



CEARÁ
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DA SAÚDE

PROTÓCOLOS CENTRAL DE REGULAÇÃO DAS URGÊNCIAS DO SAMU CEARÁ

VOLUME 01 - EMERGÊNCIAS CLÍNICAS



MISSÃO, VISÃO E VALORES

MISSÃO

Salvar vidas por meio de um atendimento pré-hospitalar móvel de urgência qualificado, fortalecendo o processo de Regionalização do SUS no território cearense e respeitando o ser humano em sua integralidade.

VISÃO

Ser referência nacional no atendimento pré-hospitalar móvel de forma segura e na capacitação e qualificação da Rede de Atenção à Urgência e Emergência

VALORES

Eficiência e Sustentabilidade – Valorização das pessoas – Comprometimento com o SUS –
Transparência – Inovação e Conhecimento –
Humanização – Inclusão e diversidade – Ética



GOVERNADOR DO ESTADO DO CEARÁ

Elmano de Freitas da Costa

VICE-GOVERNADORA DO ESTADO DO CEARÁ

Jade Afonso Romero

SECRETÁRIA DA SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ

Tânia Mara Silva Coelho

SUPERINTENDENTE DO SAMU 192 CEARÁ

Francisco Nilson Maciel Mendonça Filho

DIRETOR DE EDUCAÇÃO PERMANENTE DO SAMU 192 CEARÁ

Yury Tavares de Lima

DIRETOR TÉCNICO DO SAMU 192 CEARÁ

Jefferson Oliveira e Silva

DIRETORA DE ENFERMAGEM DO SAMU 192 CEARÁ

Geisy Lanne Muniz Luna

DIRETOR DE GESTÃO DE PESSOAS DO SAMU 192 CEARÁ

Glauciran Alves Teles Cavalcante

DIRETOR ADMINISTRATIVO-FINANCEIRO DO SAMU 192 CEARÁ

Kelson Thales Cruzeiro Prates

GERENTE DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE DO SAMU 192 CEARÁ

Dherlen Lemos da Silva

SUPERINTENDENTE DA ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO CEARÁ (ESP/CE)

Luciano Pamplona de Góes Cavalcanti

DIRETORA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE E PROFISSIONAL EM SAÚDE DA ESP/CE

Suzyane Barcelos Cortês

GERENTE DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE DA ESP/CE

Érika de Oliveira Nicolau

DIRETOR DE INOVAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA EM SAÚDE DA ESP/CE

Francisco Sales Ávila Cavalcante

GERENTE DE PESQUISA EM SAÚDE DA ESP/CE

Juliana Alencar Moreira Borges

COORDENADOR DA ASSESSORIA DE DESENVOLVIMENTO EDUCACIONAL DA ESP/CE

Henrique Luís do Carmo e Sá

FICHA TÉCNICA

ORGANIZADORES

Geisy Lanne Muniz Luna

Sandra Machado Lira

Yury Tavares de Lima

Samyla Citó Pedrosa

Dherlen Lemos da Silva

Erilaine Freitas Corpes

Maria Cristiane da Silva Nogueira

Joana Dayse da Rocha Portela Andrade

Érika de Oliveira Nicolau

ELABORADORES

Agnes Maria Bezerra Lonsing

Allison Falcão

Amanda Maria Braga Vasconcelos

Camila Dantas Pereira Chaves

Carlos Henrique do Nascimento Moraes

Dandara Ruana Soares Barbosa

Daniele Maia Almeida

Diego Saraiva Felipe

Edson Juvenal Da Silva Neto

Emanuella Macêdo Silva

Eva Wilma Martins Timbó

Francisco Mauro Guimarães Costa Filho

Francisco Nilson Maciel Mendonça Filho

Germana Soares B. Moreira

Glairton Bizerra Da Costa

Gleydson Fabricio de Freitas Menezes

Igor Rodrigues Da Silva

Jean Carlos Facundo Ferreira

João Felipe Moraes Do Nascimento

João Marcos Nunes Gadelha

José Hiago Feitosa de Matos

Judikael Sarmento Magalhães

Leiliane De Queiroz Oliveira

Lina Poliana Moraes Cavalcante

Márcio Flávio Araújo Guanabara Júnior

Maria Aparecida Chagas Rocha

Maria Da Conceição Freitas Tavares

Marília de Andrade Guedes Giesta

Mirena M. Noronha Viana

Neiva Maria Martins Timbó

Paulo Alberto Cosquillo Valdivia

Quitéria Eveline Martins Timbo

Rosiane Lopes Trigueiro

Samyla Citó Pedrosa

Shura Do Prado Farias Borges

FICHA TÉCNICA

REVISORES

Airton Silva De Oliveira Junior
Ana Caroline Lima Vasconcelos
Andreza Servula Pereira Da Silva
Angelo Marcelo Silva Chagas
Carolina Ribeiro De Sousa
Cynthia Maria Madeira Colares
Deise Sousa
Denise Montenegro Da Silva
Francisco Fabio Pacheco Barbosa
Gabriel Dos Santos Dias Soares
Gabriel Silva Resende
Geziel Dos Santos De Souza
Gilson Melo Pinheiro
Gutemberg Oliveira
Igor Cordeiro Mendes
Italo Rigoberto C. Andrade
Jayranne Mara Santana
Jefferson Oliveira e Silva
Karine De Castro Bezerra
Kelvio Da Silva Lins

Larissa Lima Vieira
Luciano Barreto Quental
Luiz Claudio Otoni De Castro
Marcio Flavio Araujo Guanabara Júnior
Nathalia Farias Vasconcelos
Olivia Andrea Alencar Costa Bessa
Raphael Colares De Sá
Rui Porto Moraes
Samer Heluany Khoury
Samuel Ramalho Torres Maia
Susana Lia Cavalcante
Tarcylío Esdras De Almeida Rocha
Thais Passos Costa
Thais Saraiva Leão Cunha
Vanessa Gomes Martins
Victor Hugo De Almeida Oliveira
Victor Rocha Cabral Lacerda
Weverson De Abreu Lima
Yan Sousa Lopes
Yury Tavares de Lima

COLABORADORES

Aline Mesquita Lemos
Carmem Lucia Ferreira Abreu
Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro
Cleyton Carvalho Cândido
João Hemogenes Landim Neto
José Batista Cisne Tomaz

Lorena Pires de Moraes
Marciana Alves de Brito
Viviane Nóbrega Gularte Azevedo
Wilma Maria Lins de Sousa
Mestrado Profissional em Gestão em
Saúde MEPGES – UECE

C387p

CEARÁ. Secretaria da Saúde do Estado.

Protocolos Central de Regulação das Urgências do SAMU Ceará: volume 01 - emergências clínicas [recurso eletrônico] / Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, Escola de Saúde Pública do Ceará, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência do Ceará. — Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2026.

186 p. il.

ISBN: 978-65-86649-71-0

1. Serviços médicos de emergência. 2. Atendimento pré-hospitalar. 3. Regulação médica das urgências. 4. SAMU. 5. Protocolos clínicos. I. Título.

CDD 362.18

SIGLAS

AVE	Acidente Vascular Encefálico
CRU	Central de Regulação de Urgência
ESP/CE	Escola de Saúde Pública do Ceará
OVACE	Obstrução de Via Aérea por Corpo Estranho
PCR	Parada Cardiorrespiratória
RIL	Revisão Integrativa de Literatura
RM	Recurso Móvel
RUE	Rede de Urgência e Emergência
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAV	Suporte Avançado de Vida
SBV	Suporte Básico de Vida
SESA	Secretaria da Saúde do Estado do Ceará
SUS	Sistema Único de Saúde
TARM	Telefonista Auxiliares de Regulação Médica
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USA	Unidade de Suporte Avançado
USB	Unidade de Suporte Básico
VTR	Veículo de Transporte Rápido

APRESENTAÇÃO

A Central de Regulação de Urgência (CRU) constitui o núcleo estratégico do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192. É por meio dela que se operacionaliza a regulação médica das demandas de urgência e emergência, assegurando que cada usuário receba a resposta assistencial mais adequada, no menor tempo possível, em articulação com toda a Rede de Urgência e Emergência à Saúde.

A CRU representa o primeiro ponto de contato do cidadão com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Seu papel ultrapassa a simples ativação de ambulâncias: trata-se de um serviço altamente especializado, baseado na escuta qualificada, triagem clínica, classificação de risco, orientação médica e alocação eficiente dos recursos móveis e fixos do sistema. Dessa forma, a CRU atua como guardião da equidade, da integralidade e da racionalidade na utilização dos recursos públicos destinados à atenção às urgências.

Nesse contexto, o Protocolo de Regulação das Urgências do SAMU 192 Ceará surge com o propósito de padronizar fluxos, critérios técnicos, responsabilidades e processos de trabalho, garantindo maior segurança, previsibilidade e eficiência na regulação das urgências médicas. Ao orientar a tomada de decisão dos médicos reguladores, rádio-operadores (enfermeiros e técnicos de enfermagem), telefonistas auxiliares de regulação médica (TARM) e equipes de suporte básico e avançado, este documento contribui para qualificar a assistência prestada, reduzir riscos assistenciais e fortalecer a integração entre os componentes da Rede de Atenção às Urgências. Trata-se de mais um passo para a efetivação do processo regulatório do acionamento do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192 Ceará.

Neste primeiro volume apresentamos os Protocolos de Regulação das Emergências Clínicas, elaborados através de pesquisa em evidências científicas que ancoram as melhores práticas, para isso foi percorrido uma trajetória no qual nos remeteu a um estudo metodológico que ocorreu em parceria entre o SAMU 192 Ceará e Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE).

Foram diversas contribuições de profissionais que atuam na Rede de Urgência e Emergência do estado e especialistas no assunto, além de etapa de validação realizada por juízes, entre eles mestres e doutores com atuação na área. Assim, os protocolos apresentados estão homologados como instrumentos orientadores do processo regulatório de acionamento dos recursos disponíveis no SAMU 192 Ceará.

O objetivo central deste material é nortear os médicos reguladores na tomada de decisão, tanto na escolha do recurso adequado durante o acionamento solicitado em casos de emergências clínicas, quanto na definição do encerramento da ocorrência – incluindo quando e encaminhar o paciente ao serviço de referência, contribuindo para a otimização da assistência. Também visa orientar a ação dos médicos reguladores, reduzindo o envio de recursos inadequados e minimizando atrasos na atenção aos pacientes que necessitam de atendimento urgente.

A elaboração deste protocolo reforça o compromisso do SAMU com a qualidade assistencial, a eficiência operacional e a humanização do atendimento às urgências. Espera-se que este documento sirva como referência para o aperfeiçoamento contínuo dos processos de regulação, contribuindo para uma resposta rápida, coordenada e resolutiva, alinhada às diretrizes do Ministério da Saúde e às necessidades da população. Dessa forma, esperamos contribuir para que o SAMU 192 Ceará cumpra sua missão de salvar vidas por meio de um atendimento móvel de urgência e emergência qualificado, fortalecendo o processo regionalizado do SUS no território cearense e respeitando o ser humano em sua integralidade.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	10
PERCURSO METODOLÓGICO.....	13
PROTOCOLOS DE EMERGÊNCIAS CLÍNICAS.....	16
ANAFILAXIA.....	16
ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO – AVE.....	26
BRADIARRITIMIA.....	35
DISPNÉIA.....	44
DOR ABDOMINAL.....	55
DOR TORÁCICA.....	65
ESTADO EPILÉPTICO CONVULSIVO NO ADULTO.....	77
HEMORRAGIA DIGESTIVA.....	85
HEMORRAGIA DE OROFARINGE.....	95
HIPERGLICEMIA.....	104
HIPOGLICEMIA.....	112
OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS POR CORPO ESTRANHO – OVACE.....	120
PARADA CARDIO RESPIRATÓRIA – PCR.....	129
REBAIXAMENTO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA.....	138
SÍNCOPE.....	148
TAQUIARRITIMIA.....	159
URGÊNCIA HIPERTENSIVA.....	169
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	176
APÊNDICE I	181

INTRODUÇÃO

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), instituído pela Política Nacional de Atenção às Urgências, veio advindo do serviço voltado ao atendimento móvel de urgências e emergências pré-hospitalares sendo o principal componente de assistência pré-hospitalar às emergências e urgências com objetivo de diminuir o número de óbitos, as sequelas causadas pelos atrasos no atendimento e o tempo de internação. O SAMU compreende os seguintes serviços: às urgências clínicas, cirúrgicas, obstétricas, traumáticas e psiquiátricas. Ele é um serviço qualificado direcionado às demandas clínicas, traumáticas, obstétricas e psiquiátricas, desempenhados por equipe multiprofissional no atendimento direto ou no direcionamento da vítima para a unidade adequada ao seu tratamento. O sistema de regulação das urgências controla o envio das equipes, o atendimento no local e o destino da vítima a unidade de saúde de referência (Araújo *et al.*, 2022).

Condições clínicas, vulnerabilidade e risco determinam as ocorrências que são priorizadas pelas Centrais de Regulação de Urgências do SAMU. Estas centrais, por sua vez, somam mais de uma centena e cobrem todos os estados brasileiros (Zucatti *et al.*, 2021).

As Centrais de Regulação das Urgências do SAMU 192 são caracterizadas como uma importante ferramenta de gestão por identificarem as reinternações dos pacientes ao atendimento pré-hospitalar. Isso pode auxiliar no planejamento e na gestão dos serviços de saúde, pois aponta possíveis falhas e lacunas na RUE (Rede de Atenção às Urgências e Emergências) (Zucatti *et al.*, 2021).

No Brasil, segundo o relatório anual de gestão em saúde 2019 do governo federal, existem atualmente 192 centrais de regulação de urgências no país, com veículos tripulados que dão cobertura a 3.725 municípios e garantem acesso à RUE a mais de 176 milhões de pessoas, representando uma taxa de cobertura de 84,88% da população brasileira. A RUE foi proposta com a finalidade de articular e integrar os equipamentos de saúde, objetivando ampliar e qualificar o acesso dos usuários em situação de urgência e emergência de saúde de forma ágil e oportuna. São definidos como seus componentes: Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde; Atenção Básica em Saúde; Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu 192) e suas

Centrais de Regulação Médica das Urgências; Sala de Estabilização; Força Nacional de Saúde do SUS; Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas; Hospitalar; e Atenção Domiciliar (Tofani *et al.*, 2023).

A região Nordeste, com 83,2% da população coberta, concentra 1281 RM (recursos móveis), predominantemente de SBV (Suporte básico de vida) (83%) com 17% de SAV (Suporte avançado de vida), fixando-se na média nacional. Contudo, uma análise adicional revelou que nessa região, há três estados considerados 100% cobertos por serviços regionalizados, onde a participação de SBV varia de 74,6% a 89,3%, e cada unidade de SAV cobre respectivamente 4,7 municípios em Sergipe, 5,9 na Paraíba e 17,0 em Alagoas (Brasil, 2023).

O Samu 192 Ceará possui, atualmente, três Centrais de Regulação das Urgências (CRU): a CRU Eusébio, regulando as Regiões Metropolitana de Fortaleza, Litoral Leste/Jaguaribe e Sertão Central; a CRU Juazeiro do Norte, que regula a Região de Saúde do Cariri; e a CRU Sobral, atendendo à Região de Sobral. Ao todo, são 121 Bases de Apoio e 167 unidades móveis, sendo três de resgate aeromédico, 30 Unidades de Suporte Avançado (USAs), 131 Unidades de Suporte Básico (USBs) e três motolâncias. O Samu 192 Ceará cobre 100% dos municípios do estado, exceto a capital, Fortaleza, onde é municipalizado. A estruturação do serviço segue a regionalização do Estado, com a divisão em cinco Regiões de Saúde: Fortaleza, Sertão Central, Litoral Leste/Jaguaribe, Cariri e Sobral.

