização desse procedimento deve estar condicionada ao treinamento e experiência do profissional;
- Considerar as restrições no uso da máscara laríngea:

a) Risco de regurgitação de conteúdo gástrico:
- Pacientes que não estejam em jejum;
- Obesidade extrema ou mórbida;
- Politraumatizados com estômago cheio;
- Pacientes com dor e/ou tratamento com opióides;
- Pressão intracraniana aumentada;

b) Baixa complacência pulmonar ou resistência à ventilação:
- Fibroses, obesidade mórbida, broncoespasmo, edema pulmonar, trauma torácico;
- Grandes tumores cervicais;

c) Alterações anatômicas:
- Impossibilidade de extensão cervical (como na instabilidade da coluna cervical);
- Patologias faríngeas e orais (hematomas e tumores);
- Obstrução na laringe ou abaixo dela;

5. REFERÊNCIAS

AMERICAN HEART ASSOCIATION. Part 3: Adult Basic and Advanced Life Support — 2020 AHA Guidelines for CPR and ECC. Circulation, v. 142, n. 16, suppl. 2, p. S366–S468, 2020.» https://iep.hospitalsiriolibanes.org.br/web/iep/-/pediatric-advanced-life-support-pals.

APFELBAUM JL, HAGBERG CA, CONNIS RT, et al. 2022 American Society of Anesthesiologists Practice Guidelines for Management of the Difficult Airway. Anesthesiology, v. 136, n. 1, p. 31–81, 2022.

ANEXOS

Fonte: Suporte Avançado de Vida em Pediatria. Manual para Provedores, 2003, p. 98.

Foto 1: Posicionamento correto da máscara laríngea

HISTÓRICO DE REVISÃO E APROVAÇÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1	2026	Elaboração do documento

RESPONSABILIDADE	SETOR
Elaboração	Coordenação de Unidades Móveis de Atenção à Urgência e Emergência
Revisão/Análise	Coordenação de Unidades Móveis de Atenção à Urgência e Emergência, Coordenação Médica de Unidades Móveis de Atenção à Urgência e Emergência, Coordenação de Enfermagem do SAMU
Validação	Núcleo da Qualidade do Cuidado em Saúde
Aprovação	Diretoria Técnica e Administrativa do Departamento de Urgência e Emergência

1. OBJETIVO

Organizar e orientar o atendimento prestado às pessoas em situação de hipoglicemia, corrigindo de forma protocolar, quando não se tem o médico de forma presencial, utilizando o recurso de telemedicina na Central de Regulação de Urgência do SAMU;

2. APLICABILIDADE

Este documento se aplica às equipes de Suporte Básico de Vida do SAMU;

3. RECURSOS NECESSÁRIOS

Lancetas, glicosímetro e fitas reagentes de glicemia, álcool 70%, recipiente de descarte de perfurocortante, luvas de procedimento, gaze, equipo de soro, polifix, cateter intravenoso periférico, agulha 1,20 x 25 (para diluição), seringa de 20 ml, glicose hipertônica 50%, soro glicosado 5% de 100 ml e micropore;

4. PROCEDIMENTO

- Avaliar a cena;
- Higienizar as mãos com álcool 70%;
- Utilizar os EPIs;
- Realizar a avaliação primária e secundária e sinais vitais para obtenção de dados que permitam avaliar o risco do paciente;
- Verificar a glicemia capilar de extremidades. Caso as extremidades dos dedos estejam apresentando má perfusão tecidual, realizar a coleta de uma gota de sangue do lóbulo da orelha. No caso de recém-nascidos a verificação da glicemia deve ser realizada na face lateral do calcâneo;
- As equipes de Suporte Básico de Vida, ao verificarem sinais e sintomas de hipoglicemia, devem comunicar ao médico regulador e após seguir com a correção conforme este fluxo;
- Observar a presença de sensibilidade, dor, eritema, edema e cordão fibroso na extensão da veia escolhida para administrar a solução. Caso identifique sinais de flebite, interromper a infusão imediatamente e realizar nova punção venosa. Aplicar compressas frias e comunicar a equipe que irá receber o paciente, registrando o evento adverso na ficha de atendimento;
- Na impossibilidade de obter acesso venoso, solicitar apoio do Suporte Avançado de Vida;
- Reavaliar os níveis glicêmicos de 5 a 10 minutos após a correção. Atentar para o nível de consciência constantemente e reportar ao médico regulador alterações do quadro clínico;
- As equipes de Suporte Básico de Vida devem encaminhar todos os pacientes para avaliação médica, especialmente os que fazem uso de hipoglicemiantes orais, insulinas de ação rápida, intermediária e longa para reavaliação das doses e da terapia prescrita;

CLASSIFICAÇÃO DAS HIPOGLICEMIAS			
Nível	**Glicemia**	**Descrição**	**Condutas**
1 Alerta de Hipoglicemia	≤ 70 mg/dL	Glicemia suficientemente baixa para tratamento com carboidrato de ação rápida e/ou oferta de glicose oral	Acionar médico regulador. Se Glasgow 15, providenciar oferta de 15 a 20 g de carboidrato de ação rápida via oral conforme as orientações para correção de hipoglicemia
2 Hipoglicemia clinicamente significativa	≤ 55 mg/dL	Hipoglicemia grave e clinicamente importante	Acionar médico regulador, providenciar AVP
3 Hipoglicemia severa	Nenhum limite específico de glicose	Hipoglicemia associada a comprometimento cognitivo grave	Acionar médico regulador, providenciar AVP. Aguardar orientação da regulação após solicitar apoio do SAV.
Observação: A capacidade de leitura do aparelho é de 10 mg/dl a 600mg/dl. Para valores menores que 10 mg/dl aparecerá a indicação **LO**; e para valores maiores que 600 mg/dl aparecerá a indicação **HI**. Nesses casos, repita o teste para confirmar o resultado antes de comunicar o médico.			

Fonte: Adaptado de ADA — Standards of Care in Diabetes, 2024 e Diretriz SBD, 2024

ORIENTAÇÕES PARA CORREÇÃO DE HIPOGLICEMIA EM ADULTOS	
Nível 1 – Alerta de Hipoglicemia (≤ 70mg/dL)	
Assintomático (Glasgow 15)	15 a 20 g de carboidrato de ação rápida por via oral (ex.: 01 sachê de mel, 01 colher de sopa de açúcar dissolvida em água, 150 mL de suco de laranja ou 03 colheres de sopa de glicose líquida)
Nível 2 – Hipoglicemia clinicamente significativa (≤ 55 mg/dL) e Nível 3 – Hipoglicemia Severa	
Sintomático	Diluir 30ml de Glicose Hipertônica 50% (**3 ampolas**) em 100ml de SF 0,9%. Administrar em infusão rápida via EV.

ORIENTAÇÕES PARA CORREÇÃO DE HIPOGLICEMIA EM CRIANÇAS (28 dias até a puberdade)	
Nível 1 – Alerta de Hipoglicemia (≤ 70mg/dL)	
Assintomática (normoativa/Glasgow 15)	3ml/kg de Glicose 10%* por Via Oral
Nível 2 – Hipoglicemia clinicamente significativa (≤ 55 mg/dL) e Nível 3 – Hipoglicemia Severa	
Sintomática	Administrar Glicose 10%* na dose de 2ml/kg em bolus via EV.

*Para obter Glicose 10%, utilizando a seringa de 10ml aspire 2 ml de Glicose Hipertônica 50% e complete com 8ml de Solução Fisiológica 0,9%.

*Consultar tabela para verificar doses conforme peso em kg.

TABELA PARA CORREÇÃO DE HIPOGLICEMIA COM GLICOSE 10% EM CRIANÇAS (28 dias até a puberdade) CONFORME PESO – VIA ORAL

PESO	DOSE	PESO	DOSE
1kg	3ml	15kg	45ml
2kg	6ml	20kg	60ml
3kg	9ml	25kg	75ml
4kg	12ml	30kg	90ml
5kg	15ml	35kg	105ml
10kg	30ml		

TABELA PARA CORREÇÃO DE HIPOGLICEMIA COM GLICOSE 10% EM CRIANÇAS (28 dias até a puberdade) CONFORME PESO – VIA EV

PESO	DOSE	PESO	DOSE
1kg	2ml	15kg	30ml
2kg	4ml	20kg	40ml
3kg	6ml	25kg	50ml
4kg	8ml	30kg	60ml
5kg	10ml	35kg	70ml
10kg	20ml		

5. REFERÊNCIAS

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of Care in Diabetes — 2024. Diabetes Care, v. 47, suppl. 1, p. S267–S278, 2024. SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2024. São Paulo: Clannad, 2024. JOINT BRITISH DIABETES SOCIETIES FOR INPATIENT CARE (JBDS). The Hospital Management of Hypoglycaemia in Adults with Diabetes. 4. ed. London: JBDS, 2023.

HISTÓRICO DE REVISÃO E APROVAÇÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1	2026	Elaboração do documento

RESPONSABILIDADE	SETOR
Elaboração	Coordenação de Unidades Móveis de Atenção à Urgência e Emergência
Revisão/Análise	Coordenação de Unidades Móveis de Atenção à Urgência e Emergência, Coordenação Médica de Unidades Móveis de Atenção à Urgência e Emergência, Coordenação de Enfermagem do SAMU
Validação	Núcleo da Qualidade do Cuidado em Saúde
Aprovação	Diretoria Técnica e Administrativa do Departamento de Urgência e Emergência

1. OBJETIVO

Estabelecer diretrizes para a realização segura e eficaz da punção intraóssea (IO) em pacientes com necessidade de acesso imediato, quando o acesso venoso periférico não for obtido em tempo oportuno;

2. APLICABILIDADE

Este documento se aplica aos enfermeiros do Suporte Avançado de Vida do SAMU;

3. INDICAÇÕES

A punção intraóssea está indicada em situações de emergência, quando há dificuldade ou impossibilidade de acesso venoso periférico, especialmente em casos de parada cardiorrespiratória, choque, politrauma, queimaduras extensas, situações em que o acesso periférico não é obtido após 3 tentativas;

4. CONTRA INDICAÇÕES

4.1 Absolutas

- Fratura do osso a ser puncionado;
- Tentativa prévia no mesmo sítio;
- Infecção do local da punção;

4.2 Relativas

- Doenças ósseas (osteoporose grave);
- Próteses ortopédicas no local;
- Cirurgia ortopédica recente no osso escolhido;

5. LOCAIS DE PUNÇÃO

- Tíbia proximal (preferencial): 2 cm abaixo da tuberosidade tibial, face medial;
- Tíbia distal: 2 a 3 cm acima do maléolo medial;
- Úmero proximal: tubérculo maior, com braço aduzido;

6. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Dispositivo de acesso intraósseo;
- Agulha IO adequada ao paciente;
- EPIs;
- Seringa com soro fisiológico;
- Equipo e solução para infusão;
- Curativo para fixação;

6. TÉCNICA DE INSERÇÃO

- Higienizar as mãos e utilizar EPIs;
- Identificar o local anatômico;
- Realizar antissepsia da pele;
- Inserir a agulha IO com pressão firme;
- Conferir o posicionamento: sensação de perda de resistência, estabilidade da agulha, aspiração medula óssea (nem sempre presente);
- Realizar flush com 10 ml de soro fisiológico;
- Iniciar infusão;

7. ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS

Todos os medicamentos administrados por via endovenosa podem ser adminstrados por via intraóssea, respeitando: a mesma dose da via endovenosa, sempre realizar um flush com 5 a 10 ml de soro fisiológico após a medicação;

8. CUIDADOS E MONITORIZAÇÃO

- Verificar sinais de infiltração, como edema e dor local;
- Manter fixação adequada;
- Monitorar o fluxo da infusão;
- O tempo de permanência deve ser de até 24 horas;
- Deve-se registrar na ficha de atendimento: Local de punção, horário, dispositivo utilizado, medicações e volumes infundidos e intercorrências;
- A reposição do dispositivo deverá ser realizada na CME do DUE mediante apresentação da ficha de atendimento com o registro adequado;

9. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

- Falta de habilidade técnica para inserção do dispositivo intraósseo;
- Confirmação inadequada do posicionamento;
- Extravazamento e síndrome compartimental;
- Fixação inadequada;

10. REFERÊNCIAS

American Heart Association (AHA). *ACLS Provider Manual*. Dallas: AHA, 2025.
Lane JC; Guimarães HP. *Acesso venoso pela via intra-óssea em urgências médicas*. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, 2008.