Nesse contexto, a triagem é um trabalho fundamental para o correto redirecionamento dos usuários descongestionando o setor emergência, e, portanto, deve ser realizada por profissionais qualificados, aumentando a resolutividade dos problemas do usuário e a qualidade do atendimento (Cruz, 2014). Assim, torna-se premente considerar a importância da regulação para que o processo de trabalho em todos os setores da saúde aconteça com eficácia. Os principais papéis da regulação no Sistema Único de Saúde, segundo Mendes (2012), são: a condução e o planejamento estratégico, a contratualização dos serviços, a avaliação tecnológica em saúde, a avaliação econômica dos serviços de saúde, o sistema de acesso regulado à atenção, o desenvolvimento de recursos humanos, a normalização dos processos de trabalho, o controle e a avaliação dos serviços de saúde, a auditoria em saúde, a vigilância em saúde e o desenvolvimento científico e tecnológico. A tecnologia utilizada para cuidado à saúde resulta em transformações consideráveis.

no setor, sobretudo por contribuir com a gestão de doenças crônicas, facilitar na expansão dos serviços de saúde em áreas mais carentes, melhorar a eficiência dos profissionais da saúde e dos sistemas de saúde, melhorar a qualidade do serviço prestado, ajudar na diminuição dos gastos, e na redução de tempos, erros e ineficiência (Fernandes, 2017).

Os Protocolos são recursos tecnológicos importantes na prática de saúde auxiliando no processo de mudança da prática assistencial, bem como na melhoria do resultado do desempenho dos profissionais (Santos, 2019).

Protocolos devem ser validados para que adquira confiabilidade científica, considerando uma ferramenta de gestão de qualidade nos serviços de saúde. Através de protocolos, procura-se a excelência na prestação do serviço da equipe de saúde e minimizar os erros e distorções adquiridas nas ações rotineiras. Logo, é passível de mudanças e proporciona transformações culturais significativas nas instituições, nos aspectos técnicos, político-institucionais e na educação (Walter R. *et al.*, 2016).

A padronização das atividades no atendimento vem sendo amplamente discutida na área da saúde. Padronizar contribui para uniformização dos fluxos e na realização das atividades pertinentes aos setores de serviço em saúde, além de poder contribuir para a manutenção da qualidade da assistência e atividades realizadas pelos profissionais (Machado, 2011).

O SAMU presente em todo o país apresenta especificidades advindas das diferentes necessidades de saúde, diferentes redes de serviço, além de capacidades de pactuação diferentes dos municípios e regiões de saúde. Estas particularidades influenciam a maneira pela qual os SAMU estão inseridos na rede de atenção à saúde local (Fernandes, 2017).

Logo, a importância da construção de Protocolos, permite à equipe ordenar a execução de determinado procedimento de forma segura, embasada em evidências científicas, o que possibilita a confiabilidade da assistência (Pereira *et al.*, 2017). Para que exista homogeneidade no atendimento a pacientes de urgência e emergência, é necessário que a equipe multidisciplinar tenha profissionais capacitados para fazer seu acolhimento e posteriormente sua classificação de risco (Salazar *et al.*, 2023).

PERCURSO METODOLÓGICO

A construção dos Protocolos de Emergências Clínicas da Central de Regulação de Urgência resultou de um processo metodológico estruturado, desenvolvido no âmbito do “Curso de Aperfeiçoamento para a Construção de Protocolos das Centrais de Regulação de Urgência – SAMU 192”, com carga horária de 180 horas, realizado no período de outubro de 2024 a dezembro de 2025.

Para fundamentar cientificamente o conteúdo, adotou-se uma pesquisa metodológica que tem por objetivo desenvolver, validar e avaliar ferramentas e métodos de pesquisa envolvendo a investigação de formas de obtenção, organização de dados e condução de pesquisas rigorosas (Polit; Beck, 2011). Na pesquisa metodológica, o pesquisador se interessa em transformar o conhecimento construído em um formato palpável (Lobiondo-Wood; Haber, 2001).

Essa descrição metodológica é composta pela elaboração e pelo desenvolvimento de protocolos que possam ser implementados e avaliados em ambiente educacional e assistencial, tendo como propósito a criação de produtos e serviços (Rodrigues, 2007). Para o alcance dos objetivos, foram seguidas as seguintes etapas, fundamentadas em Silva (2015). Etapa 1: Elaboração do protocolo (Fase 1: Identificação dos indicadores empíricos mediante revisão integrativa da literatura científica, fase 2: Criação dos indicadores empíricos através da técnica de Brainstorming e fase 3: Estruturação do protocolo inicial). Etapa 2: validação do protocolo: (Fase 1: Validação de aparência e Fase 2: Validação de conteúdo por juízes técnicos e assistenciais).

A revisão da literatura científica é um dos passos mais importantes para a elaboração do protocolo, pois cria-se uma base do conhecimento de modo a extrair as melhores evidências disponíveis a serem implementadas na prática clínica. É necessário que essa busca na literatura identifique os pontos em que existe um consenso e os pontos controversos do assunto em estudo (Polit; Beck, 2011; Werneck; Faria; Campos, 2009).

A Revisão Integrativa da Literatura (RIL), escolhida por sua capacidade de reunir, analisar e sintetizar evidências provenientes de diferentes delineamentos de pesquisa, possibilitando uma compreensão abrangente das melhores práticas aplicáveis à assistência pré-hospitalar e ao processo regulatório. A formulação das perguntas norteadoras utilizou a metodologia PICO (População, Intervenção, Comparação, Desfecho). Nessa adaptação ao contexto da regulação médica, considerou-se: P – pacientes adultos atendidos no Atendimento Pré-Hospitalar (APH); I – intervenções e fluxos empregados pelas Centrais de Regulação; C – não aplicável, dada a natureza do estudo; e O – desfechos relacionados à segurança, padronização e efetividade das ações regulatórias. Com base nessas perguntas, foi conduzida uma busca bibliográfica nas bases Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE/PubMed), Scopus, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL), utilizando descritores controlados dos vocabulários Medical Subject Headings (MeSH) e Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) combinados com operadores booleanos AND e OR, garantindo amplitude e precisão na identificação dos estudos relevantes. As estratégias completas de busca referentes aos 17 protocolos encontram-se sistematizadas no Apêndice I. A busca foi realizada em novembro de 2024, abrangendo publicações entre 2016 e 2024, sem restrição de idioma, desde que os artigos estivessem disponíveis na íntegra e contemplassem a população adulta. Foram incluídos estudos primários relacionados à assistência pré-hospitalar, urgências clínicas e processos de regulação médica, enquanto estudos duplicados, revisões narrativas sem critérios explícitos, teses, dissertações, monografias foram excluídos. A análise dos estudos selecionados considerou nível de evidência, grau de recomendação, relevância clínica e aplicabilidade no cenário da regulação médica brasileira, permitindo a síntese de informações em quadros comparativos que auxiliaram na identificação de recomendações consistentes e lacunas de conhecimento.

A redação inicial dos protocolos foi elaborada por um grupo de quatro profissionais com experiência na área de urgência, emergência e regulação médica, que sistematizaram os conteúdos segundo uma estrutura padrão contemplando definição,

Em seguida, os protocolos foram submetidos à validação de conteúdo por juízes especialistas selecionados com base na experiência profissional e produção técnico científica na temática. A avaliação foi realizada mediante instrumento estruturado (AGREE II). Após avaliação, analisou-se o Índice de Validade do Conteúdo (IVC), para quantificar a extensão da concordância entre os especialistas e subsidiar a decisão do protocolo ser recomendado. Logo após essa análise, organizou-se uma nova reunião com profissionais e experts da área para realizar os ajustes necessários e discutir possíveis mudanças e ajustes sugeridas pelos juízes.

Após a incorporação das sugestões dos avaliadores, os documentos passaram por revisão técnica e linguística, com padronização terminológica e alinhamento às normativas vigentes, resultando na versão final dos Protocolos de Emergências Clínicas da Central de Regulação de Urgência, adequada ao uso no âmbito da Central de Regulação das urgências do SAMU 192 Ceará.

ANAFILAXIA

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo de documento:	Protocolo	PTC.SAMU-SUP.002 Página: 1	
Origem do documento:	Serviço de atendimento móvel de urgência	Classificação: público	Emissão: 17/11/2025
Título do documento:	Regulação médica de urgência - anafilaxia	Versão: 1	Próxima revisão: Validação: 05/12/2027
		Validação: 05/12/2027	

TERMINOLOGIA POPULAR

- Reação alérgica ;
- Alergia forte ;
- Fechando a garganta;
- Empolotado;
- Todo se coçando;
- Com a boca e olhos inchados.

DEFINIÇÃO

A definição de anafilaxia segundo os principais órgãos competentes é a de uma reação alérgica aguda, potencialmente fatal, de início rápido (em minutos a poucas horas), que envolve múltiplos sistemas orgânicos, sendo caracterizada por manifestações cutâneas/mucosas (como urticária, prurido, edema de lábios/língua/úvula) associadas a pelo menos um dos seguintes: comprometimento respiratório (dispneia, broncoespasmo, estridor, hipoxemia), hipotensão ou sintomas de disfunção de órgão-alvo (colapso, síncope, incontinência), ou sintomas gastrointestinais persistentes (vômitos, dor abdominal intensa).

PERGUNTAS NORTEADORAS

- O paciente está consciente?
- O paciente está respirando? Está tendo dificuldade para respirar? Faz algum barulho quando respira?
- Consegue falar? Dificuldade de falar frases completas? Fala entrecortada?
- Apresenta algum inchaço no rosto? inchaço nos lábios ou língua?
- Apresenta alguma lesão ou vermelhidão na pele? Apresenta cianose?
- Está rouco?
- Paciente tem história prévia conhecida de reações medicamentosas ou alimentares?
- Algo pode ter gerado o quadro? Alimento? Medicação
Picada de inseto? Produtos químicos?

CRITÉRIOS DE GRAVIDADE

- Alterações no nível de consciência;
- Crises convulsivas;
- Rápida progressão de sintomas;
- Estridor e dificuldade respiratória;
- Hipotensão ou choque;
- Edema facial;
- Rubor e urticária generalizadas;
- Náuseas e vômitos persistentes;
- Arritmias malignas;
- História prévia de anafilaxia ou reações graves.

DECISÃO TÉCNICA

CONSIDERAR USA SE:

- Sinais de Insuficiência Respiratória Aguda (IRPA);
- Sinais de choque; (pele fria, sudorese e/ou palidez de extremidades);
- Quadro de rápida progressão com risco imediato, necessidade de medidas suporte avançado (intubação, administração de medicamentos e monitorização multiparâmetro).

CONSIDERAR USB SE:

- Sintomas respiratórios leves;
- Paciente estável hemodinamicamente;
- Sem comprometimento do nível de consciência.

CONSIDERAR MOTOLÂNCIA SE:

- Possível instabilidade clínica moderada/grave;
- Paciente sintomático em área de difícil acesso ou tráfego intenso.

CONSIDERAR AÉREO SE:

- Local de difícil acesso e tempo-resposta via terrestre elevado;
- Quadro clínico grave com necessidade de transporte rápido;
- Transferência secundária com tempo resposta dependente.

ORIENTAÇÕES AO SOLICITANTE

- Afaste o paciente do local próximo ao alérgeno caso o mesmo seja identificado;
- Aguardar o atendimento em local arejado;
- Não ofereça alimentos ou outras medicações;
- Se sintomas respiratórios: o paciente deve ser mantido em posição sentada;
- Se sintomas de choque: o paciente deve ser colocado em decúbito dorsal,
- com os membros inferiores elevados.

ORIENTAÇÕES PARA A EQUIPE DA INTERVENÇÃO

- Avaliação primária A (vias aéreas), B (respiração), C (circulação) e D (neurológico) e reanimação quando necessário, não retarde manejo de via aérea avançada;
- Monitorização;
- Oferta de O₂ com Máscara não-reinalante com reservatório em alto fluxo;
- Administrar adrenalina 0,3-0,5 mg, IM. Pode repetir se necessário a cada 5-15 minutos;
- Hipotensão, reposição volêmica em alíquotas de 250 ml de solução cristalóide, repetir se necessário;

- Se estridor: Nebulização com adrenalina 5 ml, pura;
- Se houver sintomas refratários em 5-10 minutos: Repetir adrenalina IM e infusão de fluidos;
- Se não houver resposta a adrenalina IM, avaliar infusão contínua de adrenalina;
- Considerar tratamento com corticosteroides e anti-histamínicos;
- Considerar tratamento com vasopressores se choque refratário;
- Em casos de rápida evolução seguir protocolo AMAX4.
- Realizar a identificação do paciente por meio da pulseira, conforme o Protocolo Institucional de Identificação.

Se paciente inconsciente e necessitando de via aérea por asma ou anafilaxia:

A	Adrenalina 1mg, EV, em push dose ou dose de PCR
M	Relaxante muscular, com uma única tentativa de IOT.
A	Via aérea definitiva (não usar dispositivos extraglottico)
X	Ventilação, broncodilatadores, vasopressores, considerar pneumotórax.
4	4 minutos para evitar lesão cerebral anóxica

Fonte: Tratado de medicina de emergência ABRAMEDE, 2025.

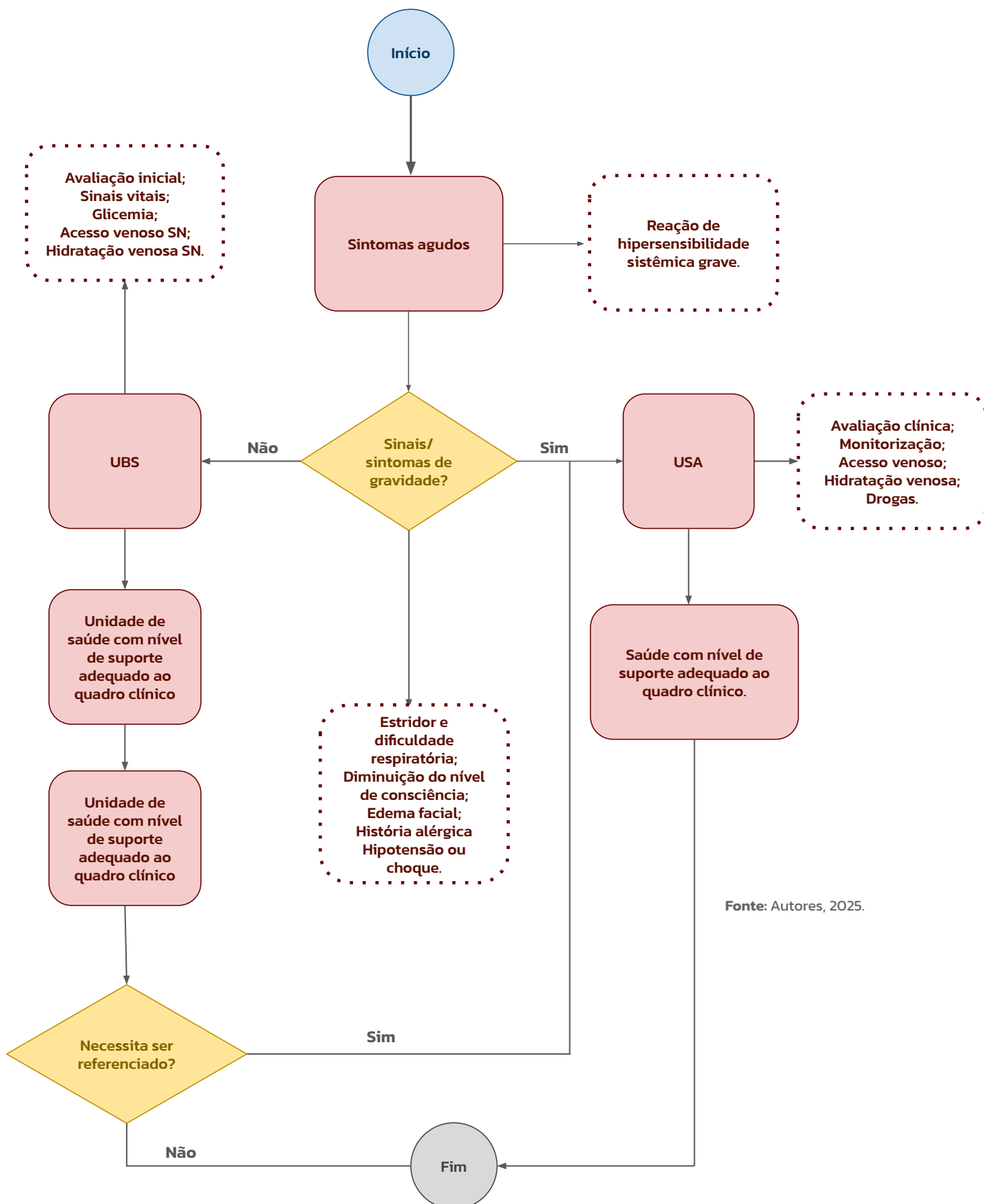
CONSIDERAR COMO POSSÍVEIS DESTINOS

- Unidade de pronto-atendimento, hospital municipal ou unidade mista: pacientes atendidos por USB ou que responderam ao tratamento inicial, levando em consideração suporte disponível na unidade.
- Referência regional ou hospital secundário: encaminhar pacientes sem indicação de terapêutica conhecida de alta complexidade, mas cuja estabilidade ou suporte clínico supera a capacidade resolutiva da unidade de baixa complexidade.
- Hospital terciário de referência: encaminhar pacientes com condição emergencial associada cuja terapêutica específica esteja disponível apenas em unidades de alta complexidade.