ANEXOS

Agulha intraóssea
tipo pistola

Foto 1: Dispositivo de punção intraóssea pediátrico (vermelho) e adulto (azul).

HISTÓRICO DE REVISÃO E APROVAÇÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1	2026	Elaboração do documento

RESPONSABILIDADE	SETOR
Elaboração	Coordenação de Unidades Móveis de Atenção à Urgência e Emergência
Revisão/Análise	Coordenação de Unidades Móveis de Atenção à Urgência e Emergência, Coordenação Médica de Unidades Móveis de Atenção à Urgência e Emergência, Coordenação de Enfermagem do SAMU
Validação	Núcleo da Qualidade do Cuidado em Saúde
Aprovação	Diretoria Técnica e Administrativa do Departamento de Urgência e Emergência

1. OBJETIVO

Prevenir dano imediato ou iminente ao paciente e/ou outrem, tais como: transporte, situações de violência nas quais haja risco iminente de auto ou heteroagressão, e intenção de evasão, bem como quando haja risco de queda e/ou ferimentos em pacientes com rebaixamento do nível de consciência. O propósito de sua aplicabilidade não está em proporcionar disciplina, punição e coerção, ou por conveniência da equipe de saúde;

2. RECURSOS NECESSÁRIOS

Luvas de procedimento, cintos de fixação, cintos de segurança, bandagens, faixa de contenção, medicamentos, lençol, prancha rígida;

3. APLICABILIDADE

Este documento se aplica para todas as Unidades Móveis do SAMU.

4. RESPONSÁVEIS

Médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e condutor socorrista

5. INDICAÇÕES

- Agitação psicomotora grave;
- Risco iminente de autoextermínio ou autoagressão;
- Agressividade contra a equipe ou terceiros;
- Delirium com risco de retirada de dispositivos;
- Incapacidade de contenção verbal;

6. DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

- Descrever a necessidade do procedimento da contenção mecânica no sistema de solicitação do transporte e/ou atendimento primário do SAMU;
- Para transporte secundário UEP/UPA/CAPS/UBS ou instituição de saúde, o médico ou enfermeiro deverá descrever a necessidade da contenção mecânica no encaminhamento do paciente;
- Higienizar as mãos com álcool 70%;
- Separar e organizar o material a ser utilizado;
- Utilizar os EPIs;
- Avaliar o ambiente, sujeito e segurança (método ACENA, conforme figura 1);
- Aproximar-se de forma tranquila (não acionar o sinal sonoro da ambulância),

identificar-se (nome e função) e explicar o motivo da aproximação (oferecer ajuda);
- Iniciar a comunicação buscando identificar qual a emoção presente na cena (raiva, medo, ansiedade, angústia, tristeza, irritação);
- Realizar a avaliação primária e secundária observando o estado mental (lucidez, orientação e noção da realidade) e considerando as condições clínicas específicas de cada situação;
- Comunicar aos familiares e/ou responsáveis sobre o procedimento, salientando o motivo;
- Orientar continuamente o paciente sobre o procedimento que está sendo realizado e esclarecer que tal medida tem como objetivo garantir a sua segurança;
- O procedimento está dividido em 3 fases: restrição física/imobilização (restrtição dos movimentos e da locomoção), contenção mecânica (uso de bandagens e faixa de contenção) e contenção química;
- O paciente deve ser mantido sob observação contínua, com registro a cada 15 minutos, durante o período em que permanecer contido;
- Realizar exame físico a procura de lesões oriundas de autoagressão ou relacionadas a própria contenção. Observar o paciente constantemente, quanto à condição da pele do membro contido para identificar eventual ocorrência de garroteamentos e lesões locais a fim de evitar eventos adversos da contenção mecânica;
- Manter paciente com oximetria de pulso e manter vias aéreas pérvias. Atentar para o padrão respiratório, especialmente em casos de contenção química;
- Monitorar o nível de consciência e sinais vitais;
- Considerar a abordagem medicamentosa, após a chegada do Suporte Avançado de Vida em casos de intensa agitação.
- Recolher o material e desprezar o lixo em local apropriado;
- Higienizar as mãos;
- Registrar o procedimento na ficha de atendimento e realizar contato com o médico regulador para informar sobre o quadro clínico atualizado;
- Realizar a contenção simultânea dos membros, imobilizando punhos e tornozelos utilizando bandagens fixadas na prancha. No tórax e na pelve utilizar as faixas de contenção.
- Não restringir a circulação e não comprimir as articulações diretamente;
- A contenção mecânica deve ser mantida pelo menor tempo possível e não deverá ser prolongada para além do período estritamente necessário ao seu propósito;
- Durante o transporte o profissional de saúde deverá permanecer próximo ao paciente para manter vigilância e zelar pela segurança da vítima. Jamais transitar na cabine com o paciente no salão;
- Toda contenção mecânica se torna instável ou insegura com o prolongamento do seu tempo;
- **Não utilizar a contenção mecânica como tentativa de punir, disciplinar ou coagir o paciente. Jamais aplique “chave de braço”, torção de punho, gravata, técnicas de artes marciais na tentativa de conter o paciente;**
- **Monitore a cena e mudanças de comportamento do paciente, ainda que ele pareça calmo no momento da abordagem;**

7. REFERÊNCIAS

Protocolo de Suporte Avançado de Vida. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br
CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução 746/2024. Disponível em: https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-746-de-20-de-marco-de-2024/.

ANEXO

Figura 1- Avaliação ACENA:

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.

Fonte: Protocolo Suporte Avançado de Vida

HISTÓRICO DE REVISÃO E APROVAÇÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1	2026	Elaboração do documento

RESPONSABILIDADE	SETOR
Elaboração	Coordenação de Unidades Móveis de Atenção à Urgência e Emergência
Revisão/Análise	Coordenação de Unidades Móveis de Atenção à Urgência e Emergência, Coordenação Médica de Unidades Móveis de Atenção à Urgência e Emergência, Coordenação de Enfermagem do SAMU
Validação	Núcleo da Qualidade do Cuidado em Saúde
Aprovação	Diretoria Técnica e Administrativa do Departamento de Urgência e Emergência

1. OBJETIVO

Padronizar e orientar quanto a manutenção e cuidados com o Desfibrilador Externo Automático e da realização do autoteste;

2. RECURSOS NECESSÁRIOS

Desfibrilador Externo Automático (DEA);

3. APLICABILIDADE

Este documento se aplica a equipe de Suporte Básico de Vida;

4. DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

- Higienizar as mãos com álcool 70%;
- Separar e organizar o material a ser utilizado;
- Ao iniciar o plantão verificar o DEA da ambulância;
- Verificar a data de validade das pás;
- Verificar a janela de exibição de status: Se estiver verde, significa que o aparelho está apto e aprovado para atendimento. Se tiver um X vermelho significa que a unidade falhou e o aparelho encontra-se inapto para atendimento em seu autoteste automático. Neste caso deve-se proceder o autoteste manual;
- Segure o botão liga/desliga até o led começar a passar em cada gráfico (figura) aproximadamente 30 segundos para que não seja ligado o aparelho;
- Após o autoteste manual o equipamento dirá: “Unidade ok”;
- A tela apagará sozinha;
- Fechar a tampa com o eletrodo conectado dentro da unidade. Não retirar as pás;
- Caso o DEA falhe em um teste (manual ou automático), ele exibirá um X vermelho na janela de status e emitirá um som eletrônico regularmente. Se falhar no autoteste manual também dirá que a “Unidade falhou”;
- Caso o equipamento seja reprovado no autoteste, pressione o botão liga/desliga por um segundo e o DEA apresentará na tela o problema;
- Reporte à equipe da CME para a solução do caso (troca do equipamento ou troca de bateria, se necessário);
- O eletrodo deverá ficar conectado no DEA mesmo se não estiver em uso;
- Com as pás conectadas, o aparelho executa o autoteste automaticamente a cada 7 dias, não sendo necessária a execução do autoteste manual;
- Só será necessário o autoteste manual se o indicador de status apresentar um X vermelho;
- O autoteste manual certifica as seguintes funções: Que as pilhas têm mais da metade de sua capacidade restante, que as pás estão conectadas, que o eletrocardiograma e os circuitos de carga e descarga estão funcionando, que o circuito RCP e o sensor CPR-D estão funcionando, que o circuito de áudio e os indicadores visuais estão funcionando;

- Verificar a data de validade das pás;

5. PONTO CRÍTICO E/OU RISCOS

- Pás desconectadas do DEA;
- Falha na comunicação com a CME;
- Ausência de teste manual após falha no autoteste;

6. REFERÊNCIA

ZOLL AED Plus Guia do administrador. Copyright 2011 ZOLL Medical Corporation. Chelmsford, MA USA, Revisão A , Abril de 2011.