NOTAS IMPORTANTES

- Identificar rapidamente a presença de IRPA e choque circulatório iminente sem retardar condutas salvadoras;
- O tempo resposta é essencial no atendimento ao paciente com rebaixamento do nível de consciência e/ou IRPA;
- As equipes devem manter comunicação rápida e efetiva para auxiliar no atendimento, atualizando a central sobre deterioração clínica e mudança no suporte necessário em cada caso.

FLUXOGRAMA



REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ALERGIA E IMUNOLOGIA. **Semana Mundial da Alergia: anafilaxia**. 1. ed. Rio de Janeiro. 2025. Disponível em: <https://asbai.org.br/registro-mapeia-o-cenario-da-anafilaxia-no-brasil/>. Acesso em: 13 jun. 2025.

AKINBAMI, L. J. et al. Tendências na prevalência de asma, uso de cuidados de saúde e mortalidade nos Estados Unidos, 2001-2010. **NCHS Data Brief**, n. 94, p. 1-8, maio 2012.

BACH, J. F. O efeito das infecções na suscetibilidade a doenças autoimunes e alérgicas. **New England Journal of Medicine**, v. 347, n. 12, p. 911-920, 19 set. 2002.

BOYCE, J. A. et al. Diretrizes para o diagnóstico e tratamento da alergia alimentar nos Estados Unidos: resumo do relatório do painel de especialistas patrocinado pelo NIAID. **Nutrition Research**, v. 31, n. 1, p. 61-75, jan. 2011.

BRANDÃO NETO, R. A. et al. (org.). **Medicina de emergência: abordagem prática**. 17. ed. rev. e atual. Barueri, SP: Manole, 2023.

HELAINÉ, C. C.; MICHELLE, S. N.; CAMILE, M. M.; ALISSON, M. Reações adversas e de hipersensibilidade relacionadas a medicamentos em unidade de terapia intensiva. In: **PROAMI – Programa de Atualização em Medicina Intensiva: Ciclo 18**. Porto Alegre: Artmed Panamericana, 2020. v. 3. (Sistema de Educação Continuada a Distância).

LIEBERMAN, P. et al. Anafilaxia: uma atualização de parâmetros de prática de 2015. **Annals of Allergy, Asthma & Immunology**, v. 115, n. 5, p. 341-384, nov. 2015.

LOPRINZI BRAUER, C. E. et al. Validação prospectiva dos critérios NIAID/FAAN para diagnóstico de anafilaxia no departamento de emergência. **Journal of Allergy and Clinical Immunology: In Practice**, v. 4, n. 6, p. 1220-1226, nov./dez. 2016.

MAIA, I. W. et al. (org.). **Tratado de medicina de emergência**: ABRAMEDE – Associação Brasileira de Medicina de Emergência. Barueri, SP: Manole, 2024.

GOLDSBY, R. A.; KINDT, T. J.; OSBORNE, B. A.; KUBY, J. **Kuby Immunology**. 7. ed. W.H.Freeman, 2002. 603p.

NATIONAL ASSOCIATION OF EMERGENCY MEDICAL TECHNICIANS. **AMLS – Advanced Medical Life Support**: atendimento pré-hospitalar às emergências clínicas. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2022.

PANESAR, S. S. et al. A epidemiologia da anafilaxia na Europa: uma revisão sistemática. **Allergy**, v. 68, n. 11, p. 1353–1361, nov. 2013.

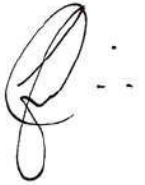
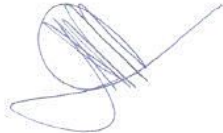
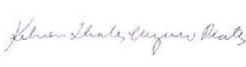
ROMANO, A. et al. Diagnóstico e tratamento de reações de hipersensibilidade a medicamentos. **Journal of Allergy and Clinical Immunology**, v. 127, supl. 3, p. S67–S73, mar. 2011.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINAS. **Protocolo de Anafilaxia para Enfermeiros**. Campinas, abril/2024. Versão 2.

VAZ, A. J.; TAKEI, K.; BUENO, E. C. **Imunoensaios**: fundamentos e aplicações. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

WARRINGTON, R. et al. Uma introdução à imunologia e imunopatologia. **Allergy Asthma Clinical Immunology**, v. 7, supl. 1, 10 nov. 2011.

ELABORAÇÃO			
Responsável (s): Amanda Maria Braga Vasconcelos Daniele Maia Almeida Emanuella Macedo Silva Francisco Mauro Guimarães Costa Filho Germana Soares Bezerra João Marcos Nunes Gadelha Neiva Maria Martins Timbó Samer Heluany Khoury		Data: 04/11/2025	
ANÁLISE		VALIDAÇÃO - GQSP	
Responsável (s): Amanda Maria Braga Vasconcelos Daniele Maia Almeida Emanuella Macedo Silva Francisco Mauro Guimarães Costa Filho Germana Soares Bezerra João Marcos Nunes Gadelha Neiva Maria Martins Timbó Samer Heluany Khoury		Data: 04/11/2025	Responsável: Dherlen Lemos da Silva Data: 05/12/2025

APROVAÇÃO			
CARGO	NOME	DATA	ASSINATURA
Superintendência	Francisco Nilson Maciel Mendonça Filho	05/12/2025	
Direção Técnica - DITEC	Jefferson Oliveira e Silva	05/12/2025	
Direção de Enfermagem - DIRENF	Geisy Lanne Muniz Luna	05/12/2025	
Direção de Gestão de Pessoas - DIGEP	Glauciran Alves Teles Cavalcante	05/12/2025	
Direção de Educação Permanente - DIEP	Yury Tavares de Lima	05/12/2025	
Direção Administrativo- Financeira	Kelson Thales Cruzeiro Prates	05/12/2025	

ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO (AVE)

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo de documento:	Protocolo	PTC.SAMU-SUP.002 Página: 1	
Origem do documento:	Serviço de atendimento móvel de urgência	Classificação: público	Emissão: 25/11/2025
Título do documento:	Regulação médica de urgência - acidente vascular encefálico (AVE)	Versão: 1	Próxima revisão: Validação: 05/12/2027
		Validação: 05/12/2027	

TERMINOLOGIA POPULAR

- Trombose;
- Sangue na cabeça;
- Derrame;
- Caiu a boca/ entortou a boca;
- AVC;
- Está com a banda morta;

DEFINIÇÃO

O Acidente Vascular Cerebral é a interrupção súbita do fluxo sanguíneo para uma determinada área do encéfalo, quer seja por obstrução ou rompimento de algum vaso cerebral.

PERGUNTAS NORTEADORAS

- Em que momento perceberam os sintomas?
- Quanto tempo faz?
- Qual o último momento que foi visto bem?
- Teve algum desmaio?
- Ele convulsionou? Foi o primeiro episódio? A convulsão persiste?

- Como está a fala?
- Ele apresenta "dormência" ou diminuição da força em algum dos lados do corpo?
- Há algum sinal de lesão na cabeça?
- Caiu da própria altura?
- Já teve um AVC antes? Faz algum tratamento?
- Está em jejum? É diabético?
- Fez algum procedimento cirúrgico recente?
- Faz uso de alguma medicação? Qual?

QUANDO SUSPEITAR

- Início súbito de déficits neurológicos focais;
- Paresia, paralisia ou perda de expressão facial no 1/3 inferior da hemiface direito ou esquerdo e/ou desvio de rima labial, de início agudo;
- Paresia, plegia e/ou parestesia de um dos lados do corpo;
- Distúrbios da fala (não fala, fala enrolado ou sem coerência);
- Ocorrência de crise convulsiva (primeiro episódio) sem história prévia de crise anterior ou trauma (só há suspeita de AVC se o paciente tiver sinal focal antes ou depois da crise, caso contrário, o protocolo a ser seguido é o de crise convulsiva);
- Cefaleia súbita, intensa, incapacitante sem causa conhecida;
- Alteração visual súbita (parcial ou completa);
- Vertigem ou perda do equilíbrio ou da coordenação motora;
- Dificuldade súbita para deambular;
- Alteração da consciência: de confusão à coma.

DECISÃO TÉCNICA

CONSIDERAR USA SE:

- Critérios de gravidade;
- Convulsões (tônico clônicas ou parcial);
- Necessidade de suporte ventilatório;
- Necessidade de suporte hemodinâmico.

CONSIDERAR USB SE:

- Sem sinais de gravidade.

CONSIDERAR MOTOLÂNCIA SE:

- Possível instabilidade clínica moderada/grave;
- Paciente sintomático em área de difícil acesso ou tráfego intenso.

CONSIDERAR AÉREO SE:

- Local de difícil acesso e tempo-resposta via terrestre elevado;
- Quadro clínico grave com necessidade de transporte rápido;
- Transferência secundária com tempo resposta dependente.

ORIENTAÇÕES AO SOLICITANTE

- Colocar em posição de conforto, acalmar o paciente, e aguardar atendimento;
- Retornar a ligação em caso de mudança do quadro do paciente;
- Não oferecer nenhum alimento, líquidos ou medicação por via oral.
- Se sintomas respiratórios: o paciente deve ser mantido em posição sentada;
- Se sintomas de choque: o paciente deve ser colocado em decúbito dorsal, com os membros inferiores elevados.

ORIENTAÇÕES PARA A EQUIPE DA INTERVENÇÃO

- Uma vez reconhecido o déficit agudo súbito é de fundamental importância a determinação do horário do início dos sintomas. Caso não tenha sido presenciado ou o paciente não consiga informar, deve ser considerado o horário em que o(a) paciente foi visto bem pela última vez;
- Essa informação vai ser determinante no fluxo do paciente nos próximos passos. De forma geral, independentemente de o paciente ser candidato ou não à medidas de reperfusão, algumas medidas gerais podem já ser adotadas com o intuito de preservar o máximo de tecido cerebral da área de penumbra;
- Realizar a identificação do paciente por meio da pulseira, conforme o Protocolo Institucional de Identificação.

APÓS O RECONHECIMENTO DA SUSPEITA DE AVE, O QUE DEVE SER FEITO?

- Realizar avaliação primária e secundária;
- Manter a permeabilidade das vias aéreas;
- Verificar e anotar os sinais vitais;
- Posicionar a cabeceira a 30 graus. Em caso de risco de broncoaspiração, manter em decúbito lateral, evitando compressão da jugular e facilitando retomo venoso para o cérebro;
- Acesso venoso periférico em membro superior não parético;
- Administrar oxigênio se oximetria $\leq 94\%$ (garantir SatO₂ $> 94\%$);
- Checar glicemia capilar – hipoglicemia pode causar sinais focais e simular um AVC;
- Se glicemia < 70 mg/dl – administrar glicose hipertônica 50% 20 ml.
- Se glicemia ≥ 180 mg/dl – considerar controle da hiperglicemia, quando possível;
- Determinar a hora do início dos sinais e sintomas com o paciente (se estiver consciente e orientado) ou com acompanhante;
- Não reduzir níveis pressóricos, exceto se PAS ≥ 220 mmHg ou PAD ≥ 120 mmHg ou se emergência hipertensiva que necessite intervenção mais agressiva (dissecção de aorta, infarto agudo de miocárdio, edema pulmonar);
- Não administrar grande volume de fluidos, a não ser se necessário;
- Utilizar antitérmico se temperatura axilar $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$;
- Considerar contato com o neurologista do serviço de regulação sempre que houver dúvidas;
- Levar para o hospital o acompanhante (preferencialmente que tenha presenciado o início dos sintomas);

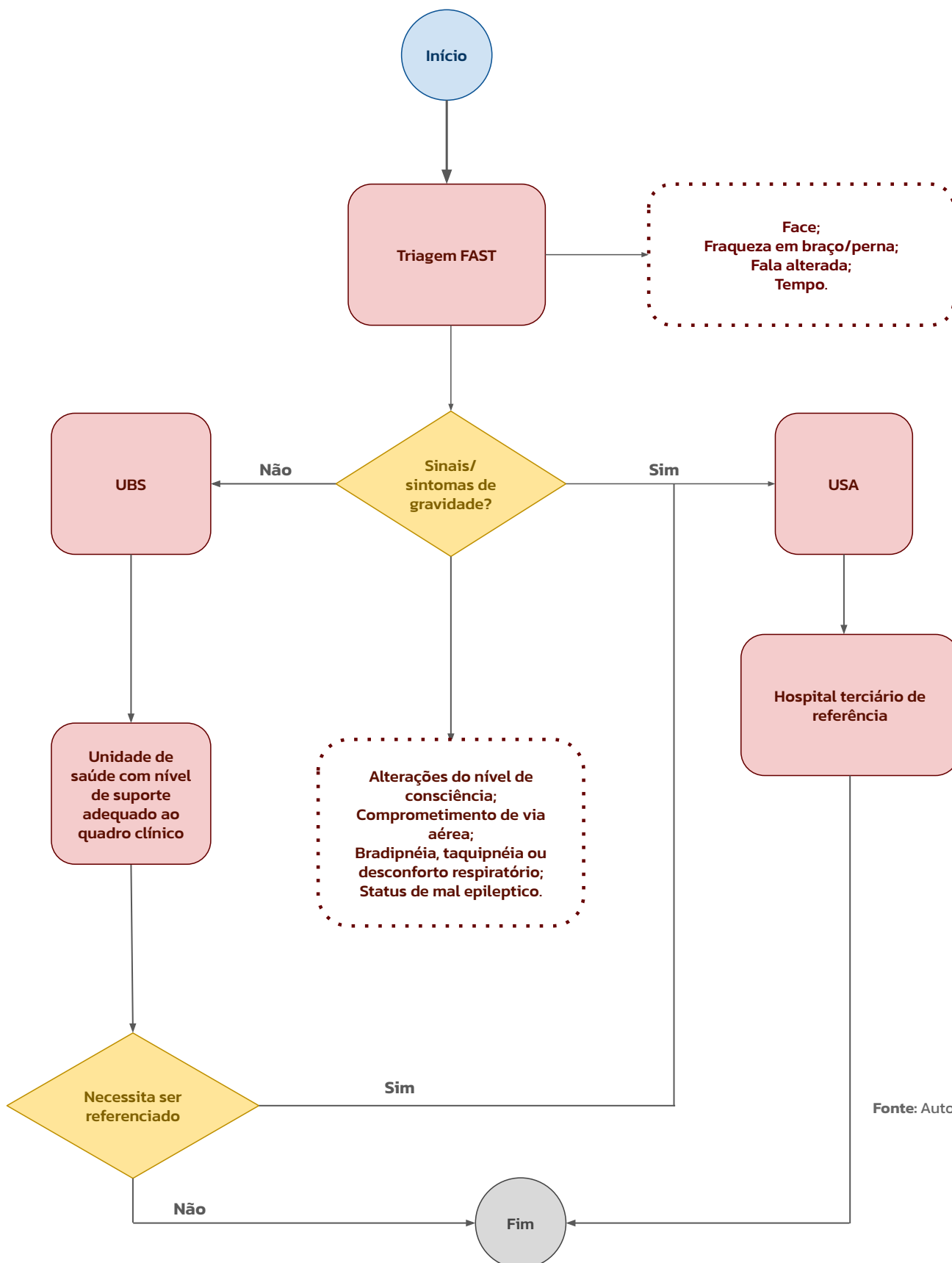
CONSIDERAR COMO POSSÍVEIS DESTINOS

- Unidade de pronto-atendimento, hospital municipal ou unidade mista: Paciente com estabilidade clínica sem critérios para imediata remoção a unidade de referência terciária.
- Referência regional ou hospital secundário: Paciente com estabilidade clínica sem critérios para imediata remoção a unidade de referência terciária cuja estabilidade ou suporte clínico supera a capacidade resolutive da unidade de baixa complexidade;
- Hospital terciário de referência: encaminhar pacientes com condição emergencial cuja terapêutica específica esteja disponível apenas em unidades de alta complexidade, como nos casos de acidente vascular encefálico dentro da janela terapêutica ou em possibilidade de abordagem neurocirúrgica;