ANEXOS

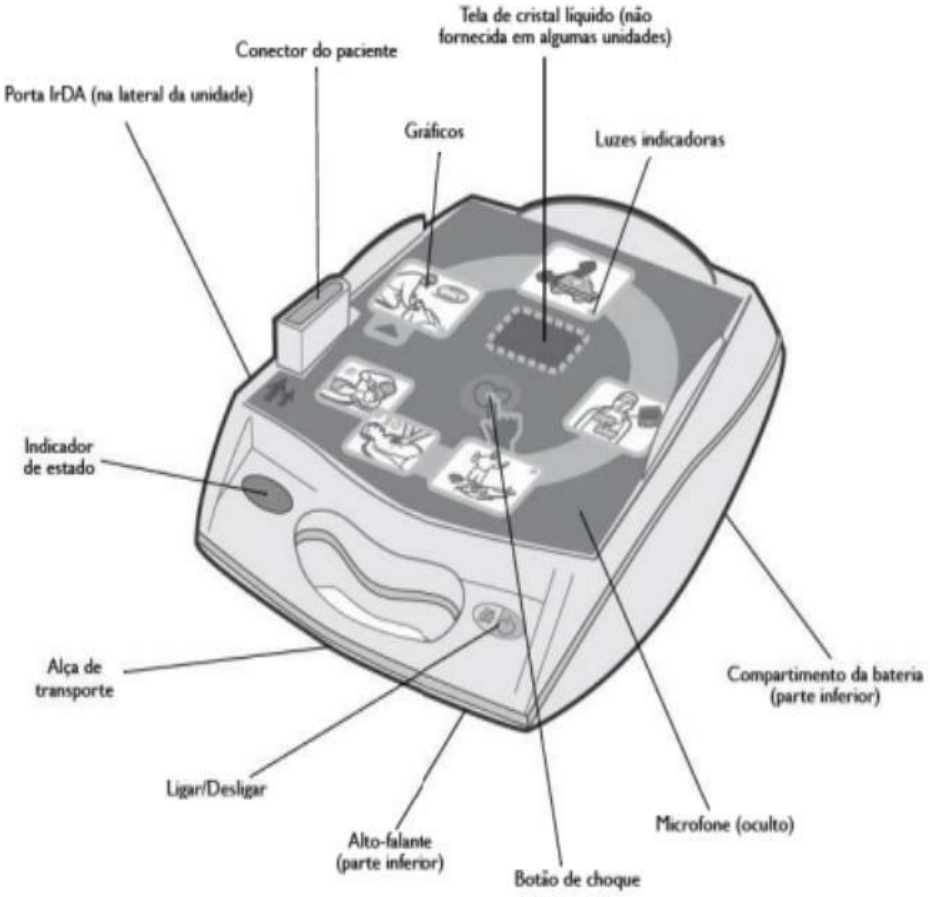


Figura 1: Identificação dos controles e indicadores operacionais

HISTÓRICO DE REVISÃO E APROVAÇÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1	2026	Elaboração do documento

RESPONSABILIDADE	SETOR
Elaboração	Coordenação de Unidades Móveis de Atenção à Urgência e Emergência
Revisão/Análise	Coordenação de Unidades Móveis de Atenção à Urgência e Emergência, Coordenação Médica de Unidades Móveis de Atenção à Urgência e Emergência, Coordenação de Enfermagem do SAMU
Validação	Núcleo da Qualidade do Cuidado em Saúde
Aprovação	Diretoria Técnica e Administrativa do Departamento de Urgência e Emergência

1. OBJETIVO

Estabelecer diretrizes para o acionamento, o deslocamento e a assistência aos pacientes realizados pelas ambulâncias do SAMU, aplicáveis exclusivamente aos acionamentos que demandem o envio de recursos, determinando que todo acionamento seja previamente classificado como urgência ou emergência, de modo a assegurar a agilidade, segurança operacional e a conformidade com a Portaria n°2048/GM/MS;

2. RECURSOS NECESSÁRIOS

- Ambulâncias do SAMU devidamente identificadas;
- Sistemas de comunicação e regulação (rádio, telefonia e sistema informatizado);
- Profissionais habilitados (condutores socorristas, médicos reguladores e rádio operadores);
- Dispositivos de sinalização obrigatória (sirene e giroflex);
- Protocolos institucionais de regulação e transporte de urgência;

3. ATIVIDADES CRÍTICAS

- Falha na classificação, pela regulação, das ocorrências em que houver necessidade de enviar recursos, como urgência ou emergência;
- Falha no deslocamento imediato da ambulância após o acionamento;
- Utilização incorreta dos dispositivos de sinalização sonora e luminosa (sirene e giroflex);
- Utilização inadequada da canaleta exclusiva;
- Falha na garantia da segurança da equipe, do paciente e da população nas fases do atendimento;
- Registro inadequado do acionamento e da ocorrência classificada como urgência ou emergência nos sistemas oficiais;

4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

A partir de janeiro de 2026, todo acionamento realizado pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) ou pela Central de Transporte de Urgência (CTU) será, para fins operacionais e de deslocamento, classificado como URGÊNCIA ou EMERGÊNCIA, nos termos da Portaria nº 2.048/GM/MS.
O SAMU destina-se exclusivamente ao atendimento de urgências e emergências, abrangendo situações que demandam intervenção imediata para preservação da vida, prevenção de complicações graves ou redução de danos à saúde do paciente, o que justifica o deslocamento prioritário pelas canaletas exclusivas e o uso de dispositivos de sinalização sonora e luminosa.

4.1 UTILIZAÇÃO DA CANALETA EXCLUSIVA

A ambulância poderá transitar pela canaleta exclusiva sempre que necessário para garantir menor tempo de resposta, desde que esteja em atendimento, ou seja, em ocorrência, devidamente sinalizada e respeitando os critérios de segurança e as normas municipais de trânsito e transporte.
Nos termos do art. 29, inciso VII, do Código de Trânsito Brasileiro (Lei nº 9.503/1997), os veículos destinados a socorro de urgência, incluindo as ambulâncias, gozam de prioridade de trânsito e livre circulação, inclusive em vias, faixas ou corredores exclusivos, quando em efetivo serviço de urgência e devidamente identificados por dispositivos de alarme sonoro e iluminação vermelha intermitente acionados (BRASIL, 2008).
Essa prerrogativa tem por finalidade assegurar a brevidade no atendimento, uma vez que o atraso no deslocamento pode ocasionar grave prejuízo à assistência e ao paciente, cabendo aos demais condutores liberar imediatamente a via, conforme previsto na legislação de trânsito.
A utilização dessas prerrogativas está condicionada ao deslocamento caracterizado como urgência ou emergência, devendo o condutor atuar com prudência e segurança viária. Na ausência de serviço de urgência, a ambulância não goza das prioridades previstas no CTB, estando sujeita às normas gerais de circulação.
Conforme o § 6º do art. 280 do CTB, incluído pela Lei nº 14.599/2023, incluído pela Lei nº 14.599/2023, os veículos de emergência ficam isentos de infrações de circulação, parada e estacionamento quando em serviço de urgência, desde que tais condutas estejam diretamente relacionadas à atividade emergencial, sem prejuízo da responsabilização em casos de abuso ou desvio de finalidade.

4.2 ACIONAMENTO E DESLOCAMENTO DA AMBULÂNCIA

O recebimento de ocorrência e classificação pelo complexo regulador ocorre conforme protocolos institucionais vigentes, devendo-se atentar para:

- Gerar a ocorrência para resposta de urgência e emergência em sistema;
- Equipe do Complexo Regulador avaliar e classificar cada caso individualmente em tempo resposta hábil;
- A ocorrência deve ser direcionada aos rádios operadores via sistema;
- Os rádios operadores acionam as ambulâncias conforme classificação de prioridade, proximidade de origem, destino e tipo de ambulância (recurso alfa ou bravo);
- Monitorar o deslocamento e manter comunicação ativa com as equipes de campo.
- Garantir acionamentos de ocorrências para otimizar utilização da canaleta.

Importante: Se a ambulância não estiver acionada para nenhuma ocorrência, a mesma não deve transitar pela canaleta exclusiva, estando sujeita às normas gerais de circulação no trânsito.

4.3 RESPONSABILIDADES DAS EQUIPES OPERACIONAIS DA AMBULÂNCIA

- Quando acionadas, deve ser realizado o trajeto mais rápido até a origem e posterior destino da mesma forma;

- A equipe da ambulância pode iniciar deslocamento via canaleta exclusiva para atendimento da ocorrência – respeitando os parâmetros operacionais internos e priorizando deslocamento seguro, contínuo e célere – para o atendimento de urgência e emergência otimizando tempo resposta;
- Ao entrar em via exclusiva canaleta, imediatamente as ambulâncias devem obrigatoriamente utilizar: sinalização luminosa (giroflex) ligada, identificação visual e sonora (sirene) contínua durante todo o trajeto – diferenciação de código de deslocamento conforme tabela 1 abaixo;
- Quando ocorrência for finalizada, a equipe da ambulância deve obrigatoriamente informar equipe de rádio operadores para acionamento de próxima ocorrência;

Durante os atendimentos, a equipe deve atentar para garantir o uso correto dos dispositivos de emergência, priorizar a segurança da equipe, do paciente, do pedestre e demais veículos durante o deslocamento e reduzir a velocidade nos cruzamentos, mesmo com o semáforo favorável ao ônibus.

Tabela 1: Diferença dos dispositivos nos códigos de deslocamento.

CODIGO 1	CODIGO 2
Assim que acionado ambulância deve ter sinalização luminosa (giroflex) ligada, identificação visual e sonora (sirene) contínua durante todo o trajeto independente da canaleta exclusiva.	**Deve-se optar pelo trajeto mais rápido e, assim que entrar na canaleta exclusiva deve acionar sinalização luminosa (giroflex) ligada, identificação visual e sonora (sirene) contínua durante todo o trajeto dentro da canaleta, ao sair e transitar em via pública a sirene é desligada.**

5. MECANISMO DE CONTROLE

- Registros eletrônicos dos acionamentos no sistema de regulação;
- Monitoramento dos tempos de resposta e cruzamento de dados com GPS;
- Relatórios operacionais do SAMU e da CTU;
- Auditorias internas da Secretaria Municipal de Saúde;
- Avaliação de conformidade quanto ao uso de sinalização visual e sonora;
- Treinamentos periódicos com lista de presença dos participantes.

6. REFERÊNCIAS

BRASIL. Código de Trânsito Brasileiro. Lei nº 9.503, de 23 de setembro de 1997. Art. 29, inciso VII e VIII. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 set. 1997.
BRASIL. Conselho Nacional de Trânsito (CONTRAN). Resolução nº 268, de 15 de fevereiro de

2008, §§ 1º e 2º. Dispõe sobre o uso de dispositivos de alarme sonoro e iluminação intermitente por veículos de emergência. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 18 fev. 2008.

BRASIL. Lei nº 14.599, de 24 de maio de 2023. Altera dispositivos do Código de Trânsito Brasileiro (Lei nº 9.503, de 23 de setembro de 1997). Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 25 maio 2023. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2023/lei/L14599.htm

HISTÓRICO DE REVISÃO E APROVAÇÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1	2026	Elaboração do documento

RESPONSABILIDADE	SETOR
Elaboração	Coordenação de Unidades Móveis de Atenção à Urgência e Emergência
Revisão/Análise	Coordenação de Unidades Móveis de Atenção à Urgência e Emergência, Coordenação Médica de Unidades Móveis de Atenção à Urgência e Emergência, Coordenação de Enfermagem do SAMU
Validação	Núcleo da Qualidade do Cuidado em Saúde
Aprovação	Diretoria Técnica e Administrativa do Departamento de Urgência e Emergência

1. OBJETIVO

Padronizar o fluxo para a disponibilização e utilização do medicamento hidroxicobalamina 5g (CYANOKIT®) quando houver intoxicação por cianeto;

2. APLICABILIDADE

Este documento se aplica aos profissionais do CRU, CIOSP, Unidades Móveis do Departamento de Urgência e Emergência DUE/SMS;

3. DEFINIÇÕES

CIOSP: Centro Integrado de Operações de Segurança Pública
CME: Central de Materiais Esterilizados
CRU: Complexo Regulador de Urgências
DUE: Departamento de Urgência e Emergência

4. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

Kit hidroxicobalamina 5g;

5. DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

5.1 Médico Regulador

Deve receber a demanda para atendimento à vítimas de incêndio com possível liberação de cianeto. Verificar se há necessidade de administração do medicamento hidroxicobalamina,e se confirmada, solicitar ao supervisor de rádio que acione imediatamente a CME DUE através dos telefones 3360-4925 ou 99855-1257 para informação quanto à disponibilidade do medicamento e motorista para envio até o local da ocorrência. O CRU deve informar ao profissional da CME qual ambulância e médico se encontram no local da ocorrência para entrega do kit;

5.2 Profissionais CME

Realizar a liberação do medicamento solicitado mediante disponibilidade em estoque (medicamento armazenado no armário de medicamentos da logística), anotar no livro de rotina a quantidade, lote e validade do medicamento liberado e os dados do responsável pelo envio.
Se houver disponibilidade imediata do veículo administrativo e motorista, o profissional de enfermagem da CME deve deslocar com prioridade até o endereço da ocorrência e entregar o medicamento ao médico responsável informado pelo CRU.

5.3 Supervisão do Rádio

Na indisponibilidade do veículo administrativo, motorista ou profissional da enfermagem para o envio do medicamento até o local da ocorrência, a fim de garantir agilidade no deslocamento, o responsável da CME deve informar ao supervisor do rádio, o qual deve

definir e deslocar a ambulância mais próxima para realizar a retirada e transporte do medicamento.

5.4 Profissionais da ambulância responsável pelo atendimento

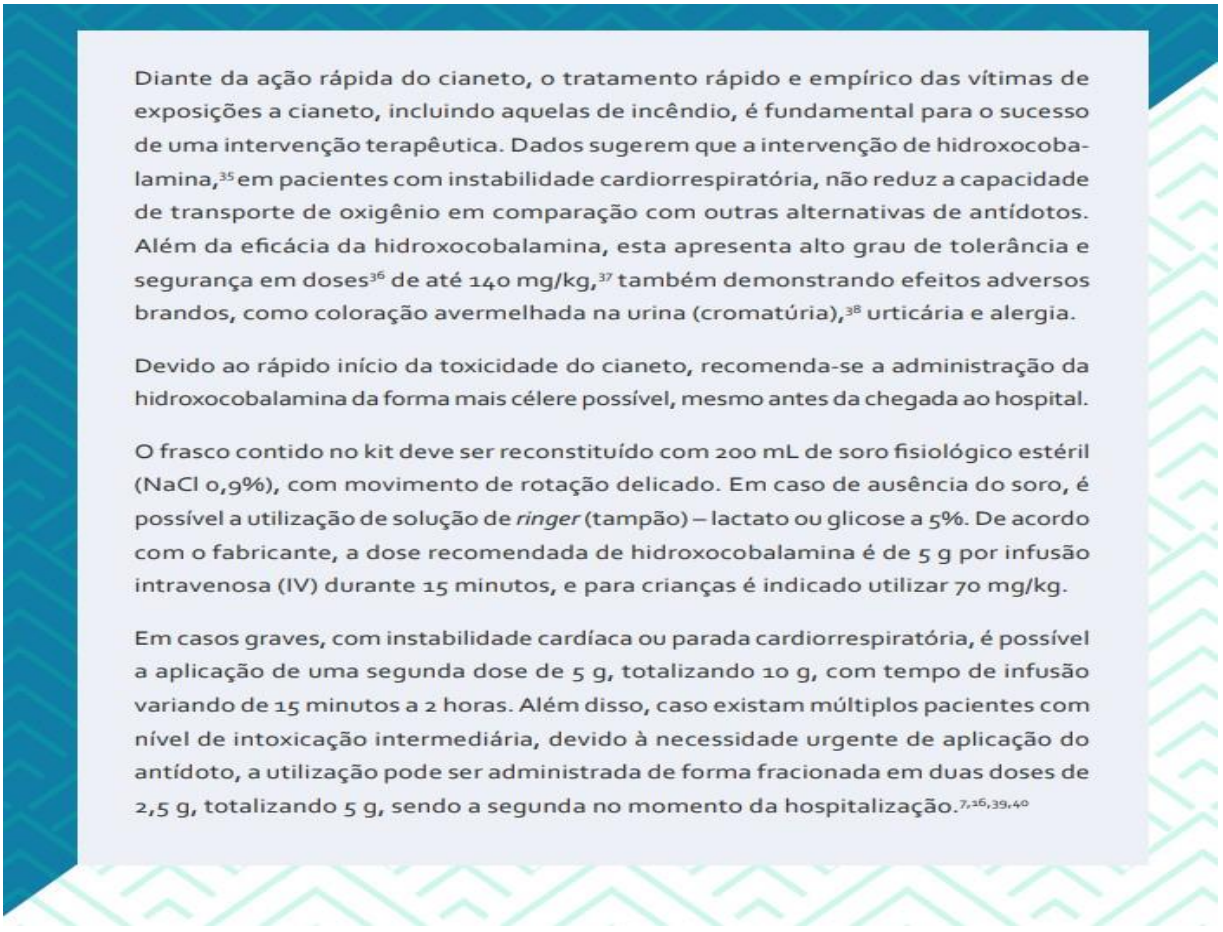
Após o atendimento e utilização do medicamento conforme as orientações do fabricante, caso não utilizem todos os kits retirados na CME do DUE, a equipe deve retornar ao DUER para devolução do(s) kit(s) restante(s). A equipe responsável pelo atendimento deve providenciar a prescrição com os dados do(s) paciente(s) e entregar na CME. Informar o hospital sobre a necessidade de notificação obrigatória no SINAN (Sistema de Informação de Agravos e Notificação) e repasse o número da notificação ao CRU.

5.5 Enfermeiro Supervisor CRU

Após o aceite do paciente no serviço de referência, o enfermeiro supervisor do CRU deve entrar em contato com o responsável pela notificação de agravos do hospital para que seja fornecido o número da notificação. Repassar ao profissional da CME para a reposição do medicamento via CEMEPAR.

***Quando a solicitação for realizada por outro serviço de saúde ou município da região metropolitana, o fornecimento do medicamento deve ser avaliado e autorizado pelo Coordenador Médico do CRU ou coordenador médico das Unidades Móveis.

5.6 Administração



Diante da ação rápida do cianeto, o tratamento rápido e empírico das vítimas de exposições a cianeto, incluindo aquelas de incêndio, é fundamental para o sucesso de uma intervenção terapêutica. Dados sugerem que a intervenção de hidroxocobalamina,[35] em pacientes com instabilidade cardiorrespiratória, não reduz a capacidade de transporte de oxigênio em comparação com outras alternativas de antídotos. Além da eficácia da hidroxocobalamina, esta apresenta alto grau de tolerância e segurança em doses[36] de até 140 mg/kg,[37] também demonstrando efeitos adversos brandos, como coloração avermelhada na urina (cromatúria),[38] urticária e alergia.

Devido ao rápido início da toxicidade do cianeto, recomenda-se a administração da hidroxocobalamina da forma mais célere possível, mesmo antes da chegada ao hospital.

O frasco contido no kit deve ser reconstituído com 200 mL de soro fisiológico estéril (NaCl 0,9%), com movimento de rotação delicado. Em caso de ausência do soro, é possível a utilização de solução de *ringer* (tampão) – lactato ou glicose a 5%. De acordo com o fabricante, a dose recomendada de hidroxocobalamina é de 5 g por infusão intravenosa (IV) durante 15 minutos, e para crianças é indicado utilizar 70 mg/kg.

Em casos graves, com instabilidade cardíaca ou parada cardiorrespiratória, é possível a aplicação de uma segunda dose de 5 g, totalizando 10 g, com tempo de infusão variando de 15 minutos a 2 horas. Além disso, caso existam múltiplos pacientes com nível de intoxicação intermediária, devido à necessidade urgente de aplicação do antídoto, a utilização pode ser administrada de forma fracionada em duas doses de 2,5 g, totalizando 5 g, sendo a segunda no momento da hospitalização.[7,16,39,40]

6. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

- Falha na avaliação pelo médico regulador/ Coordenador CRU;
- Falta do número da notificação SINAN, prescrição ou dados incorretos;
- Falta de estoque;

7. REFERÊNCIAS

https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sectics/daf/publicacoes/manual-disponibilizacao-do-cloridrato-de-hidroxocobalamina_vfinal-21-06-22.pdf

ANEXOS

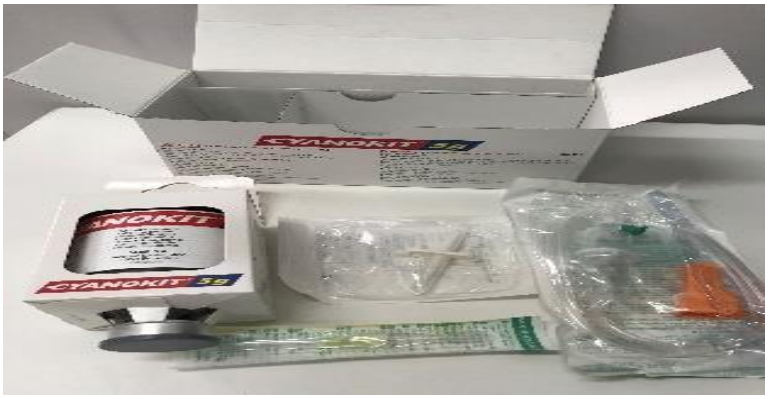


Foto 1: Apresentação do medicamento Hidroxicobalamina

HISTÓRICO DE REVISÃO E APROVAÇÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1	2026	Elaboração do documento

RESPONSABILIDADE	SETOR
Elaboração	Coordenação de Unidades Móveis de Atenção à Urgência e Emergência
Revisão/Análise	Coordenação de Unidades Móveis de Atenção à Urgência e Emergência, Coordenação Médica de Unidades Móveis de Atenção à Urgência e Emergência, Coordenação de Enfermagem do SAMU
Validação	Núcleo da Qualidade do Cuidado em Saúde
Aprovação	Diretoria Técnica e Administrativa do Departamento de Urgência e Emergência

1. OBJETIVO

Estabelecer a sistemática operacional, clínica e administrativa para a utilização e conferência da ambulância neonatal do SAMU Curitiba no transporte inter-hospitalar (TIH) do recém-nascido (RN), assegurando: (i) integridade e prontidão técnica do veículo, da incubadora de transporte e dos demais equipamentos; (ii) padronização das atribuições da equipe envolvida; (iii) estabilidade clínica do paciente segundo parâmetros e alvos definidos; (iv) rastreabilidade documental por meio de registro completo no instrumento institucional vigente (Ficha RAM ou aplicativo equivalente).

2. APLICABILIDADE

Aplica-se aos profissionais e setores vinculados ao processo de transporte inter-hospitalar neonatal sob responsabilidade do SAMU Curitiba/DUE:

- Médicos reguladores do Complexo Regulador de Urgência (CRU);
- Rádio-operadores e supervisores de rádio;
- Equipe da CME-DUE responsável pela manutenção e disponibilização da incubadora de transporte e insumos correlatos;
- Equipe de Suporte Avançado de Vida (SAV) escalada para a ocorrência — composta por médico intervencionista, enfermeiro e socorrista;
- Equipes das unidades hospitalares solicitantes (origem) e receptoras (destino), no que tange à interface com o SAMU.

3. SIGLAS E DEFINIÇÕES

- CME — Central de Materiais e Esterilização;
- CRU — Complexo Regulador de Urgência;
- CTU — Central de Transporte de Urgência;
- DUE — Departamento de Urgência e Emergência;
- FiO_2 — Fração inspirada de oxigênio;
- IG — Idade gestacional;
- RAM — Registro de Atendimento Médico;
- RN — Recém-nascido;
- SAMU — Serviço de Atendimento Móvel de Urgência;
- SAV — Suporte Avançado de Vida;
- SpO_2 — Saturação periférica de oxigênio;
- TIH — Transporte Inter-Hospitalar;

- USA — Unidade de Suporte Avançado.