NOTAS IMPORTANTES

- A janela terapêutica ideal para Trombólise endovenosa é de 4,5 horas e para a Trombectomia é de 24 horas; estes tempos podem variar a depender de outros fatores. Devem ser avaliados cada caso;
- A Escala pré-hospitalar de Cincinnati deve ser aplicada para todos os pacientes com menos de 4,5 horas dos sintomas e a escala FAST-ed deve ser aplicada para todos os pacientes com menos de 24 horas dos sinais súbitos de AVC;
- É também recomendado a realização da triagem na escala LAPSS que apesar de apresentar uma menor sensibilidade comparada a escala Cincinnati apresenta uma especificidade de 90%;
- A presença de um sinal ou sintoma de início súbito é suficiente para se suspeitar de AVC.
- No caso do início dos sintomas serem observados ao acordar, será considerado o último momento em que o paciente foi visto sem sintomas, antes de dormir;
- A escala de Rankin permite avaliar o grau de incapacidade funcional prévia do paciente, ajudando a definir se ele tem potencial de benefício com terapias invasivas, como trombectomia.
- Pacientes com escala de Rankin prévio baixo (0–2) tendem a apresentar melhor prognóstico após procedimentos de reperfusão. Assim, a escala orienta a seleção adequada dos candidatos e evita intervenções fúteis em casos com incapacidade prévia significativa.

FLUXOGRAMA



Fonte: Autores, 2025.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 665, de 12 de abril de 2012**. Institui a Linha de Cuidados em Acidente Vascular Cerebral no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0665_12_04_2012.html. Acesso em: 11 ago. 2025.

COSTA, I. S. F. et al. Acidente Vascular Encefálico: perfil dos pacientes, morbimortalidade da doença e o impacto dos gastos públicos no estado do Mato Grosso em 2023. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 8, n. 2, p. 01-09, mar./abr. 2025.

GLOBAL BURDEN OF DISEASE. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. **The Lancet**, v. 396, oct. 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE AVC. **Números do AVC**. 2023. Disponível em: <https://avc.org.br/numeros-do-avc/>. Acesso em: 11 ago. 2025.

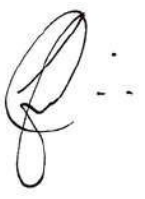
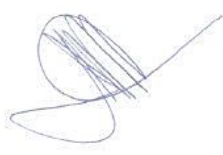
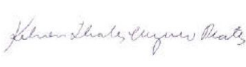
SANTOS, J. V. dos. Acidente vascular cerebral no Brasil: aspectos epidemiológicos da mortalidade no período de 2019 a 2023. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 7, n. 3, p. 1429–1439, 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde; Departamento de Atenção Especializada. **Manual de rotinas para atenção ao AVC**. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

SANTOS, J. C. C. **Compreendendo a regulação de vaga do acidente vascular cerebral em fase hiperaguda**: construção de vídeo institucional. 2019. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Botucatu, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção primária e atenção especializada**: conheça os níveis de assistência do maior sistema público de saúde do mundo. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/marco/atencao-primariae-atencao-especializada-conheca-os-niveis-de-assistencia-do-maior-sistema-publico-de-saude-do-mundo#:~:text=A%20m%C3%A9dia%20complexidade%20%C3%A9%20composta,oftalmologia%20entre%20outras%20especialidades%20m%C3%A9dicas>. Acesso em: 11 ago. 2025.

ELABORAÇÃO			
Responsável (s): Agnes Maria Bezerra Lonsing Camila Dantas Pereira Chaves José Hiago Feitosa de Matos Karen Lopes Cunha João Hermogenes Ladim Neto Marciana Alves de Brito Maria Aparecida Chagas Rocha		Data: 04/11/2025	
ANÁLISE		VALIDAÇÃO - GQSP	
Responsável (s): Andreza Servula Pereira Da Silva Carolina Ribeiro De Sousa Deise Sousa Larissa Lima Vieira Luciano Barreto Quental Márcio Flávio Araújo Guanabara Jr. Rui Porto Moraes Samer Heluany Khoury Thais Passos Costa Yan Sousa Lopes	Data: 04/11/2025	Responsável: Dherlen Lemos da Silva	Data: 05/12/2025

APROVAÇÃO			
CARGO	NOME	DATA	ASSINATURA
Superintendência	Francisco Nilson Maciel Mendonça Filho	05/12/2025	
Direção Técnica - DITEC	Jefferson Oliveira e Silva	05/12/2025	
Direção de Enfermagem - DIRENF	Geisy Lanne Muniz Luna	05/12/2025	
Direção de Gestão de Pessoas - DIGEP	Glauciran Alves Teles Cavalcante	05/12/2025	
Direção de Educação Permanente - DIEP	Yury Tavares de Lima	05/12/2025	
Direção Administrativo- Financeira	Kelson Thales Cruzeiro Prates	05/12/2025	

BRADIARRITMIA

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo de documento:	Protocolo	PTC.SAMU-SUP.017 Página: 1	
Origem do documento:	Serviço de atendimento móvel de urgência	Classificação: público	Emissão: 03/12/2025
Título do documento:	Regulação médica de urgência - bradiarritmia	Versão: 1	Próxima revisão: Validação: 05/12/2027
		Validação: 05/12/2025	

TERMINOLOGIA POPULAR

- Coração batendo devagar/Coração fraco;
- Coração preguiçoso;
- Coração falhando ou parando por instantes;
- Pulso fraco ou quase sumido;
- Batimento fraco ou devagar.

DEFINIÇÃO

Bradiarritmia é qualquer ritmo cardíaco com Frequência Cardíaca (FC) reduzida (<50 bpm), que resulta em repercussão hemodinâmica (pressão baixa, sintomas de baixo débito) ou ameaça à vida.

PERGUNTAS NORTEADORAS

- Está consciente? Fala normalmente?
- Como está a respiração (normal, rápida, difícil , ausente)? Possui falta de ar?
- Pulso radial está presente? Está forte ou fraco? (se profissional da saúde)
- Qual a frequência cardíaca estimada (em bpm)?

- Teve algum episódio de perda de consciência, tontura, escurecimento de visão ou desmaio?
- Há queixa de dor ou aperto no peito?
- Qual a cor da pele? Pálida, azulada (cianose), normal?
- Usa marca-passo? Tem histórico de problemas cardíacos? Alguma outra doença?
- Usa medicamentos que reduzem os batimentos (betabloqueadores, digoxina ou antiarrítmicos)?
- Os sintomas começaram de repente? Ou já faz algum tempo que eles apareceram?
- Já teve isso antes?
- Alguém pode acompanhar ou observar até a chegada da equipe?

CRITÉRIOS DE GRAVIDADE

- Alteração do nível de consciência;
- Desmaio (síncope) ou quase desmaio;
- Dor torácica (anginosa);
- Dispneia ou desconforto respiratório;
- Sinais de choque;
- Palidez, cianose, extremidades frias ou má perfusão periférica;
- Pulso fraco ou ausente;
- Frequência cardíaca < 40 bpm;
- Marcapasso com falha ou sintomático;
- Uso de drogas bradicardizantes (ex: betabloqueadores, digoxina);
- Eletrocardiograma (ECG) prévio com bloqueio grave.

DECISÃO TÉCNICA

CONSIDERAR USA SE:

- Critérios de gravidade;
- ECG anterior com Bloqueio Atrioventricular avançado (Mobitz II ou Completo);
- Suspeita de intoxicação por fármacos bradicardizantes (beta bloqueadores, verapamil, digoxina, clonidina etc.).

CONSIDERAR USB SE:

- Paciente estável, consciente e orientado;
- Bradicardia sem critérios de gravidade.

CONSIDERAR MOTOLÂNCIA SE:

- Bradicardia com possível instabilidade clínica;
- Paciente sintomático em área de difícil acesso ou tráfego intenso;
- Paciente com histórico cardíaco e sintomas moderado/grave em locais próximos;
- Situação crítica e tempo-dependente.

CONSIDERAR AÉREO SE:

- Local de difícil acesso e tempo-resposta via terrestre elevado;
- Quadro clínico grave com necessidade de transporte rápido;
- Transferência secundária com tempo resposta dependente.

ORIENTAÇÕES AO SOLICITANTE

- Manter o paciente em posição confortável até a chegada da equipe;
- Se o paciente estiver inconsciente, posicioná-lo em decúbito lateral (posição lateral de segurança);
- Não oferecer alimentos, líquidos ou remédios;
- Observar e informar se o paciente está consciente e responde normalmente;
- Anotar os medicamentos de uso contínuo;
- Verificar qualquer sinal de piora: desmaio, dor no peito, falta de ar, novos sintomas. Neste caso, ligar novamente informando da piora;
- Orientar a buscar documentos e exames prévios (ECG, receitas e laudos);
- Manter o telefone disponível para novo contato da CRU;
- Sinalizar o local para equipe do SAMU;
- Ficar ao lado do paciente até a chegada da equipe.

ORIENTAÇÕES PARA A EQUIPE DA INTERVENÇÃO

- Manter comunicação ativa com a CRU durante todo o atendimento;
- Informar o quadro clínico o mais precocemente possível, antes do deslocamento com o paciente;

- Iniciar monitorização contínua;
- Realizar ECG de 12 derivações sempre que disponível;
- Garantir acesso venoso pérvio o mais breve possível;
- Manter oximetria contínua (iniciar O₂ se SatO₂ < 94% ou sinais de desconforto respiratório; manter atenção especial nos casos de pacientes com doenças respiratórias restritivas);
- Avaliar instabilidade hemodinâmica;
- Considerar causas reversíveis e tratá-las de acordo com os recursos disponíveis;
- Iniciar intervenções, se bradicardia sintomática (Ex: atropina, marcapasso transcutâneo, se indicado);
- Levantar e registrar histórico clínico (comorbidades, uso de medicamentos, eventos anteriores);
- Realizar a identificação do paciente por meio da pulseira, conforme o Protocolo Institucional de Identificação.

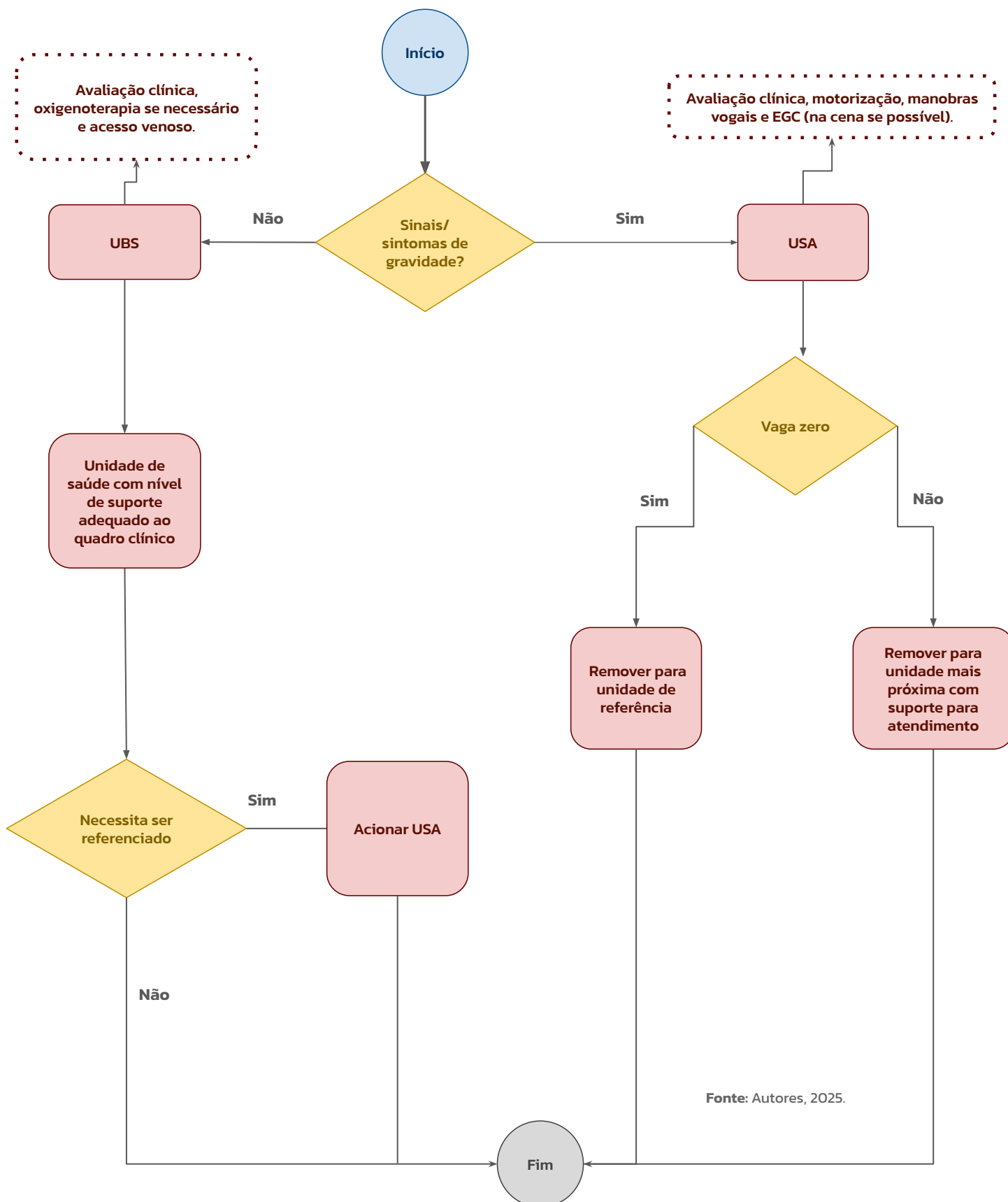
CONSIDERAR COMO POSSÍVEIS DESTINOS

- Unidade de Pronto Atendimento (UPA) ou Pronto Socorro Geral (para quadros leves ou em avaliação inicial): casos leves, estáveis ou em avaliação;
- Hospitais secundários ou terciários com cardiologia / hemodinâmica : critérios de gravidade ou suspeita de condição com tempo-resposta dependente, que necessite de exame complementar de alta complexidade ou avaliação de especialista.

NOTAS IMPORTANTES

- Bradicardia extrema (FC < 40 bpm) deve ser tratada como potencialmente instável;
- Idosos, cardiopatas e intoxicados têm maior risco de piora;
- Decisão de recurso deve ser baseada na repercussão clínica, não apenas na frequência.

FLUXOGRAMA



REFERÊNCIAS

AL-KHATIB, S. M. et al. AHA/ACC/HRS Guideline for Management of Patients With Ventricular Arrhythmias and the Prevention of Sudden Cardiac Death: Executive Summary: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines and the Heart Rhythm Society. **Circulation**. v.138, n. 13, e272–e391, 2018.

FULTON II, M. R.; NORDQUIST, E. Advanced Cardiac Life Support (ACLS) [Atualizado 2025 Feb 11]. In: **STATPEARLS** [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; jan. 2025. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK613285/>. Acesso em: 17 ago. 2025.