4. BASE LEGAL E NORMATIVA

- Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 — Lei Orgânica da Saúde;
- Portaria GM/MS nº 2.048, de 5 de novembro de 2002 — Regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência;
- Portaria GM/MS nº 1.010, de 21 de maio de 2012 — Diretrizes para implantação do SAMU 192;
- Portaria GM/MS nº 1.130, de 5 de agosto de 2015 — Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC);
- Resolução CFM nº 1.671/2003 — Regulamentação do atendimento pré-hospitalar;
- Resolução CFM nº 1.672/2003 — Transporte inter-hospitalar de pacientes;
- Resolução CFM nº 2.110/2014 — Regulamentação da atividade do médico regulador;
- RDC ANVISA nº 36/2013 — Ações para a segurança do paciente em serviços de saúde.

5. MATERIAIS E EQUIPAMENTOS

Ambulância neonatal devidamente equipada, contendo, no mínimo:

- Incubadora de transporte com controle térmico, bateria interna e sistema de fixação veicular;
- Ventilador mecânico neonatal e circuito ventilatório neonatal;
- Misturador de gases (blender) — item de conferência obrigatória, conforme Anexo 1;
- Bolsa-válvula-máscara neonatal com reservatório e máscaras;
- Monitor multiparamétrico;
- Aspirador portátil com sondas nos calibres compatíveis (4F a 10F);
- Bomba de infusão (mínimo 02 unidades) com baterias carregadas;
- Kit de via aérea neonatal (laringoscópio com lâminas retas 00, 0 e 1; cânulas orotraqueais 2,5 a 4,0; máscara laríngea neonatal; fixadores);
- Glicosímetro com tiras e lancetas;
- Termômetro axilar e, quando disponível, sensor de temperatura cutânea para monitorização contínua;
- Cilindros de oxigênio e ar comprimido conforme item 7;
- Bolsa de medicações da USA escalada para a ocorrência (vide item 9).

6. ATRIBUIÇÕES E FLUXO OPERACIONAL

◦ **Médico Regulador (CRU)**

- Receber e registrar a solicitação de TIH neonatal junto à unidade solicitante, qualificando o quadro clínico, idade gestacional, peso, suporte em uso e justificativa da transferência;
- Identificar e pactuar o serviço receptor, registrando nome do médico aceitante e leito de destino;
- Determinar a equipe e o recurso a ser empenhado (ambulância neonatal), comunicando à sala de rádio;
- Compartilhar com o médico intervencionista, em tempo real, todas as informações clínicas relevantes obtidas da unidade solicitante;
- Reavaliar a missão sempre que solicitado pela equipe SAV — incluindo a decisão compartilhada de não-transporte (item 11);
- Documentar integralmente a regulação no sistema vigente.

◦ **Rádio-operador / Supervisor de Rádio**

- Receber a determinação do CRU e acionar a equipe SAV escalada;
- Comunicar à equipe da CME-DUE o número da ocorrência e a equipe acionada, pelo telefone (41) 3360-4925 ou celular institucional (41) 99855-1257;
- Registrar horários de acionamento, deslocamento, chegada e desempenho da missão.

◦ **Equipe da CME-DUE**

▪ **Início do plantão**

- Verificar as condições de uso das incubadoras e demais equipamentos da reserva técnica;
- Verificar níveis dos cilindros de oxigênio e ar comprimido conforme item 7;
- Garantir que o blender e o ventilador neonatal estejam operacionais e calibrados.

▪ **Antes do transporte**

- Registrar a ocorrência no livro de controle das incubadoras (Anexo 1);
- Conferir e registrar todos os itens da incubadora conforme ficha de controle (Anexo 1);
- Garantir disponibilidade na ambulância de cilindros de ar comprimido (1 m³ para uso externo e 2,5 m³ para uso interno) e os respectivos cilindros de oxigênio;
- Entregar a incubadora à equipe SAV mediante registro de conferência.

- **Após o transporte**
- Repor os materiais consumíveis (traqueias, enxoval, gases);
- Verificar temperatura interna e funcionamento da incubadora;
- Registrar não-conformidades e comunicar à coordenação;
- Comunicar a liberação da ambulância neonatal à sala de rádio.

◦ **Equipe de Suporte Avançado (SAV)**

A equipe SAV escalada para o transporte neonatal é composta por médico intervencionista, enfermeiro e socorrista (condutor). A responsabilidade pela conferência completa de materiais, equipamentos e medicações é compartilhada entre o médico e o enfermeiro, devendo ambos validar o checklist (Anexo 2) antes do início do transporte. O socorrista é responsável pela conferência veicular e pelo cumprimento dos requisitos de segurança no deslocamento.

- **Antes do transporte**
- Desligar o cabo de energia externa da incubadora;
- Ligar a ambulância e a chave geral;
- Ligar o inversor;
- Verificar funcionamento da incubadora (temperatura adequada conforme item 8), equipamentos conectados à rede elétrica do veículo, níveis de oxigênio e ar comprimido, ventilador, aspirador, blender, carga das baterias e demais materiais necessários ao transporte;
- Validar conjuntamente (médico + enfermeiro) o checklist de conferência (Anexo 2) e o checklist de medicações (item 9).

- **Durante o transporte**
- Monitorizar o RN continuamente conforme parâmetros e alvos do item 8;
- Garantir estabilidade térmica e suporte ventilatório adequados;
- Registrar em tempo real, na Ficha RAM ou aplicativo vigente, todos os parâmetros monitorizados, intercorrências e intervenções realizadas (item 10).

- **Após o transporte**
- Realizar a passagem documentada do paciente à equipe receptora;
- Conectar a incubadora à rede elétrica;
- Realizar a desinfecção dos equipamentos;
- Acondicionar resíduos no saco infectante;
- Registrar intercorrências e finalizar o registro na Ficha RAM ou aplicativo vigente;

- Repor insumos na base de origem e devolver a incubadora à CME-DUE.

7. CONFERÊNCIA DOS TORPEDOS DE GASES

A conferência dos cilindros (torpedos) de oxigênio e ar comprimido é etapa obrigatória do início do plantão, do pré-transporte e do pós-transporte. Devem ser observados:

- Pressão manométrica de cada cilindro (vide tabela abaixo);
- Integridade física do cilindro, válvulas, manômetros, fluxômetros e mangueiras;
- Validade do teste hidrostático do cilindro (gravado no corpo do recipiente);
- Fixação adequada do cilindro à ambulância e à incubadora;
- Disponibilidade de cilindro reserva para missões de longa duração.

Critérios mínimos de pressão e conduta:

Cilindro	Pressão mínima aceitável	Conduta
Oxigênio — uso interno (≥ 2,5 m³)	≥ 100 bar (≈ 50% da carga nominal)	Abaixo do mínimo: substituir antes de iniciar a missão.
Oxigênio — uso externo (1 m³)	Cheio (≥ 150 bar)	Sempre disponível na ambulância para deslocamento extra-veicular.
Ar comprimido — uso interno (≥ 2,5 m³)	≥ 100 bar	Substituir se abaixo do mínimo. Indispensável para uso do blender.
Ar comprimido — uso externo (1 m³)	Cheio (≥ 150 bar)	Indispensável quando há uso de blender fora do veículo.

A autonomia estimada deve ser calculada antes de transportes prolongados, considerando o fluxo de O_2/ar utilizado e o consumo do ventilador. Em caso de dúvida quanto à suficiência dos gases para a duração prevista, repor cilindros antes da partida.

8. PARÂMETROS DE MONITORIZAÇÃO E ALVOS CLÍNICOS

A monitorização durante o transporte deve ser contínua para FC, FR, SpO_2 e temperatura, e intermitente para glicemia capilar (a cada 30–60 minutos em RN de risco, ou conforme estabilidade).

8.1 **Alvos gerais aplicáveis a todos os perfis**

Parâmetro	Alvo	Observação
Temperatura axilar	36,5 – 37,5 °C	Hipotermia (< 36,5 °C) é fator de risco independente de mortalidade neonatal.
Frequência cardíaca (FC)	120 – 160 bpm (termo) / 120 – 170 bpm (pré-termo)	Bradicardia < 100 bpm requer intervenção imediata.
Frequência respiratória (FR)	40 – 60 irpm em respiração espontânea	Em ventilação mecânica, manter conforme parâmetros pactuados.
Glicemia capilar	50 – 110 mg/dL	Tratar < 45 mg/dL.
Tempo de enchimento capilar	< 3 segundos	Indicador clínico de perfusão.

8.2 **Temperatura da incubadora**

A incubadora pode ser operada em dois modos, à escolha da equipe:

- Modo ar (ATC) — ajustar a temperatura da incubadora conforme tabela abaixo, em função do peso do RN;
- Modo pele (servo-controlado) — ajustar o sensor cutâneo para alvo de temperatura axilar dentro da faixa 36,5 – 37,5 °C.

Peso do RN	T da incubadora (modo ar)
< 1.000 g	35 – 36 °C
1.000 – 1.500 g	34 – 35 °C
1.500 – 2.500 g	33 – 34 °C
> 2.500 g	32 – 33 °C

Registrar a temperatura da incubadora e a temperatura axilar do paciente a cada 15 minutos durante o transporte.

8.3 Alvos de SpO_2 por perfil clínico

Perfil	SpO_2 alvo	Observações
RN a termo (≥ 37 sem) sem cardiopatia	92 – 97 %	Titular FiO_2 pelo blender; evitar hiperóxia.
RN pré-termo (< 37 sem)	90 – 95 %	FiO_2 mínima necessária. Atenção a hiperóxia (risco de ROP e DBP).
RN com cardiopatia ducto-dependente cianótica (suspeita ou confirmada)	75 – 85 %	Não ofertar O_2 suplementar de rotina. Pactuar alvo com cardio-pediatria.
RN com hipertensão pulmonar persistente (suspeita ou confirmada)	Pré-ductal 95 – 99 %; diferença pré/pós-ductal < 5 – 10 %	Minimizar manuseio.

9. CHECKLIST DE MEDICAÇÕES

A bolsa de medicações utilizada no transporte neonatal é a bolsa da USA escalada para a ocorrência. Não há bolsa de medicações específica acoplada à ambulância neonatal — a equipe deve assegurar, antes da partida, que a bolsa da USA esteja completa, com validades em dia e em quantidade compatível com a missão. A conferência da bolsa é responsabilidade compartilhada entre o médico intervencionista e o enfermeiro.

Itens mínimos a serem conferidos antes da partida:

- Adrenalina 1 mg/mL ;
- Soro fisiológico 0,9 % (frascos para diluição e expansão volêmica);
- Água destilada (ampolas, para diluições);
- Glicose 50 % (ampolas, para preparo de glicose 10 %);
- Bicarbonato de sódio 8,4 %;
- Gluconato de cálcio 10 %;
- Naloxona 0,4 mg/mL;
- Midazolam 5 mg/mL;
- Fentanil 50 µg/mL;
- Sulfato de magnésio 10 % ou 50 %;
- Furosemida 10 mg/mL;
- Materiais de diluição e administração: seringas de 1 mL, 3 mL, 5 mL, 10 mL e 20 mL; agulhas; equipos; torneirinhas; extensões; tampas; rótulos.