ASSUMPÇÃO, A. C.; MOREIRA, D. A. R. Arritmias cardíacas na sala de emergência e UTI. Bradíarritmias: como identificar e tratar o paciente com baixa perfusão. **Revista Sociedade Cardiologia Estado de São Paulo**, v. 28, n. 3, p.2 96–301. 2018.

BAYÉS-GENÍS, A. et al. Arritmias: Introducción. **Rev Esp Cardiol.**, v. 65, n. 1, jan. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo de Suporte Avançado de Vida**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude>. Acesso em: 22 jul. 2025.

CADENA SER. Digital twin para localização de arritmias ventriculares. 2025.

EL PAÍS. **Corify Health**: mapeamento cardíaco não invasivo. 2025.

ELMER, Jonathan. Advanced cardiac life support (ACLS) in adults. **UpToDate**, 2023. Disponível em: <https://www.uptodate.com>. Acesso em: 22 jul. 2025.

GUNAWARDHANA, M. et al. Deep Learning for Atrial Scar Segmentation. **ArXiv**. 2024.

HINDRICKS, G. et al. 2020 ESC Guidelines for the diagnosis and management of atrial fibrillation. **Eur Heart J**, v. 42, n. 5, p. 373–498, 2021.

LARSON, E. D. et al. Pharmacologic Management for Ventricular Arrhythmias. **J Clin Med.**, v. 11, n. 11, p. 3233, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para a organização da Rede de Atenção às Urgências**. Brasília, DF: 2013.

NAGPAL, P. et al. Cardiac Arrhythmias and Their Management: An In-Depth Review. **Cureus.** v. 16, n. 8, :e66549, 2024.

NATTEL, S. et al. New Directions in Antiarrhythmic Drug Therapy. **Nat Rev Cardiol.**, 2020.

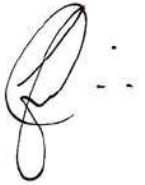
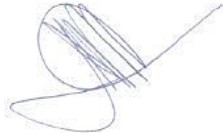
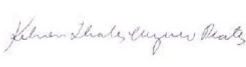
OLIVEIRA, C. R. et al. Protocolos de regulação médica em cardiologia no SAMU. **Rev Bras Urg Emerg.**, 2019.

SANTOS, G. C.; RODRIGUES, G. M. M. Bradicardia e marcapasso artificial implantável. **Revista Liberum Accessum.** v. 9, n. 1, p. 27–33, mar. 2021.

SILVA, E. et al. Regulação médica de urgências: desafios e perspectivas. **Rev Saúde Debate.** 2021.

THE AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS. **Site oficial.** Disponível em: <https://www.facs.org>. Acesso em: 22 jul. 2025.

ELABORAÇÃO			
Responsável (s): Diego Saraiva Felipe Francisco Nilson Maciel Mendonça filho Igor Rodrigues da Silva Jayranne Mara Santana dos Santos Leiliane de Queiroz Oliveira Maria da Conceição Freitas Tavares Marília de Andrade Guedes Giesta Paulo Alberto Cosquillo Valdivia Samyla Citó Pedrosa		Data: 04/11/2025	
ANÁLISE		VALIDAÇÃO - GQSP	
Responsável (s): Airton Silva De Oliveira Junior Kelvio Da Silva Lins Larissa Lima Vieira Luiz Claudio Otoni De Castro Márcio Flávio Araújo Guanabara Jr. Raphael Colares De Sá Samuel Ramalho Torres Maia Susana Lia Cavalcante Thais Passos Costa Vanessa Gomes Martins		Data: 04/11/2025	Responsável: Dherlen Lemos da Silva Data: 05/12/2025

APROVAÇÃO			
CARGO	NOME	DATA	ASSINATURA
Superintendência	Francisco Nilson Maciel Mendonça Filho	05/12/2025	
Direção Técnica - DITEC	Jefferson Oliveira e Silva	05/12/2025	
Direção de Enfermagem - DIRENF	Geisy Lanne Muniz Luna	05/12/2025	
Direção de Gestão de Pessoas - DIGEP	Glauciran Alves Teles Cavalcante	05/12/2025	
Direção de Educação Permanente - DIEP	Yury Tavares de Lima	05/12/2025	
Direção Administrativo- Financeira	Kelson Thales Cruzeiro Prates	05/12/2025	

DISPNÉIA

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo de documento:	Protocolo	PTC.SAMU-SUP.017 Página: 1	
Origem do documento:	Serviço de atendimento móvel de urgência	Classificação: público	Emissão: 25/11/2025
Título do documento:	Regulação médica de urgência - dispnéia	Versão: 1	Próxima revisão: Validação: 05/12/2027
		Validação: 05/12/2025	

TERMINOLOGIA POPULAR

- Falta de ar;
- Cansaço ao respirar;
- Sufoco;
- Canseira no peito;
- Dificuldade para respirar;
- Fôlego curto;
- Ofegância;
- Peito pesado;
- Botando os bofes pra fora;
- Dificuldade de encher os pulmões.

DEFINIÇÃO

Trata-se de um sintoma frequentemente associado a disfunções dos sistemas respiratório e cardiovascular, sendo caracterizado como uma sensação subjetiva de “desconforto” ou “mal-estar” ao respirar, percebida de forma desagradável pelo paciente.

PERGUNTAS NORTEADORAS

AValiação da queixa principal:

- Está com falta de ar neste momento?
- Estava realizando algum trabalho, atividade que exigia muito esforço?

- A falta de ar começou de forma súbita ou gradual?
- Há quanto tempo está com falta de ar?
- A dificuldade para respirar piora em alguma posição (deitado, por exemplo)?
- Consegue falar frases completas ou fala com dificuldade?
- Fez ingestão de bebida alcoólica?
- Teve algum episódio que possa ter levado a um abalo emocional?
- Apresenta edema em MMII?

CONDIÇÕES CLÍNICAS E HISTÓRICO:

- Tem alguma doença respiratória (asma, DPOC, enfisema)?
- Tem histórico de problemas cardíacos (insuficiência cardíaca, infarto)?
- Está com febre, tosse, catarro ou dor no peito?
- Entrou em contato com algo que tenha alergia: alguma medicação, substância (fumaça, gases, material químico, poeira), pêlo de animal ou alimento?
- Faz uso de oxigênio em casa?
- Está tomando algum medicamento para o pulmão ou coração?

SITUAÇÃO ATUAL DO PACIENTE E INTERVENÇÕES JÁ REALIZADAS:

- Já usou algum remédio agora (bombinha, nebulização, etc.)?
- Alguém já prestou algum socorro no local?
- Está respirando melhor ou piorando?
- Há mais alguém com sintomas parecidos?

CRITÉRIOS DE GRAVIDADE

- Estridor laríngeo (respiração ruidosa ao inspirar);
- Baba-se (incapacidade de engolir, salivação);
- Dor precordial típica;
- Início súbito após trauma torácico;
- Pulso anormal (taquicardia e bradicardia ou irregular);

- Exaustão respiratória;
- Alteração do nível de consciência;
- História respiratória significativa (internações prévias e m UTI, doenças respiratórias graves – Asma, DPOC, uso domiciliar de oxigênio ou ventilação não invasiva);
- Frases entrecortadas (paciente não consegue falar frases completas por causa do esforço respiratório).

DECISÃO TÉCNICA

CONSIDERAR USA SE:

- Estridor laríngeo (respiração ruidosa ao inspirar);
- Dor precordial típica;
- Início súbito após trauma torácico;
- Pulso anormal (taquicardia ou bradicardia ou irregular);
- Desconforto/ insuficiência respiratória;
- Desconforto/ insuficiência respiratória.

CONSIDERAR USB SE:

- Dispneia leve a moderada (paciente fala frases completas e não apresenta exaustão evidente);
- Consciente, orientado e cooperativo (não há alteração do nível de consciência);
- Sem sinais de esforço respiratório grave (respiração com ritmo e frequência levemente aumentados, mas sem uso de musculatura acessória);
- Sem cianose (boa perfusão periférica);
- Doença pulmonar crônica em crise leve ou moderada (Episódio similar aos anteriores, sem piora súbita);
- Ausência de dor torácica típica ou sintomas cardiovasculares importantes;
- Sem necessidade de via aérea avançada ou medicação intravenosa urgente (estável com medidas básicas de suporte como posição sentada e oxigênio, se necessário).

CONSIDERAR AÉREO SE:

- Local de difícil acesso e tempo-resposta elevado;
- Quadro clínico grave com necessidade de transporte rápido;
- Transferência secundária com tempo resposta dependente.

ORIENTAÇÕES AO SOLICITANTE

SE O PACIENTE ESTIVER CONSCIENTE E EM DIFICULDADE RESPIRATÓRIA:

- Coloque o paciente sentado ou semi-sentado, com as costas apoiadas;
- Afrouxe roupas apertadas (camisa, cinto, sutiã, colarinho);
- Deixe o ambiente bem ventilado. Se possível, abra uma janela;
- Mantenha a calma e ajude o paciente a se acalmar. Evite movimentos desnecessários.

SE O PACIENTE ESTIVER INCONSCIENTE OU REBAIXADO:

- Verifique se está respirando e com pulso (se profissional da saúde);
- Deite o paciente de lado (posição lateral de segurança), principalmente se houver vômito;
- Não coloque nada na boca;
- Aguarde a chegada da equipe e fique na linha, se possível.

PACIENTES COM DOENÇA RESPIRATÓRIA CRÔNICA:

- Caso o paciente tenha asma, DPOC ou outra condição respiratória crônica e já faça uso de alguma medicação de uso rápido (para crises), avaliar a possibilidade de orientar o uso da medicação de alívio (ex: salbutamol);
- Se estiver em oxigenoterapia domiciliar, avaliar a taxa do oxigênio habitual e a possibilidade de aumento da oferta até que a ajuda chegue.

O QUE NÃO FAZER:

- Não oferecer alimentos ou líquidos;
- Não deitar completamente o paciente, se estiver com falta de ar intensa. Manter cabeceira elevada;
- Não administrar medicamentos sem prescrição prévia ou orientação da central de regulação.

O QUE NÃO FAZER:

- Mantenha um telefone desocupado para retorno da equipe;
- Se possível, deixe alguém esperando na porta para guiar a ambulância;
- Se a condição do paciente mudar, ligue novamente imediatamente.

ORIENTAÇÕES PARA A EQUIPE DA INTERVENÇÃO

- Avaliar a posição do paciente – deixem-no sentado com a cabeceira elevada a 30– 45 graus;
- Iniciar oxigenoterapia com máscara de alta concentração (não reinalante, se disponível), 10–15 L/min;
- Monitorar sinais vitais e nível de consciência continuamente;
- Se houver cianose ou queda de saturação < 90%, mantenha o oxigênio e relate imediatamente;
- Se houver uso de bombinha de broncodilatador, administrar conforme orientação da regulação;
- Relatar sinais vitais: oximetria, FR, FC, PA, temperatura e nível de consciência (Glasgow ou outra escala pertinente);
- Descreva sinais de esforço respiratório (tiragem, batimento de asa nasal, etc);
- Se o paciente evoluir com rebaixamento do nível de consciência, manter via aérea pérvia;
- Em caso de apneia ou parada, iniciem manobras de RCP;
- Realizar a identificação do paciente por meio da pulseira, conforme o Protocolo Institucional de Identificação.

CONSIDERAR COMO POSSÍVEIS DESTINOS

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, HOSPITAL MUNICIPAL OU UNIDADE MISTA (BAIXA COMPLEXIDADE):

Encaminhar pacientes com dispneia, Que possuam necessidade de observação e seguimento de diagnóstico e terapêutica. Indicado para casos em que a observação inicial, suporte ventilatório e de oxigênio, exames básicos e estratificação inicial de risco possam ser realizados com segurança na própria unidade.

REFERÊNCIA REGIONAL OU HOSPITAL SECUNDÁRIO (MÉDIA COMPLEXIDADE):

Encaminhar pacientes com dispneia moderada a grave, persistente ou recorrente, com necessidade de monitorização contínua, suspeita de exacerbação de doença pulmonar crônica (DPOC/asma) com resposta parcial ao manejo inicial, ou quando houver limitação da unidade de baixa complexidade em realizar exames complementares essenciais (gasometria, radiografia, suporte ventilatório intermediário). Indicado quando o quadro excede a capacidade resolutive da rede primária e requer manejo clínico mais avançado.

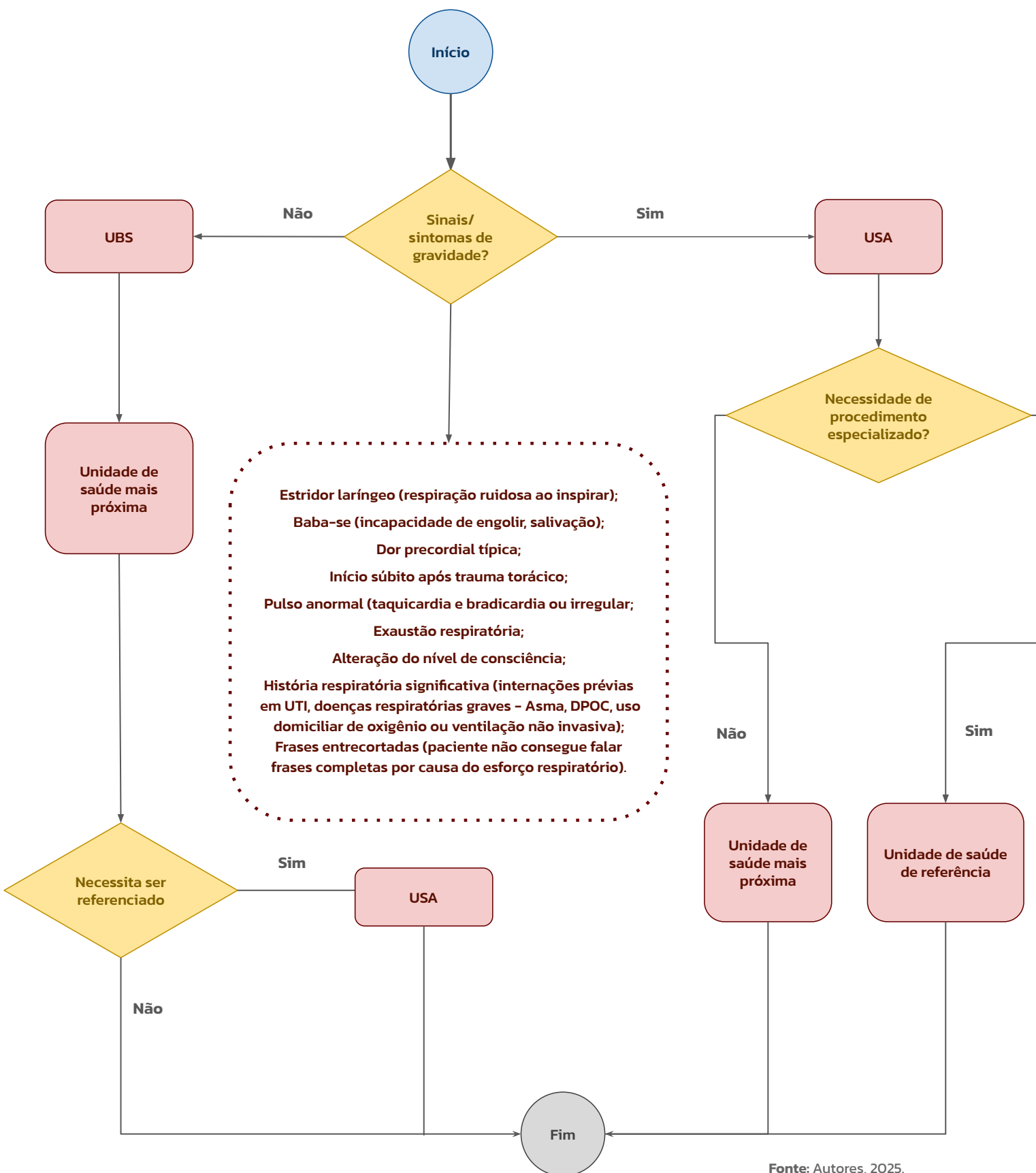
HOSPITAL TERCIÁRIO DE REFERÊNCIA (ALTA COMPLEXIDADE):

Encaminhar pacientes com dispneia grave, insuficiência respiratória aguda, sinais de instabilidade hemodinâmica e suspeita de patologias complexas (como TEP maciço, edema agudo de pulmão grave, crise asmática potencialmente fatal ou sepse respiratória), necessidade de cuidados intensivos ou recursos especializados disponíveis apenas em unidades de alta complexidade. Indicado para situações que demandam terapêuticas específicas e suporte avançado.