Medicações não disponíveis na dotação do SAMU Curitiba — incluindo prostaglandina E1 (alprostadil), antibióticos e surfactante exógeno — devem, quando indicadas, ser providenciadas pelo hospital de origem antes do início do transporte, sob responsabilidade da equipe assistente da unidade solicitante. A equipe SAV deve confirmar, na chegada à origem, que doses suficientes para a duração estimada do transporte foram disponibilizadas, devidamente identificadas e prescritas.

10. REGISTRO OBRIGATÓRIO

É obrigatório o registro completo na Ficha de Registro de Atendimento Médico (RAM) — ou no aplicativo institucional, quando vigente — de todas as informações relacionadas ao transporte, incluindo, no mínimo:

- Identificação do paciente, idade gestacional, peso e diagnóstico(s);
- Unidade de origem, unidade de destino, médico solicitante e médico aceitante;
- Horários: acionamento, chegada na origem, saída da origem, chegada no destino, finalização da ocorrência;
- Identificação do uso da incubadora de transporte (sim/não), modo (ar/pele) e configuração utilizada;
- Temperatura da incubadora e temperatura axilar do paciente (registros seriados, a cada 15 minutos);
- Parâmetros monitorizados (FC, FR, SpO_2, glicemia) em registros seriados;
- Suporte ventilatório utilizado (modo, parâmetros, FiO_2);
- Medicações administradas (incluindo as fornecidas pelo hospital de origem), vias, doses, horários e responsável pela administração;
- Intercorrências e condutas adotadas durante o transporte;
- Condição clínica de entrega ao serviço receptor e identificação do profissional que recebeu o paciente.

11. CRITÉRIOS DE NÃO TRANSPORTE

A decisão de não-transportar (ou de adiar/abortar a missão) por motivo clínico é responsabilidade compartilhada entre o médico intervencionista (in loco) e o médico regulador (CRU), devendo ser registrada de forma fundamentada na Ficha RAM e na regulação.

11.1 Critérios clínicos

- Instabilidade hemodinâmica refratária às medidas de estabilização instituídas na origem (choque sem resposta a expansão volêmica e suporte vasoativo);

- Insuficiência respiratória sem condição mínima de manejo na ambulância (incapacidade de prover suporte ventilatório adequado para a demanda do paciente, considerando recursos disponíveis no veículo);
- Via aérea não assegurada em paciente que dela depende, sem possibilidade de obtenção segura antes do deslocamento;
- Hipotermia grave (T axilar < 35 °C) não corrigida na origem;
- Hipoglicemia grave (< 30 mg/dL) não corrigida na origem;
- Outras condições clínicas que, no julgamento conjunto do intervencionista e do regulador, configurem risco proibitivo de morte ou agravamento durante o deslocamento.

11.2 Critérios operacionais

- Falha técnica grave de equipamento essencial (incubadora, ventilador, blender) sem disponibilidade de substituição imediata;
- Insuficiência confirmada de gases medicinais para a duração prevista do transporte;
- Ausência de vaga formalizada no serviço receptor;
- Condição de via ou de segurança que inviabilize o deslocamento.

11.3 Conduta após decisão de não-transporte

- Documentar a decisão e seus fundamentos na Ficha RAM e na regulação;
- Comunicar formalmente a equipe assistente da unidade de origem;
- Pactuar nova janela de tentativa após resolução do fator impeditivo, ou redirecionar a regulação.

12. PONTOS CRÍTICOS E RISCOS

- Falha na conferência conjunta (médico + enfermeiro) de equipamentos e medicações;
- Insuficiência de gases medicinais (oxigênio e ar comprimido);
- Falha na termorregulação — hipotermia ou hipertermia iatrogênica;
- Hiperóxia em prematuros (uso inadequado do blender);
- Mau funcionamento de equipamentos durante o deslocamento;
- Erro de diluição ou de dose de medicações neonatais;
- Não-confirmação, na origem, do fornecimento de medicações não disponíveis na dotação do SAMU (prostaglandina E1, antibióticos, surfactante);
- Registro incompleto na Ficha RAM ou aplicativo vigente;
- Falha de comunicação entre CRU, equipe SAV e serviço receptor.

13. **REFERÊNCIAS**

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de orientação sobre o transporte neonatal. Brasília: Ministério da Saúde, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.048, de 5 de novembro de 2002. Brasília: Diário Oficial da União, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.010, de 21 de maio de 2012. Brasília: Diário Oficial da União, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.130, de 5 de agosto de 2015 (PNAISC). Brasília: Diário Oficial da União, 2015.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 1.671/2003. Brasília: CFM, 2003.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 1.672/2003. Brasília: CFM, 2003.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 2.110/2014. Brasília: CFM, 2014.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Guidelines for Air and Ground Transport of Neonatal and Pediatric Patients. 5th ed. Itasca: AAP, 2022.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Programa de Reanimação Neonatal — Diretrizes 2022 da SBP. São Paulo: SBP, 2022.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Transporte do recém-nascido de alto risco. 3. ed. São Paulo: SBP, 2024.

ROMANZEIRA, J. C. F.; SARINHO, S. W. Avaliação da qualidade do transporte neonatal realizado pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Jornal de Pediatria, v. 91, n. 4, p. 380–385, 2015.

14. ANEXOS

Anexo 1 — Controle das incubadoras (ficha CME-DUE)

CONTROLE DAS INCUBADORAS

DATA:	HORA:	VTR:	OC/REG:	RESP. VTR:
INCUBADORA:			RESP. CME:	
ORIGEM TRANSPORTE:				
DESTINO TRANSPORTE:				

ITENS	RETIRADA	DEVOLUÇÃO
01 CILINDRO OXIGENIO 1,0M³ COM MANÔMETRO		
01 CILINDRO AR COMPRIMIDO 1,0M³ COM MANÔMETRO		
01 BLENDER		
01 MANGUEIRA OXIGÊNIO LONGA		
01 MANGUEIRA DE AR COMPRIMIDO LONGA		
01 MANGUEIRA DE OXIGÊNIO CURTA		
01 VALVULA DE PRESSÃO OXIGÊNIO		
01 VALVULA DE PRESSÃO DE AR COMPRIMIDO		
01 FLUXÔMETRO DE OXIGÊNIO		
01 FLUXÔMETRO DE AR COMPRIMIDO		
01 Y DE OXIGÊNIO		
01 KIT ENXOVAL		
02 AMBU NEO		
01 BOUGIE INFANTIL		
01 CAMPÂNULA		
01 FIO GUIA INFANTIL		
01 GUEDEL Nº 00 E 01 GUEDEL Nº 0		
01 MAGUIL INFANTIL		
02 SILICONES		
02 UMIDIFICADORES		
01 TRAQUÉIA NEO		
01 TRAQUÉIA PIG		
01 CILINDRO AR 2,5M³ COM MANOMETRO (RESERVA)		
01 CATRACA (PARA FIXAR CILINDRO RESERVA)		

DEVOLUÇÃO INCUBADORA

DATA:	HORA:	RESP. VTR:

EMPRÉSTIMO EQUIPAMENTOS

EQUIPAMENTO	PLACA	N ° SERIE	CONFERÊNCIA DEVOLUÇÃO

INTERCORRÊNCIAS

CONFERÊNCIA FINAL CME

DATA:	HORA:	RESPONSÁVEL:

Anexo 2 — Checklist de conferência complementar pela equipe SAV

Conferência compartilhada entre médico intervencionista e enfermeiro antes de cada missão, validada com assinatura na Ficha RAM ou aplicativo vigente. Esta conferência é **complementar** à ficha de retirada da incubadora preenchida pela CME-DUE (Anexo 1) e cobre exclusivamente os equipamentos da ambulância e os itens de missão que não constam do Anexo 1.

Item	Critério de conformidade	Conforme (S/N)
Recebimento da incubadora da CME	Anexo 1 preenchido e assinado pela CME-DUE	
Ventilador mecânico neonatal	Funcionamento, circuito íntegro, alarmes operantes, calibração	
Monitor multiparamétrico	SpO_2, ECG, FR, PA — sensores e manguitos neonatais funcionantes	
Aspirador portátil	Funcionamento, sondas 4F a 10F	
Bombas de infusão	Mínimo 02 unidades, baterias carregadas	
Glicosímetro	Funcionamento, tiras e lancetas válidas	
Termômetro / sensor de T cutânea	Funcionamento e calibração	
Cilindro O_2 uso interno do veículo (≥ 2,5 m³)	Pressão ≥ 100 bar	
Cilindro ar comprimido uso interno do veículo (≥ 2,5 m³)	Pressão ≥ 100 bar	
Bolsa de medicações da USA	Conferência completa conforme seção CHECKLIST DE MEDICAÇÕES e Anexo 3	
Confirmação de medicações fornecidas pela origem	Quando aplicável (PG E1, ATB, surfactante) — quantidade, identificação, prescrição	
Materiais de diluição e administração	Seringas, agulhas, equipos, extensões, rótulos	
Energia elétrica do veículo / inversor	Funcionamento; cabo externo da incubadora desconectado antes da partida	

Anexo 3 — Sugestões de diluições e doses de medicações no transporte neonatal

As sugestões abaixo são referenciais e não substituem prescrição médica individualizada. As diluições devem ser conferidas pelo médico e enfermeiro antes do preparo. Considerar peso real do RN. Medicações não disponíveis na dotação do SAMU (prostaglandina E1, antibióticos, surfactante) devem ser fornecidas pelo hospital de origem.

Medicação	Apresentação habitual	Diluição sugerida	Dose neonatal de referência	Via
Adrenalina (1:10.000)	Ampola 1 mg/mL (1:1.000)	Diluir 1 mL em 9 mL de SF 0,9 % → 0,1 mg/mL (1:10.000)	0,1 – 0,3 mL/kg da diluição (= 0,01 – 0,03 mg/kg). Dose ET: 0,5 – 1 mL/kg.	IV / IO (preferencial); ET (excepcional)
Glicose 10 %	Glicose 50 % (ampola)	Diluir 1 mL de G 50 % + 4 mL de água destilada → G 10 %	2 mL/kg em bolus lento (hipoglicemia sintomática); manutenção 4 – 8 mg/kg/min	IV
SF 0,9 % — expansão volêmica	Frasco SF 0,9 %	Não diluir	10 mL/kg em 5 – 20 minutos; reavaliar e repetir se necessário	IV / IO
Bicarbonato de sódio 4,2 %	Ampola 8,4 % (1 mEq/mL)	Diluir 1:1 com água destilada → 4,2 % (0,5 mEq/mL)	1 – 2 mEq/kg lento (≥ 2 minutos), apenas em acidose metabólica documentada com ventilação adequada	IV lento
Gluconato de cálcio 10 %	Ampola 10 % (100 mg/mL)	Pode ser diluído 1:1 em SF/AD para infusão lenta	1 – 2 mL/kg (100 – 200 mg/kg) lento, com monitorização de FC	IV lento (extravasamento causa necrose)
Naloxona	Ampola 0,4 mg/mL	Sem diluição obrigatória	0,1 mg/kg	IV / IM / SC / ET
Midazolam	Ampola 5 mg/mL	Diluir para 1 mg/mL (1 mL + 4 mL SF)	0,05 – 0,1 mg/kg (sedação); infusão contínua 0,01 – 0,06 mg/kg/h	IV
Fentanil	Ampola 50 µg/mL	Diluir para 10 µg/mL (1 mL + 4 mL SF)	1 – 2 µg/kg (analgesia/sedação); infusão contínua 1 – 5 µg/kg/h	IV lento (risco de rigidez torácica em bolus rápido)
Sulfato de magnésio	Ampola 10 % (100 mg/mL) ou 50 % (500 mg/mL)	Diluir conforme apresentação para concentração final ≤ 50 mg/mL	25 – 50 mg/kg em 30 minutos (HPP, hipomagnesemia)	IV lento
Furosemida	Ampola 10 mg/mL	Sem diluição obrigatória	1 mg/kg/dose	IV lento

HISTÓRICO DE REVISÃO E APROVAÇÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1	2026	Elaboração do documento

RESPONSABILIDADE	SETOR
Elaboração	Coordenação de Unidades Móveis de Atenção à Urgência e Emergência
Revisão/Análise	Coordenação de Unidades Móveis de Atenção à Urgência e Emergência, Coordenação Médica de Unidades Móveis de Atenção à Urgência e Emergência, Coordenação de Enfermagem do SAMU
Validação	Núcleo da Qualidade do Cuidado em Saúde
Aprovação	Diretoria Técnica e Administrativa do Departamento de Urgência e Emergência

1. OBJETIVO

Padronizar as práticas de segurança do paciente durante o atendimento pré-hospitalar móvel, desde a abordagem inicial até a transferência do cuidado, por meio da aplicação contextualizada das seis metas internacionais de segurança do paciente e das diretrizes nacionais pertinentes.