NOTAS IMPORTANTES

- As equipes devem manter comunicação rápida e efetiva para auxiliar no atendimento atualizando a central sobre deterioração clínica e mudança no suporte necessário em cada caso;
- Reavaliar regularmente vias aéreas, frequência respiratória, saturação, esforço respiratório e nível de consciência, registrando qualquer mudança;
- Monitoramento contínuo com reavaliação frequente da intensidade da dispneia e dos sinais de deterioração respiratória.

FLUXOGRAMA



REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Priscila Masquetto Vieira de; DELL'ACQUA, Magda Cristina Queiroz; CYRINO, Claudia Maria Silva; JULIANI, Carmen Maria Casquel Monti; PALHARES, Valéria de Castilho; PAVELEQUIREZ, Shirleine. Análise dos atendimentos do SAMU 192: componente móvel da rede de atenção às urgências e emergências. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 289–295, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160039>. Acesso em: 24 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1863, de 29 de setembro de 2003**. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt1863_26_09_2003.html. Acesso em: 21 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2048, de 05 de novembro de 2002**. Dispõe sobre o regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html. Acesso em: 21 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 3, de 03 de outubro de 2017**. Consolida as normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/Matriz-3-Redes.html>. Acesso em: 21 ago. 2025.

CAMPAGNA, S.; CONTI, A.; DIMONTE, V.; DALMASSO, M.; STARNINI, M.; GIANINO, M. M.; BORRACINO, A. Trends and characteristics of emergency medical services in Italy: a 5-years population-based registry analysis. **Healthcare**, v. 8, n. 4, p. 551, 2020. DOI: <https://doi.org/10.3390/healthcare8040551>.

HAJJAR, Ludhmila Abrahão (org.). **Medicina de emergência**: abordagem prática. 19. ed. Santana de Parnaíba, SP: Manole, 2023.

MALVESTIO, Marisa Aparecida Amaro; SOUSA, Regina Márcia Cardoso de. Produção de procedimentos pelo SAMU 192 no Brasil: performance, benchmarking e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 29, n. 1, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232024291.18482022>. Acesso em: 22 jul. 2025.

MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVÃO, Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto – Enfermagem**, v. 17, p.758–764, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/Xz7YJ7dFHRXyRMqX4WpqHNy/>. Acesso em: 21 jul. 2025.

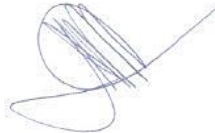
REDE DE HOSPITAIS DO CEARÁ. Disponível em: <https://www.saude.ce.gov.br/redesesa/>. Acesso em: 24 jul. 2025.

SOUZA, Pedro Rodrigues de; SANTOS, Marina Alves dos (org.). **Emergências respiratórias: do diagnóstico ao tratamento**. 1. ed. São Paulo: Atheneu, 2023.

VIJAYAN, S.; SINGH, B.; GHOSH, S.; STELL, R.; MASTAGLIA, F. L. Dyspnea in Parkinson's disease: an approach to diagnosis and management. **Expert Review of Neurotherapeutics**, v. 20, n. 6, p. 619–626, jun. 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/14737175.2020.1763795>.

ZAMPARETTE, H. P.; WAMOSY, R. M. G.; SCHIVINSKI, C. I. S. Dispneia: revisão integrativa sobre o conceito da falta de ar. **ASSOBRAFIR Ciência**, v. 13, e44458, 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.47066/2177-9333.AC.2022.0048>.

ELABORAÇÃO			
Responsável (s): Agnes Maria Bezerra Lonsing Camila Dantas Pereira Chaves José Hiago Feitosa de Matos Karen Lopes Cunha João Hermogenes Ladim Neto Marciana Alves de Brito Maria Aparecida Chagas Rocha		Data: 04/11/2025	
ANÁLISE		VALIDAÇÃO - GQSP	
Responsável (s): Andreza Servula Pereira Da Silva Carolina Ribeiro De Sousa Deise Sousa Larissa Lima Vieira Luciano Barreto Quental Márcio Flávio Araújo Guanabara Jr. Rui Porto Moraes Samer Heluany Khoury Thais Passos Costa Yan Sousa Lopes		Data: 04/11/2025	Responsável: Dherlen Lemos da Silva Data: 05/12/2025

APROVAÇÃO			
CARGO	NOME	DATA	ASSINATURA
Superintendência	Francisco Nilson Maciel Mendonça Filho	05/12/2025	
Direção Técnica - DITEC	Jefferson Oliveira e Silva	05/12/2025	
Direção de Enfermagem - DIRENF	Geisy Lanne Muniz Luna	05/12/2025	
Direção de Gestão de Pessoas - DIGEP	Glauciran Alves Teles Cavalcante	05/12/2025	
Direção de Educação Permanente - DIEP	Yury Tavares de Lima	05/12/2025	
Direção Administrativo- Financeira	Kelson Thales Cruzeiro Prates	05/12/2025	

DOR ABDOMINAL

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo de documento:	Protocolo	PTC.SAMU-SUP.013 Página: 1	
Origem do documento:	Serviço de atendimento móvel de urgência	Classificação: público	Emissão: 03/12/2025
Título do documento:	Regulação médica de urgência - dor abdominal	Versão: 1	Próxima revisão: Validação: 05/12/2027
		Validação: 05/12/2025	

TERMINOLOGIA POPULAR

- Dor na barriga;
- Dor abdominal;
- Dor no estômago;
- Dor nos flancos;
- Cólica abdominal;
- Dor no pé da barriga;
- Barriga empachada;

DEFINIÇÃO

A dor abdominal aguda é uma queixa comum de pacientes em atendimentos pré hospitalares, e frequentemente apresentam dor abdominal súbita, às vezes acompanhada de febre, náuseas, vômitos ou distensão abdominal. As causas variam de benignas a condições potencialmente fatais que exigem rápida intervenção.

PERGUNTAS NORTEADORAS

- Há presença de sangramento (hematêmese, hematoquezia, melena)?
- Desconforto respiratório ou sinais de insuficiência respiratória?
- Houve desmaio, tontura ou confusão mental?
- A dor começou de forma súbita ou progressiva?
- Há quanto tempo iniciou?

- Há febre, vômitos ou diarreia associados ou outras alterações como sangue nas fezes e/ou urina?
- A dor é localizada ou difusa? Caso seja localizada é maior em abdome superior ou inferior?
- Irradia para algum lugar?
- É gestante?
- O paciente já possui histórico de doenças abdominais prévias (ex: úlcera, apendicite, litíase)?
- É etilista crônico, hepatopata ou tem alguma outra patologia?

CRITÉRIOS DE GRAVIDADE

- Rebaixamento do nível de consciência;
- Sinais de desconforto respiratório/ insuficiência respiratória;
- Sinais de choque/ instabilidade hemodinâmica;
- Dor intensa com início súbito;
- Rigidez abdominal, distensão, dor à descompressão brusca ou defesa à palpação;
- Hemorragia digestiva aparente (vômitos ou fezes com sangue);
- Vômitos incoercíveis ou múltiplos;
- Idoso > 65 anos com dor abdominal intensa;
- Gestante com dor abdominal;
- Paciente com histórico cardiovascular importante;
- Ausência de pulsos em MMII e/ou outras alterações (Ex: Parestesia);
- Pacientes imunossuprimidos.

DECISÃO TÉCNICA

CONSIDERAR USA SE:

- Sinais de instabilidade hemodinâmica (choque, hipotensão, rebaixamento de consciência, dispnéia associada);
- Dor abdominal com suspeita de abdome agudo cirúrgico de urgência, Idoso ou gestante com dor abdominal intensa;

- Desconforto ou insuficiência respiratória associada;
- Paciente com comorbidades graves.

CONSIDERAR USB SE:

- Paciente estável hemodinamicamente;
- Dor leve a moderada sem critérios de gravidade;
- Sem sinais de sepse ou obstrução grave.

CONSIDERAR MOTOLÂNCIA SE:

- Paciente sintomático em área de difícil acesso ou tráfego intenso;
- Situação crítica e tempo-dependente.

CONSIDERAR AÉREO SE:

- Local de difícil acesso e tempo-resposta via terrestre elevado;
- Quadro clínico grave com necessidade de transporte rápido;

ORIENTAÇÕES AO SOLICITANTE

- Manter o paciente em repouso e em ambiente arejado;
- Não oferecer alimentos, líquidos ou medicações;
- Manter paciente deitado, com cabeceira elevada, ou em posição de segurança (lateralizado) em caso de vômitos e rebaixamento do nível de consciência;
- Observar sinais de piora (desmaios, coloração da pele, dificuldade para respirar) e informar;
- Informar se há sangramentos ou outros sintomas associados e se possível estimativa de quantidade de sangue.

ORIENTAÇÕES PARA A EQUIPE DA INTERVENÇÃO

- Avaliar: ABCDE, sinais vitais, glicemia capilar, dor (OPQRST – Origem, Fatores de piora/paliação, Qualidade da dor, Irradiação, Severidade e Tempo), ausculta, inspeção, percussão e palpação abdominal;

- Priorizar oferta de oxigênio suplementar se SatO2 <94%;
- Contato com médico regulador para melhor decisão;
- Fornecer orientações claras ao paciente e acompanhante sobre conduta;
- Realizar identificação do paciente por meio da pulseira de identificação conforme protocolo institucional de identificação.

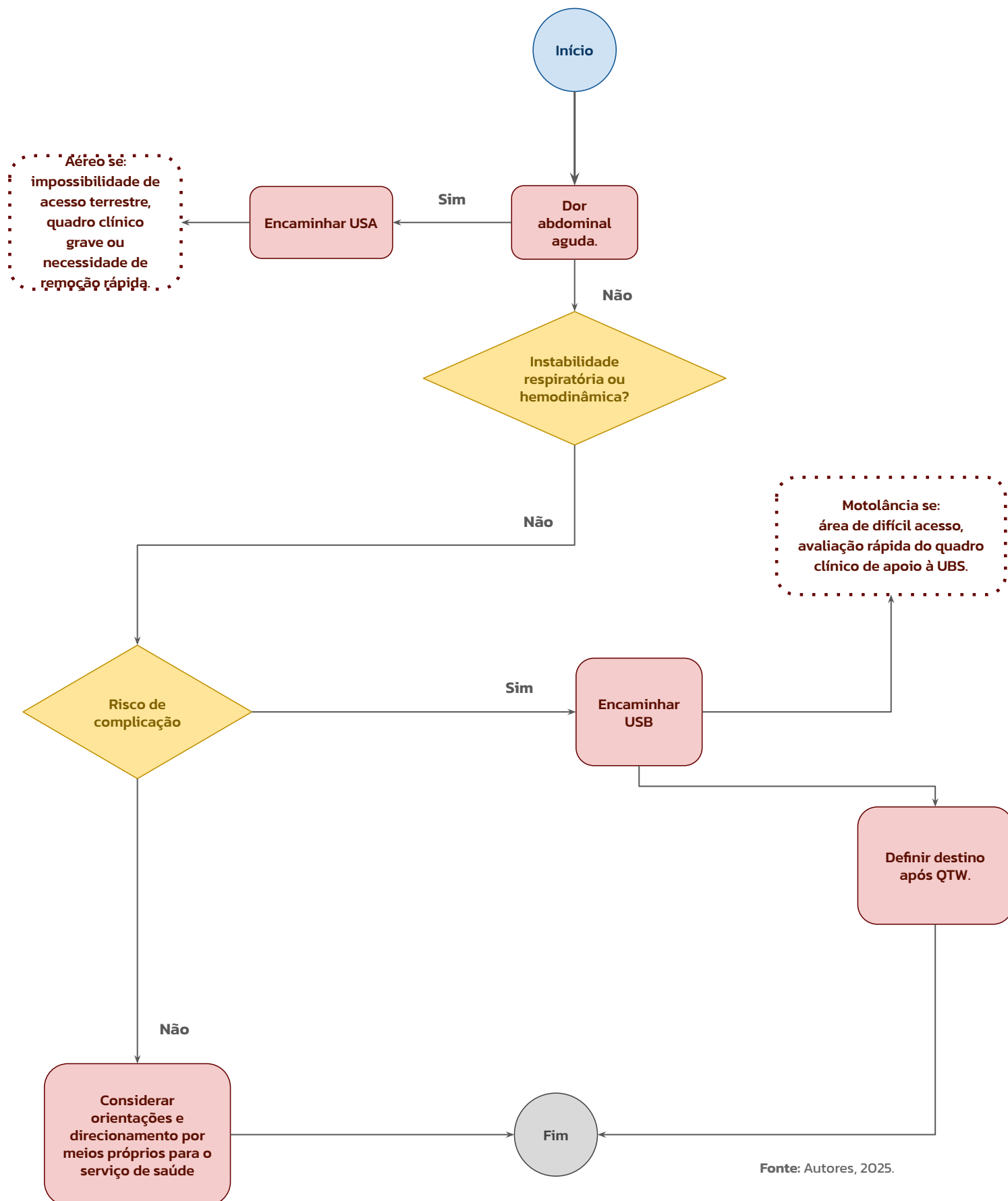
CONSIDERAR COMO POSSÍVEIS DESTINOS

- Unidade de Pronto Atendimento, Hospital Municipal ou Unidade Mista (Baixa Complexidade): Encaminhar pacientes com dor abdominal leve a moderada, sem sinais de instabilidade hemodinâmica, sem vômitos incoercíveis, sem peritonismo, sem critérios clínicos de gravidade. Indicado para casos em que a observação inicial, analgesia básica, hidratação venosa leve, exames laboratoriais simples e estratificação inicial de risco possam ser realizados com segurança na própria unidade;
- Referência Regional ou Hospital Secundário (Média Complexidade): Encaminhar pacientes com dor abdominal moderada a intensa, persistente ou recorrente, com suspeita de patologias que superem a capacidade da baixa complexidade, como colecistite, pancreatite leve a moderada, apendicite em avaliação, abdome inflamatório agudo sem sinais de peritonite, ou quando houver necessidade de exames complementares não disponíveis na rede primária (ultrassonografia, tomografia, avaliação cirúrgica). Indicado também para quadros que demandem monitorização contínua, hidratação venosa moderada, controle sintomático mais complexo ou investigação diagnóstica ampliada;
- Hospital Terciário de Referência (Alta Complexidade): Encaminhar pacientes com dor abdominal grave, presença de sinais de irritação peritoneal (defesa, rigidez, descompressão brusca positiva), instabilidade hemodinâmica, vômitos persistentes associados a desidratação importante, suspeita de abdome agudo cirúrgico (perfuração, obstrução intestinal grave, isquemia mesentérica, aneurisma roto, pancreatite grave), sepse de origem abdominal, necessidade provável de intervenção cirúrgica urgente, suporte intensivo ou exames avançados disponíveis apenas em unidades de alta complexidade. Indicado para situações que exigem resposta imediata, recursos especializados e terapêuticas específicas.

NOTAS IMPORTANTES

- Dor abdominal pode mascarar quadros críticos, especialmente em idosos, mulheres e imunossuprimidos;
- A baixa saturação de oxigênio se mostrou um preditor de retorno hospitalar precoce;
- Considerar o uso de escala de dor;
- Idosos com dor abdominal superior são fortes candidatos a apresentar IAM devendo ser deslocados para a unidade de saúde mais próxima e realizar ECG em tempo hábil;
- Pacientes com sinais de insuficiência orgânica respiratória, cardíaca, renal ou rebaixamento de nível de consciência podem necessitar com brevidade de avaliação direcionada para avaliar condições cirúrgicas;
- Para situações onde a dor abdominal venha associada a sangramento digestivo alto ou baixo é importante que se avalie via protocolo de hemorragia digestiva.