2. APLICABILIDADE

Este documento aplica-se às equipes assistenciais do SAMU de Curitiba, nas unidades móveis de suporte básico e avançado, e às interfaces com o Complexo Regulador de Urgência (CRU) e unidades receptoras, respeitadas as competências de cada profissional e os protocolos institucionais vigentes.

3. RESPONSÁVEIS

Médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e condutores socorristas, conforme suas atribuições assistenciais e operacionais.

4. DEFINIÇÕES / SIGLAS

SAMU: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência;

POP: Procedimento Operacional Padrão;

CRU: Complexo Regulador de Urgência;

RAM/RAE: Registro de Atendimento Médico/Registro de Atendimento de Enfermagem;

EA: Evento Adverso;

SBAR: Situação, Breve histórico, Avaliação e Recomendação.

5. ESTRUTURA, EQUIPAMENTO E MATERIAL

Ficha RAM/RAE; identificação e documentos disponíveis do paciente; dispositivos de comunicação; materiais para higiene das mãos; equipamentos de proteção individual; medicamentos e dispositivos de administração conforme padronização; equipamentos de monitorização; cintos e dispositivos de retenção da maca; materiais de proteção da pele e de prevenção de quedas disponíveis na unidade móvel.

6. DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

META 1 — IDENTIFICAR CORRETAMENTE O PACIENTE

1. OBJETIVO

Garantir a identificação correta dos pacientes atendidos pelo SAMU 192, prevenindo erros, incidentes e eventos adversos durante o atendimento pré-hospitalar, transporte e transferência do cuidado.

2. ABRANGÊNCIA

Aplica-se a todos os profissionais das unidades móveis, da Central de Regulação Médica e das equipes de transporte de pacientes.

3. PROCEDIMENTO OPERACIONAL

A identificação do paciente deverá ocorrer no primeiro contato assistencial, utilizando, sempre que possível, no mínimo dois identificadores, como nome completo, data de nascimento ou nome da mãe.

- Paciente consciente: solicitar a identificação verbal e conferir com documentos ou registros disponíveis.
- Paciente inconsciente ou não identificado: utilizar identificação provisória individualizada, vinculada ao registro da ocorrência, até a confirmação da identidade.
- Múltiplas vítimas: assegurar identificação individualizada, vinculada à classificação de risco e ao destino hospitalar.
- Medicamentos e procedimentos: confirmar a identidade antes da realização, sempre que possível.
- Transferência do cuidado: comunicar e confirmar a identificação com o profissional receptor, registrando eventuais divergências.

A ausência de identificação não deverá retardar intervenções em situações de risco iminente à vida.

4. RESPONSABILIDADES

Compete às equipes assistenciais identificar corretamente o paciente, registrar as informações disponíveis e comunicar inconsistências. A coordenação deverá promover capacitação e monitorar a aplicação do protocolo.

5. MONITORAMENTO

A adesão será avaliada por meio de auditorias dos registros assistenciais, verificação da utilização de dois identificadores ou justificativa para sua ausência e análise dos incidentes relacionados à identificação.

6. DISPOSIÇÕES FINAIS

A identificação segura deverá integrar todas as etapas da assistência prestada pelo SAMU 192, garantindo a rastreabilidade do atendimento e a continuidade segura do cuidado, respeitando as particularidades do atendimento pré-hospitalar.

7. REFERÊNCIA

Ministério da Saúde, Anvisa e Fiocruz – Protocolo de Identificação do Paciente, Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).

META 2 — MELHORAR A COMUNICAÇÃO ENTRE PROFISSIONAIS

1. OBJETIVO

Padronizar a comunicação entre os profissionais do SAMU 192, a Central de Regulação Médica e os serviços de saúde receptores, garantindo a transmissão clara, objetiva e segura das informações clínicas, prevenindo falhas de comunicação e eventos adversos.

2. METODOLOGIA SBAR

A metodologia SBAR é uma ferramenta de comunicação estruturada composta por quatro etapas:

- S – Situação: identificação do paciente, motivo do atendimento e condição clínica atual.
- B – Histórico (Background): antecedentes clínicos, comorbidades, alergias, medicamentos em uso e intervenções realizadas.
- A – Avaliação: sinais vitais, avaliação clínica, alterações identificadas e resposta às intervenções.
- R – Recomendação: necessidades assistenciais, orientações, condutas pendentes e informações necessárias à continuidade do cuidado.

3. APLICAÇÃO NO SAMU

O SBAR deverá ser utilizado, conforme a situação assistencial, na comunicação entre equipes e médicos reguladores, na passagem de plantão, na comunicação de alterações clínicas e na transferência de pacientes entre ambulâncias e serviços de saúde.

4. PROCEDIMENTO

Durante a transferência do cuidado, o profissional deverá:

1. Confirmar a identificação do paciente.
2. Comunicar as informações clínicas utilizando a sequência SBAR.
3. Informar procedimentos realizados, medicamentos administrados e riscos identificados.
4. Confirmar a compreensão das informações pelo profissional receptor.
5. Registrar a transferência do cuidado e identificar o profissional responsável pelo recebimento.

Em situações críticas, deverá ser utilizada a comunicação em circuito fechado, mediante repetição e confirmação das orientações recebidas.

5. RESPONSABILIDADES

Compete aos profissionais assistenciais transmitir informações completas e fidedignas, ao médico regulador realizar as orientações e decisões sob sua responsabilidade e à equipe receptora confirmar o recebimento das informações e assumir a continuidade assistencial.

6. MONITORAMENTO

A adesão à metodologia deverá ser acompanhada por meio de auditorias dos registros assistenciais, avaliação da qualidade das transferências e monitoramento de incidentes relacionados a falhas de comunicação.

7. DISPOSIÇÃO FINAL

A metodologia SBAR constitui ferramenta institucional de promoção da comunicação efetiva e da segurança do paciente, devendo ser incorporada às rotinas assistenciais do SAMU 192, respeitando os protocolos institucionais e as competências profissionais.
A transferência do cuidado deverá contemplar não apenas a entrega física do paciente, mas também a comunicação adequada das informações necessárias à continuidade segura da assistência.

8. REFERÊNCIA

Ministério da Saúde, Anvisa e Fiocruz – Protocolo de Identificação do Paciente, Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).

META 3 — MELHORAR A SEGURANÇA DOS MEDICAMENTOS

1. OBJETIVO

Estabelecer medidas para garantir a segurança na prescrição, no preparo e na administração de medicamentos durante o atendimento pré-hospitalar, prevenindo erros de medicação, incidentes e eventos adversos.

2. ABRANGÊNCIA

Aplica-se aos profissionais das Unidades de Suporte Básico (USB), Suporte Avançado (USA) e demais equipes assistenciais envolvidas na administração de medicamentos, respeitando suas competências profissionais.

3. PROCEDIMENTO OPERACIONAL

A administração de medicamentos deverá ocorrer mediante prescrição válida ou protocolo institucional formalmente aprovado que autorize a intervenção, respeitando as competências profissionais e as situações previstas na legislação vigente.
Deverão ser observados os 9 certos da administração segura de medicamentos:

1. Paciente certo: confirmar a identificação do paciente.
2. Medicamento certo: conferir o medicamento prescrito ou previsto em protocolo.
3. Dose certa: verificar dose, concentração e cálculos necessários.
4. Via certa: confirmar a via de administração indicada.
5. Hora certa: respeitar o horário e os intervalos de administração.
6. Registro certo: documentar medicamento, dose, via, horário e profissional responsável.
7. Orientação certa: informar o paciente sobre o procedimento, quando possível.
8. Forma certa: verificar apresentação, diluição e preparo adequado.
9. Resposta certa: monitorar os efeitos terapêuticos e possíveis reações adversas.

Medidas complementares de segurança:

- Verificar alergias e contraindicações conhecidas antes da administração.

- Conferir validade, integridade e condições de armazenamento dos medicamentos.
- Identificar corretamente seringas e soluções preparadas.
- Realizar dupla checagem de medicamentos de alta vigilância, conforme protocolo institucional, sempre que operacionalmente possível.
- Confirmar integralmente as prescrições verbais do médico regulador por meio da repetição da orientação recebida.
- Monitorar o paciente após a administração e comunicar imediatamente intercorrências.
- Registrar e notificar erros de medicação e eventos adversos conforme os fluxos institucionais.

Em situações de emergência, as medidas de conferência deverão ser executadas de forma compatível com a urgência, sem retardar intervenções essenciais à preservação da vida.

4. RESPONSABILIDADES

Compete aos profissionais assistenciais realizar o preparo, a conferência, a administração e o registro dos medicamentos conforme suas atribuições legais.
O médico regulador deverá fornecer orientações e prescrições claras, quando necessárias, cabendo à coordenação promover capacitação, padronização dos processos e monitoramento das práticas seguras.

5. MONITORAMENTO

A adesão ao protocolo será avaliada por meio de auditorias dos registros assistenciais, verificação das práticas de administração segura e análise das notificações de incidentes relacionados a medicamentos.
Indicadores:

- Número de incidentes relacionados a erros de medicação.
- Percentual de conformidade nas inspeções de armazenamento e validade dos medicamentos.

6. DISPOSIÇÕES FINAIS

A segurança na administração de medicamentos deverá integrar todas as etapas da assistência prestada pelo SAMU 192, garantindo a rastreabilidade dos procedimentos, a prevenção de erros e a redução dos riscos ao paciente.
A administração de medicamentos deverá respeitar as competências profissionais, as prescrições válidas e os protocolos institucionais vigentes, observando as particularidades do atendimento pré-hospitalar.

7. REFERÊNCIAS

- Ministério da Saúde, Anvisa e Fiocruz. Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos.
- Conselho Federal de Enfermagem (Cofen). Parecer nº 11/2026 – Câmaras Técnicas de Enfermagem.

- Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), instituído pela Portaria GM/MS nº 529/2013.

META 4 — ASSEGURAR PACIENTE, PROCEDIMENTO E LOCAL CORRETOS

1. OBJETIVO

Estabelecer medidas de segurança para a realização de procedimentos invasivos no atendimento pré-hospitalar, garantindo a identificação correta do paciente, a execução do procedimento indicado e a prevenção de incidentes e eventos adversos.