FLUXOGRAMA



REFERÊNCIAS

ABRAMSON, T. M.; SANKO, S.; KASHANI, S.; ECKSTEIN, M. Safety of tiered-dispatch for 911 calls for abdominal pain. **Western Journal of Emergency Medicine**, [s. l.], v. 20, n. 6, p. 957–961, 17 out. 2019. DOI: <https://doi.org/10.5811/westjem.2019.9.44100>.

ANDERSEN, K. et al. Factors associated with undertriage and overtriage in telephone triage in Danish out-of-hours primary care: a retrospective observational study. **BMJ Open**, [s. l.], v. 13, n. 2, e065180, 2023.

BENGTSOON, L. et al. Prehospital assessment of patients with abdominal pain triaged to self-care at home: an observational study. **BMJ Open**, [s. l.], v. 12, n. 1, e054029, 2022.

BERG, L. M. et al. Associações entre aglomeração e mortalidade em dez dias entre pacientes alocados em níveis mais baixos de acuidade de triagem sem necessidade de atendimento hospitalar agudo na alta do pronto-socorro. **Annals of Emergency Medicine**, [s. l.], v. 74, p. 345–356, 2019.

BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 5.055, de 27 de abril de 2004. Institui o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU, em Municípios e regiões do território nacional, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 28 abr. 2004.

FERREIRA, A. et al. Caracterização dos atendimentos clínicos realizados pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, [s. l.], n. 44, p. e3117, 2020.

HINCHEY, P. et al. Critérios de despacho de emergência médica de baixa acuidade podem identificar com segurança pacientes sem doenças ou lesões de alta acuidade. **Prehospital Emergency Care**, [s. l.], v. 11, p. 42–48, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1080/10903120601021366>.

KENDALL, J. L.; MOREIRA, M. E. Evaluation of the adult with nontraumatic abdominal or flank pain in the emergency department. **Update**, 2024. Disponível em: <https://www.uptodate.cn/contents/evaluation-of-the-adult-withnontraumatic-abdominal-or-flank-pain-in-the-emergency-department>. Acesso em: 12 ago. 2025.

KENDALL, J. L.; MOREIRA, M. E. Evaluation of the adult with nontraumatic abdominal or flank pain in the emergency department. **Update**, 2024. Disponível em: <https://www.uptodate.cn/contents/evaluation-of-the-adult-withnontraumatic-abdominal-or-flank-pain-in-the-emergency-department>. Acesso em: 12 ago. 2025.

KENNEDY, J. D. et al. Eficácia de um protocolo de despacho prioritário médico para dor abdominal. **Prehospital Emergency Care**, [s. l.], p. 89-93, 2003. DOI: <https://doi.org/10.1080/10903120390937166>.

MACHADO, C. V.; SALVADOR, F. G.; O'DWYER, G. Mobile emergency care service: analyses of Brazilian policy. **Revista de Saúde Pública**, [s. l.], v. 45, n. 3, p. 519-528, 2011.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto – Enfermagem**, [s. l.], v. 17, p. 758-764, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>. Acesso em: 11 jun. 2025.

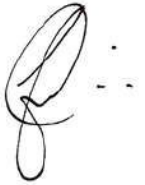
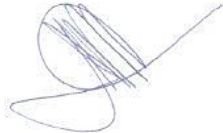
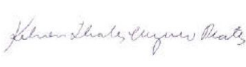
MOORE, J. et al. Safety of tiered-dispatch for 911 calls for abdominal pain. **Prehospital Emergency Care**, [s. l.], v. 23, n. 4, p. 487-493, 2019.

PAULIN, J. et al. Mudança no papel dos serviços de emergência médica – análises de pacientes com e sem transporte na Finlândia. **Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine**, [s. l.], v. 28, p. 45, 2020.

VON VOPPEL, G. et al. Einführung der präklinischen Notfallsonographie in einem ländlichen Notarztdienst-Bereich. **Notfall & Rettungsmedizin**, [s. l.], v. 20, p. 245-252, 2017.

WILSON, S. et al. Uma revisão sistemática das evidências que sustentam o uso do despacho prioritário de ambulâncias de emergência. **Prehospital Emergency Care**, [s. l.], v. 6, n. 1, p. 42-49, 2002. DOI: <https://doi.org/10.1080/10903120290938760>.

ELABORAÇÃO			
Responsável (s): Allison Falcão Carlos Henrique do Nascimento Moraes Dandara Ruana Soares Barbosa Eva Wilma Martins timbó Gleydson Fabricio de Freitas Menezes Shura do Prado Farias borges Victor Hugo de Almeida Oliveira		Data: 04/11/2025	
ANÁLISE		VALIDAÇÃO - GQSP	
Responsável (s): Angelo Marcelo Silva Chagas Gabriel Rezende Geziel Dos Santos De Souza Gilson Melo Pinheiro Gutemberg Oliveira Karine De Castro Bezerra Larissa Lima Vieira Márcio Flávio Araújo Guanabara Jr. Tarcylío Esdras De Almeida Rocha Thais Passos Costa	Data: 04/11/2025	Responsável: Dherlen Lemos da Silva	Data: 05/12/2025

APROVAÇÃO			
CARGO	NOME	DATA	ASSINATURA
Superintendência	Francisco Nilson Maciel Mendonça Filho	05/12/2025	
Direção Técnica - DITEC	Jefferson Oliveira e Silva	05/12/2025	
Direção de Enfermagem - DIRENF	Geisy Lanne Muniz Luna	05/12/2025	
Direção de Gestão de Pessoas - DIGEP	Glauciran Alves Teles Cavalcante	05/12/2025	
Direção de Educação Permanente - DIEP	Yury Tavares de Lima	05/12/2025	
Direção Administrativo- Financeira	Kelson Thales Cruzeiro Prates	05/12/2025	

DOR TORÁCICA

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo de documento:	Protocolo	PTC.SAMU-SUP.014 Página: 1	
Origem do documento:	Serviço de atendimento móvel de urgência	Classificação: público	Emissão: 01/12/2025
Título do documento:	Regulação médica de urgência - dor abdominal	Versão: 1	Próxima revisão: Validação: 05/12/2027
		Validação: 05/12/2025	

TERMINOLOGIA POPULAR

- Dor no peito;
- Aperto no peito;
- Ataque cardíaco;
- Dor no coração;
- Queimação no peito;
- Pontada no peito;
- Cansaço no peito;
- Pressão no peito;
- Peso no peito;
- Travamento no peito;
- Fincada no peito;
- Dor no peito que vai para o braço / para as costas.

DEFINIÇÃO

Dor torácica é definida como qualquer sensação de desconforto localizada no tórax ou em regiões adjacentes, podendo manifestar-se como pressão, aperto, queimação, peso ou dor, com possível irradiação para os membros superiores, ombros, mandíbula, pescoço, dorso ou abdômen superior. A American Heart Association (AHA) ressalta que tais manifestações podem ocorrer de forma aguda, caracterizada por início recente ou alteração do padrão habitual, ou de forma estável, quando se apresentam de maneira recorrente em condições semelhantes.

PERGUNTAS NORTEADORAS

INVESTIGAR CARACTERÍSTICAS DA DOR (OPQRST):

- **Início (Onset):** Quando a dor começou? Foi súbita ou gradual?
- **Provocação/Piora (Palliation/Provocation):** O que estava fazendo quando a dor começou? O que melhora ou piora a dor? (Ex: repouso, esforço, respiração, posição).
- **Qualidade (Quality):** Como você descreveria a dor? (Ex: aperto, peso, queimação, pontada, facada, compressão).
- **Radiação (Radiation):** A dor se espalha para algum outro local? (Ex: braço esquerdo, pescoço, mandíbula, costas, ombros)
- **Gravidade (Severity):** Em uma escala de 0 a 10, onde 0 é nenhuma dor e 10 é a pior dor imaginável, qual a intensidade da dor que você está sentindo agora?
- **Tempo (Time):** Quanto tempo dura a dor? É contínua ou intermitente? Já sentiu essa dor antes?
- Está sentindo falta de ar ou dificuldade para respirar?
- Está suando frio, sentindo náuseas, vômitos, palpitações ou tonturas?
- Houve desmaio ou alteração visual?
- Está sentindo fraqueza no corpo?
- Possui histórico de problemas cardíacos (infarto, angina, ponte de safena, stent), pressão alta, diabetes, colesterol alto ou outras doenças crônicas?
- Faz uso de algum medicamento regularmente? Qual(is)?
- Possui histórico de problema de coração na família (pais, irmãos com infarto antes dos 55 anos para homens ou 65 anos para mulheres)?
- Fuma ou já fumou? Tem histórico de uso de drogas ilícitas?

CRITÉRIOS DE GRAVIDADE

- Insuficiência respiratória/desconforto respiratório;
- Sinais de choque;
- Alteração do nível de consciência ou síncope;
- Paciente de alto risco cardiovascular;
- Suspeita de diagnóstico diferencial potencialmente grave (ver em “Notas Importantes”);
- Suspeita de lesão de órgão-alvo associado;
- Arritmias graves (bradicardia sintomática, taquicardia ventricular, fibrilação ventricular).

DECISÃO TÉCNICA

CONSIDERAR USA SE:

- Critérios de gravidade.

CONSIDERAR USB SE:

- Critérios de gravidade;
- Quadro clínico sem piora durante o chamado;
- Dor torácica com características atípicas ou inespecíficas, sem sintomas associados de gravidade.

CONSIDERAR MOTOLÂNCIA SE:

- Situação crítica e tempo-dependente;
- Casos em locais de difícil acesso.

CONSIDERAR AÉREO SE:

- Local de difícil acesso e tempo-resposta via terrestre elevado;
- Quadro clínico grave com necessidade de transporte rápido;
- Transferência secundária com tempo resposta dependente.

ORIENTAÇÕES AO SOLICITANTE

- Manter o paciente em posição confortável: preferencialmente semi-sentado, se não houver contraindicação e se for a posição que o paciente se sentir mais confortável;
- **Se o paciente estiver inconsciente: Questionar sobre respiração:**
 - Presença de respiração: posicionar em decúbito lateral (posição lateral de segurança) para evitar aspiração de vômito;
 - Ausência de respiração: condutas conforme o protocolo de parada cardiorespiratória.
- Observar e comunicar a central de regulação qualquer alteração no nível de consciência ou mudança do quadro (como desmaio, piora da dor no peito, falta de ar ou novos sintomas);

- Não oferecer alimentos, líquidos ou remédios;
- Evitar movimentar ou transportar o paciente por meios próprios ou desnecessariamente a não ser que seja orientado pela regulação;
- Anotar os medicamentos de uso contínuo;
- Informar se o paciente usa marca-passo ou tem problemas cardíacos;
- Separar documentos e exames prévios (como ECG, receitas médicas e laudos);
- Manter o telefone disponível para novo contato da equipe de regulação;
- Sinalizar o local para facilitar a chegada do SAMU (ex: acender luzes, deixar alguém próximo ao portão);
- Ficar ao lado do paciente até a chegada da equipe.

ORIENTAÇÕES PARA A EQUIPE DA INTERVENÇÃO

- Manter comunicação ativa e constante com a CRU durante todo o atendimento;
- Informar a situação clínica antes do deslocamento com o paciente e a cada mudança significativa no quadro;
- Realizar avaliação primária e secundária, seguindo o protocolo de atendimento pré-hospitalar;
- Manter a permeabilidade das vias aéreas;
- Iniciar monitorização contínua dos sinais vitais, com desfibrilador prontamente disponível;
- Realizar primeiro ECG de 12 derivações sempre que disponível, em até 10 minutos, com avaliação médica imediata;
- Garantir acesso venoso pérvio o mais breve possível;
- Manter oximetria contínua: Iniciar oxigenoterapia se $\text{SatO}_2 < 94\%$ ou se houver sinais de desconforto respiratório. Em pacientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), manter SatO_2 entre 88–92% para evitar depressão respiratória;
- Considerar drogas vasoativas e avaliar indicações e contra-indicações de cada uma para o caso;
- Realizar a identificação do paciente por meio da pulseira, conforme o Protocolo Institucional de Identificação.

CONSIDERAR COMO POSSÍVEIS DESTINOS

- UPA (Unidade de Pronto Atendimento) ou Pronto Socorro Geral: Casos leves, estáveis ou em avaliação;

- Hospital polo da região: Casos leves, estáveis ou em avaliação, ou mais complexos que não tenham recebido indicação ainda de terapia de reperfusão;
- Unidade hospitalar terciária de referência: Pacientes de elevada complexidade com diagnóstico ou alta suspeição de condição clínica grave que tem indicação de terapêutica tempo-resposta dependente nestes referidos centros (por exemplo: reperfusão de síndrome oclusiva coronariana aguda, síndrome aórtica aguda, rotura esofágica, etc.

CONSIDERAR COMO POSSÍVEIS DESTINOS

- UPA (Unidade de Pronto Atendimento) ou Pronto Socorro Geral: Casos leves, estáveis ou em avaliação;
- Hospital polo da região: Casos leves, estáveis ou em avaliação, ou mais complexos que não tenham recebido indicação ainda de terapia de reperfusão;
- Unidade hospitalar terciária de referência: Pacientes de elevada complexidade com diagnóstico ou alta suspeição de condição clínica grave que tem indicação de terapêutica tempo-resposta dependente nestes referidos centros (por exemplo: reperfusão de síndrome oclusiva coronariana aguda, síndrome aórtica aguda, rotura esofágica, etc.

NOTAS IMPORTANTES

- O protocolo é um guia que traz segurança e evita variabilidade desnecessária; entretanto, a avaliação clínica é um elemento fundamental para a melhor aplicação do protocolo de dor torácica;
- Se ocorrência secundária, com ECG limítrofe/duvidoso ou critério de instabilidade clínica, seriar ECG, manter monitorização e tratar critérios de instabilidade, buscar ativamente outros diagnósticos (utilizar recursos disponíveis como radiografia de tórax, POCUS e troponina, por exemplo);
- Em casos de pacientes socorridos via USB, remoção para a unidade mais próxima que disponha de serviço médico de urgência, após realizado o devido contato com a CRU;
- Se a intervenção for realizada por uma USA, o médico assistente deverá contatar a CRU para definirem em conjunto a necessidade, temporalidade e destino para transferência do paciente;
- **A dor torácica é um dos sintomas mais comuns em serviços de emergência e está frequentemente associada a condições de alta gravidade. Entre as principais condições críticas que devem ser consideradas estão:**
 - Perfuração/ruptura esofágica;
 - Síndrome coronariana aguda;

- Insuficiência cardíaca aguda;
 - Tamponamento cardíaco;
 - Asma com risco de vida;
 - Parada cardíaca;
 - Pneumotórax hipertensivo;
 - Embolia pulmonar maciça.
- **Avaliar sinais de instabilidade: dor torácica persistente, hipotensão arterial, taquiarritmia / bradiarritmia, dispneia intensa, edema agudo de pulmão, diaforese, extremidades frias, pulsos distais reduzidos, rebaixamento do nível de consciência, confusão mental, redução do débito urinário, aumento do tempo de enchimento capilar (> 3 segundos);**
 - **O ECG de 12 derivações deve ser um padrão para todas as equipes de suporte avançado de vida;**
 - **Se suspeita de dissecação de aorta, contra indicar os antiagregantes e anticoagulantes, orientar exame físico com avaliação da simetria de pulsos e medir a pressão arterial nos quatro membros.**
 - **Avaliar o valor Prognóstico do Lactato pré-hospitalar (PLA) $\geq 4,3$ mmol/L capacidade preditiva para Doença cardiovascular aguda (DCVA) (Martín-Rodríguez,2020).**
 - **Na avaliação inicial do paciente com dor torácica, é essencial identificar as condições que exigem intervenção rápida, seja pela alta letalidade, seja pelo curto intervalo de tempo para o manejo. Assim, a abordagem deve priorizar o reconhecimento precoce das causas potencialmente fatais:**
 - **Na avaliação inicial do paciente com dor torácica, é essencial identificar as condições que exigem intervenção rápida, seja pela alta letalidade, seja pelo curto intervalo de tempo para o manejo. Assim, a abordagem deve priorizar o reconhecimento precoce das causas potencialmente fatais:**
 - **Síndrome aórtica aguda:** é uma das causas mais graves de dor torácica. A avaliação deve incluir a investigação de fatores de risco, presença de déficits de perfusão (diferença de pulso ou de pressão arterial entre os membros) e sinais sugestivos como alargamento de mediastino. Importante destacar que o uso de antiagregantes ou anticoagulantes está contraindicado nesses casos, podendo causar agravamento clínico significativo;
 - **Síndrome Coronária Aguda (SCA):** é a causa mais frequente de dor torácica com risco de morte. Se houver eletrocardiograma disponível, ele deve ser imediatamente enviado para o grupo de Telemedicina. Para ocorrências secundárias, recomenda-se que a origem aplique o Escore HEART (History, ECG, Age, Risk factors, Troponin) que é uma ferramenta validada para estratificação de risco de eventos cardiovasculares maiores (MACE) em pacientes com dor torácica na sala de emergência (Hajjar, 2024). A aplicação deste escore na regulação médica, mesmo que de forma adaptada para o ambiente pré- hospitalar, pode auxiliar na tomada de decisão sobre o recurso mais adequado a ser enviado.