2. ABRANGÊNCIA

Aplica-se aos profissionais das Unidades de Suporte Básico (USB), Suporte Avançado (USA) e demais equipes assistenciais do SAMU 192, conforme suas competências profissionais.

3. PROCEDIMENTO OPERACIONAL

Considerando que o SAMU não realiza procedimentos cirúrgicos eletivos, a Meta 4 será adaptada à segurança dos procedimentos invasivos realizados durante o atendimento pré-hospitalar, como acesso vascular, intubação orotraqueal, dispositivos supraglóticos, descompressão torácica e outros procedimentos autorizados pelos protocolos institucionais.
Antes da realização de procedimentos invasivos, a equipe deverá observar as seguintes medidas de segurança:

- Paciente correto: confirmar a identificação do paciente, sempre que possível, utilizando dois identificadores.
- Procedimento correto: verificar a indicação clínica, a autorização necessária e a competência profissional para sua execução.
- Local correto: confirmar o local anatômico e a lateralidade, quando aplicável.
- Materiais e equipamentos: verificar disponibilidade, integridade, validade e condições de funcionamento.
- Prevenção de infecções: realizar higiene das mãos e utilizar técnica asséptica e equipamentos de proteção individual apropriados.
- Comunicação efetiva: confirmar com a equipe o procedimento planejado, os riscos identificados e as responsabilidades dos profissionais.
- Monitoramento: acompanhar as condições clínicas do paciente durante e após a intervenção.
- Registro: documentar o procedimento, horário, local de realização, profissional responsável e possíveis intercorrências.

Sempre que as condições clínicas permitirem, deverá ser realizada uma breve pausa de segurança antes do procedimento, confirmando paciente, procedimento e local corretos.
Em situações de risco iminente de morte, as verificações deverão ser realizadas de forma simultânea às intervenções, sem retardar a assistência essencial.

4. RESPONSABILIDADES

Compete aos profissionais assistenciais verificar as condições de segurança, realizar os procedimentos conforme suas atribuições legais e protocolos institucionais e registrar as intervenções realizadas.
O médico regulador deverá exercer as atribuições de regulação e orientação assistencial sob sua

responsabilidade.

5. MONITORAMENTO

A adesão ao protocolo deverá ser avaliada por meio de auditorias dos registros assistenciais e análise de incidentes relacionados aos procedimentos invasivos.
Indicadores sugeridos:

- Número de incidentes e eventos adversos relacionados a procedimentos invasivos.
- Percentual de conformidade na verificação de materiais e equipamentos.

6. DISPOSIÇÕES FINAIS

A realização de procedimentos invasivos no SAMU 192 deverá observar as boas práticas de segurança do paciente, respeitando as competências profissionais, os protocolos institucionais e as particularidades do atendimento pré-hospitalar.
A segurança deverá ser assegurada por meio da identificação correta do paciente, confirmação do procedimento e local de intervenção, utilização adequada dos materiais, comunicação efetiva entre os profissionais e monitoramento das condições clínicas.

7. REFERÊNCIAS

- Ministério da Saúde, Anvisa e Fiocruz. Protocolo para Cirurgia Segura. 2013.
- Organização Mundial da Saúde. WHO Surgical Safety Checklist. 2009.
- Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 529/2013 – Programa Nacional de Segurança do Paciente.

META 5 — REDUZIR O RISCO DE INFECÇÕES POR MEIO DA HIGIENE DAS MÃOS

1. OBJETIVO

Estabelecer medidas para prevenir e reduzir o risco de infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS), promovendo a higienização adequada das mãos, a utilização correta de equipamentos de proteção individual (EPIs) e a adoção de práticas seguras durante o atendimento pré-hospitalar e transporte de pacientes.

2. ABRANGÊNCIA

Aplica-se a todos os profissionais das Unidades de Suporte Básico (USB), Suporte Avançado (USA), equipes de transporte de pacientes e demais profissionais envolvidos na assistência prestada pelo SAMU 192.

3. PROCEDIMENTO OPERACIONAL

A prevenção de infecções deverá ser incorporada a todas as etapas do atendimento pré-hospitalar, observando as seguintes medidas:

Os profissionais deverão realizar a higienização das mãos conforme os cinco momentos recomendados pela Organização Mundial da Saúde (OMS):

1. Antes de tocar o paciente.
2. Antes de realizar procedimento limpo ou asséptico.
3. Após risco de exposição a fluidos corporais.
4. Após tocar o paciente.
5. Após tocar superfícies próximas ao paciente.

A higienização deverá ser realizada com preparação alcoólica a 70%, quando as mãos não apresentarem sujidade visível, ou com água e sabonete líquido quando estiverem visivelmente sujas ou houver outra indicação específica.

O uso de luvas não substitui a higienização das mãos.

4. RESPONSABILIDADES

Compete aos profissionais assistenciais cumprir as práticas de prevenção e controle de infecções, realizar a higienização das mãos, utilizar corretamente os EPIs e assegurar a descontaminação dos materiais e equipamentos sob sua responsabilidade.

5. MONITORAMENTO

A adesão ao protocolo deverá ser acompanhada por meio de auditorias, inspeções das ambulâncias e análise das notificações de incidentes relacionados à prevenção de infecções.

Indicadores sugeridos:

- Percentual de adesão aos cinco momentos de higienização das mãos.
- Percentual de ambulâncias com insumos adequados para higienização e proteção individual.
- Percentual de conformidade nos procedimentos de limpeza e desinfecção das ambulâncias.
- Número de incidentes relacionados à exposição a material biológico e falhas nas medidas preventivas.

6. DISPOSIÇÕES FINAIS

A prevenção de infecções deverá integrar permanentemente as rotinas assistenciais do SAMU 192, sendo responsabilidade de todos os profissionais envolvidos no atendimento e transporte de pacientes.

As medidas deverão observar os protocolos institucionais, as normas de biossegurança e as recomendações da Anvisa e do Ministério da Saúde, considerando as particularidades do ambiente pré-hospitalar.

7. REFERÊNCIAS

- Ministério da Saúde, Anvisa e Fiocruz. Protocolo para a Prática de Higiene das Mãos em Serviços de Saúde. 2013.
- Anvisa. Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Higiene das Mãos. 2026.
- Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 529/2013 – Programa Nacional de Segurança do Paciente.
- Anvisa. RDC nº 222/2018 – Boas Práticas de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde.

META 6 — REDUZIR O RISCO DE QUEDAS E LESÕES POR PRESSÃO

1. OBJETIVO

Estabelecer medidas para prevenir quedas, lesões por pressão e outros danos relacionados à mobilização, acomodação e transporte de pacientes, garantindo a segurança durante o atendimento pré-hospitalar e a transferência do cuidado.

2. ABRANGÊNCIA

Aplica-se aos profissionais das Unidades de Suporte Básico (USB), Suporte Avançado (USA) e demais equipes envolvidas no atendimento e transporte de pacientes pelo SAMU 192.

3. PROCEDIMENTO OPERACIONAL

A prevenção de quedas e lesões por pressão deverá ser incorporada às etapas de avaliação, mobilização, acomodação e transporte do paciente.

3.1. Prevenção de quedas

- Avaliação de risco: identificar pacientes com mobilidade reduzida, alteração do nível de consciência, agitação, tontura, fraqueza, idade avançada ou uso de medicamentos que aumentem o risco de quedas.
- Mobilização segura: utilizar técnicas adequadas de transferência, com auxílio de profissionais e dispositivos apropriados às condições clínicas do paciente.
- Fixação na maca: manter o paciente adequadamente posicionado, utilizando os cintos de segurança e sistemas de contenção próprios do equipamento.
- Segurança no transporte: manter a maca travada e fixada ao veículo, com grades laterais elevadas quando indicadas e sem comprometer o acesso assistencial.
- Deslocamento: evitar que pacientes com risco de queda caminhem sem auxílio durante o embarque e desembarque.
- Orientações: informar pacientes e acompanhantes sobre os cuidados necessários durante a mobilização e o transporte.

3.2. Prevenção de lesões por pressão

- Avaliação da pele: identificar alterações cutâneas, áreas de hiperemia, lesões preexistentes e fatores de risco, quando as condições assistenciais permitirem.
- Posicionamento adequado: manter alinhamento corporal e reduzir a pressão prolongada sobre proeminências ósseas.
- Mudança de decúbito: realizar reposicionamento conforme a condição clínica, duração do transporte e possibilidade de mobilização segura.

- Proteção da pele: evitar fricção, cisalhamento e contato prolongado com superfícies úmidas.
- Dispositivos: verificar pontos de pressão relacionados a colares cervicais, máscaras, talas e demais dispositivos utilizados.
- Transferência do cuidado: comunicar ao serviço receptor a presença de lesões, alterações cutâneas e riscos identificados.

3.3. Condutas diante de incidentes

Na ocorrência de quedas, lesões ou outros incidentes durante o atendimento ou transporte, a equipe deverá:

1. Avaliar imediatamente as condições clínicas do paciente.
2. Prestar a assistência necessária e comunicar o médico regulador, conforme a gravidade e os fluxos estabelecidos.
3. Registrar o incidente e as condutas realizadas na ficha assistencial.
4. Comunicar o ocorrido ao serviço receptor.
5. Realizar a notificação institucional para análise e adoção de medidas preventivas.

4. RESPONSABILIDADES

Compete aos profissionais assistenciais avaliar os riscos, adotar medidas preventivas, garantir a correta utilização dos dispositivos de segurança e registrar as intercorrências.

5. MONITORAMENTO

A adesão ao protocolo deverá ser acompanhada por meio de auditorias, inspeções dos equipamentos e análise das notificações de incidentes.
Indicadores sugeridos:

- Número de quedas durante o atendimento e transporte.
- Número de incidentes relacionados à mobilização e transferência de pacientes.
- Percentual de pacientes com risco identificado e medidas preventivas registradas.

6. DISPOSIÇÕES FINAIS

As medidas de prevenção de quedas e lesões por pressão deverão integrar todas as etapas da assistência prestada pelo SAMU 192, respeitando as condições clínicas dos pacientes e as particularidades do atendimento pré-hospitalar.
A mobilização, acomodação e transferência deverão ocorrer com utilização adequada dos equipamentos de segurança, priorizando a prevenção de danos e a continuidade segura do cuidado.

7. REFERÊNCIAS

- Ministério da Saúde, Anvisa e Fiocruz. Protocolo de Prevenção de Quedas.
- Ministério da Saúde, Anvisa e Fiocruz. Protocolo para Prevenção de Úlcera por Pressão.
- Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 529/2013 – Programa Nacional de Segurança do Paciente.

HISTÓRICO DE REVISÃO E APROVAÇÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1	2026	Proposta de inclusão do POP 032 — Metas de Segurança do Paciente

RESPONSABILIDADE	SETOR
Elaboração	Coordenação de Unidades Móveis de Atenção à Urgência e Emergência
Revisão/Análise	Coordenação de Unidades Móveis de Atenção à Urgência e Emergência, Coordenação Médica de Unidades Móveis de Atenção à Urgência e Emergência, Coordenação de Enfermagem do SAMU
Validação	Núcleo da Qualidade do Cuidado em Saúde
Aprovação	Diretoria Técnica e Administrativa do Departamento de Urgência e Emergência