Escore HEART	
História	2 = altamente suspeita 1 = moderadamente suspeita 0 = pouco/nada suspeita
Eletrocardiograma	2 = depressão significativa do segmento ST 1 = distúrbios de repolarização inespecíficos 0 = normal
Anos (idade)	2 = ≥ 3 ou história de doença aterosclerótica 1 = 1 ou 2 0 = nenhum
Troponina (convencional)**	Ventilação, broncodilatadores, vasopressores, considerar pneumotórax.
4	2 = ≥ 3 x o limite superior 1 = 1-3x o limite superior 0 = $\leq$ limite superior

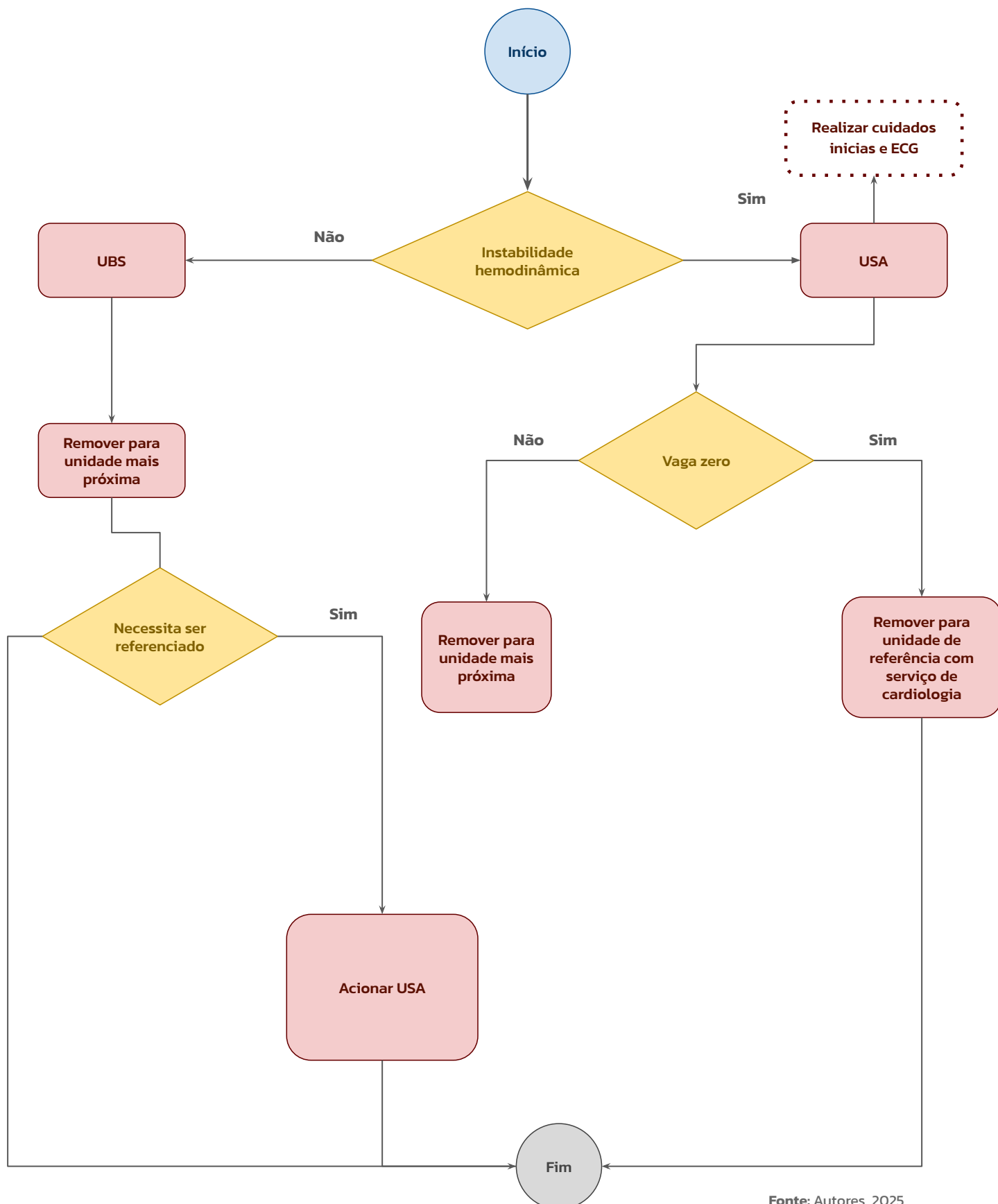
ECG: eletrocardiograma. Fatores de risco: Hipertensão, hipercolesterolemia, diabetes, obesidade (IMC >30 kg/m²), tabagismo (atual ou cessação do tabagismo ≤ 3 meses), histórico familiar positivo precoce (primeiro grau). ** O escore HEART original utilizou troponina convencional; a sua versão modificada para troponina de alta sensibilidade, baseia-se no escore HEAR (História, Anos/idade, Eletrocardiograma, Risco) e utiliza também pontos de corte específicos dos algoritmos de troponina de alta sensibilidade.

Figura 1: Escore de HEART – São Paulo: Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2025.

ESCORE DE HEART:

- 0 a 3 pontos – Baixo risco: pode-se considerar remoção por Unidade de Suporte Básico (USB), desde que o paciente esteja estável e sem piora clínica. 4 a 6 pontos – Risco moderado: indicar internação para observação e suporte, com regulação via Central de Leitos;
- ≥ 7 pontos – Alto risco: requer internação com estratégia invasiva precoce. Avaliar “vaga zero” e encaminhar para hospital de referência.
- Além disso, devem ser considerados como sinais de alto risco no ECG: **Síndrome de Wellens, padrão de De Winter, isquemia circunferencial, supradesnívelamento posterior em V1–V3, supra de AVL e V2** (sugestivo de oclusão da primeira diagonal da artéria descendente anterior);
- Tromboembolismo Pulmonar (TEP): é outra condição de elevada gravidade. A dor costuma ser pleurítica e de início súbito. Situações que promovem imobilidade — como imobilizações ortopédicas ou pós-operatórios — elevam o risco de trombose venosa profunda e subsequente embolização;

FLUXOGRAMA



- **Escores como Wells e Genebra auxiliam na estratificação de risco. O Ddímero deve ser interpretado considerando:**
 - ≥ 500 ng/mL como ponto de corte;
 - valor ajustado pela idade ($\text{idade} \times 10$, para pacientes ≥ 50 anos);
 - critérios YEARS, que permitem pontos de corte de 500 ou 1000 ng/mL, dependendo da presença de critérios clínicos;
 - Em pacientes com probabilidade moderada ou alta e sem contraindicações, pode ser indicado iniciar a primeira dose de anticoagulação plena antes da confirmação diagnóstica.
- **Pneumotórax:** O pneumotórax simples pode causar dor torácica, frequentemente benigno e, em alguns casos, espontâneo. O pneumotórax hipertensivo, porém, é uma emergência que exige descompressão imediata. Ele é mais comum em contextos traumáticos, sendo identificado e tratado na avaliação primária do trauma. Em ambiente hospitalar, pode ocorrer como complicação de procedimentos como intubação orotraqueal ou punção de acesso venoso central;
- **Pericardiopatias:** O tamponamento cardíaco pode manifestar-se como desconforto torácico, acompanhado de hipotensão ou choque. A tríade de Beck tem sensibilidade limitada, com baixa acurácia dos seus componentes isolados. Recomenda-se a ultrassonografia à beira-leito para diferenciação e o manejo muito mais rápido e preciso;
- **Condições esofágicas grave:** Alterações esofágicas, embora raras, também podem causar dor torácica de alta gravidade. A ruptura esofágica com mediastinite (como a síndrome de Boerhaave) é incomum, mas tem grande impacto prognóstico e costuma estar associada a vômitos intensos em pacientes etilistas. A identificação e intervenção precoces são fundamentais.

REFERÊNCIAS

SILVA, P.G. M. de Barros e et al. Diretriz Brasileira de Atendimento à Dor Torácica na Unidade de Emergência – 2025. **Arq Bras Cardiol.**, v. 122, n. 9, e20250620, out. 2025.

BELLOLIO, F. Evaluating patients with chest pain in the emergency department. **BMJ.**, v. 28, n. 388. r136, 2025.

CHENG, K. et al. Incidence, management and outcomes of patients with chest pain presenting to emergency departments: a multicenter cohort. **BMJ Open.**, v. 15, e091085, 2025.

FERRI, P.; SAÉZ, C.; FÉLIX-DE CASTRO, A.; SÁNCHEZ-CUESTA, P.; GARCÍA-GÓMEZ, J. M. Discovering Key Topics in Emergency Medical Dispatch from Free Text Dispatcher Observations. In: **Studies in Health Technology and Informatics**, v. 294, p. 859–863, 2022.

HAJJAR, L. A. **Medicina de emergência:** abordagem prática. 18. ed. rev. e atual. Santana de Parnaíba, SP: Manole, 2024.

JACOBS, A. K. et al. Systems of care for ST-segment-elevation myocardial infarction: a policy statement from the American Heart Association. **Circulation**, v. 144, n. 20, p. e310–e327, 2021.

MALTA, D. C. et al. Prevalence of Angina Pectoris and Associated Factors in Brazil. **Rev Bras Epidemiol.** v. 116, p. 423–31, 2021.

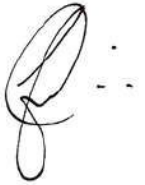
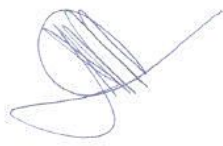
STENGAARD, Carsten et al. Prehospital diagnosis of patients with acute myocardial infarction. **Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine**, v. 24, n. 1, p. 1–8, 2016.

VAN DONGEN, Daan N. et al. Pre-hospital risk assessment in suspected non-STelevation acute coronary syndrome: a prospective observational study. **European Heart Journal: Acute Cardiovascular Care**, v. 7, n. 2, p. 124–132, 2018.

YUKSELEN, Z. et al. Chest Pain Risk Stratification in the Emergency Department. **Open Access Emerg Med** . v. 4, n. 16, p. 29–43, feb. 2024.

Esse protocolo é produto da Dissertação de Mestrado de Francisco Nilson Maciel Mendonça Filho, do Programa de Mestrado em Gestão em Saúde (MEPGES) da Universidade Estadual do Ceará (UECE), sob orientação do Prof. Dr. Geziel dos Santos de Sousa e Coorientação da Profa. Dra. Geisy Lanne Muniz Luna.

ELABORAÇÃO			
Responsável (s): Diego Saraiva Felipe Francisco Nilson Maciel Mendonça filho Igor Rodrigues da Silva Jayranne Mara Santana dos Santos Leiliane de Queiroz Oliveira Maria da Conceição Freitas Tavares Marília de Andrade Guedes Giesta Paulo Alberto Cosquillo Valdivia Samyla Citó Pedrosa		Data: 04/11/2025	
ANÁLISE		VALIDAÇÃO - GQSP	
Responsável (s): Airton Silva De Oliveira Junior Kelvio Da Silva Lins Larissa Lima Vieira Luiz Claudio Otoni De Castro Márcio Flávio Araújo Guanabara Jr. Raphael Colares De Sá Samuel Ramalho Torres Maia Susana Lia Cavalcante Thais Passos Costa Vanessa Gomes Martins		Data: 04/11/2025	Responsável: Dherlen Lemos da Silva Data: 05/12/2025

APROVAÇÃO			
CARGO	NOME	DATA	ASSINATURA
Superintendência	Francisco Nilson Maciel Mendonça Filho	05/12/2025	
Direção Técnica - DITEC	Jefferson Oliveira e Silva	05/12/2025	
Direção de Enfermagem - DIRENF	Geisy Lanne Muniz Luna	05/12/2025	
Direção de Gestão de Pessoas - DIGEP	Glauciran Alves Teles Cavalcante	05/12/2025	
Direção de Educação Permanente - DIEP	Yury Tavares de Lima	05/12/2025	
Direção Administrativo- Financeira	Kelson Thales Cruzeiro Prates	05/12/2025	

ESTADO EPILÉPTICO CONVULSIVO NO ADULTO

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo de documento:	Protocolo	PTC.SAMU-SUP.015 Página: 1	
Origem do documento:	Serviço de atendimento móvel de urgência	Classificação: público	Emissão: 01/12/2025
Título do documento:	Regulação médica de urgência – estado epiléptico convulsivo no adulto	Versão: 1	Próxima revisão: Validação: 05/12/2027
		Validação: 05/12/2025	

TERMINOLOGIA POPULAR

- Convulsão;
- Crise convulsiva;
- Crise epiléptica;
- Ataque epiléptico;
- Se tremendo/tremedeira;
- Tá tendo um ataque.

DEFINIÇÃO

A crise convulsiva é uma alteração súbita da atividade elétrica do cérebro, causada por descargas anormais e excessivas dos neurônios. Essas crises podem ter diferentes formas de manifestação, como episódios focais, de ausência ou crises motoras e sensoriais. Caracteriza-se estado de mal epiléptico quando a atividade convulsiva persiste por tempo superior a 5 minutos ou quando múltiplas crises ocorrem em sequência, sem recuperação plena do nível de consciência entre os episódios.

PERGUNTAS NORTEADORAS

- Tem dificuldade para respirar?
- Ainda está convulsionando?

- A crise convulsiva persiste há aproximadamente quanto tempo? Tem mais de 5 minutos?
- O paciente recuperou a consciência após as crises?
- Há histórico prévio de epilepsia?
- Faz uso de alguma medicação previamente?
- Houve trauma associado?
- Existem sinais de complicações respiratórias e hemodinâmicas?
- É etilista crônico?
- Faz tratamento para alguma doença do fígado?

CRITÉRIOS DE GRAVIDADE

- Crise convulsiva contínua ou múltiplas crises sem recuperação da consciência;
- Hipóxia, cianose ou dificuldade respiratória;
- Trauma associado;
- Estado mental alterado após cessação da crise;
- Falha na resposta a benzodiazepínicos;
- Necessidade de mais de uma dose medicamentosa;
- Idade avançada ou gestação;
- Presença de fatores precipitantes (hipoglicemia, intoxicação, infecção).

DECISÃO TÉCNICA

CONSIDERAR USA SE:

- Crise convulsiva contínua ou refratária >5 minutos;
- Alteração respiratória (apneia, hipoventilação, bradicardia);
- Necessidade de via aérea avançada;
- Instabilidade hemodinâmica;
- Suspeita de etiologia complexa (TCE grave, intoxicação, infecção grave).

CONSIDERAR USB SE:

- Crise convulsiva cessada, com recuperação completa da consciência;
- Ausência de sinais de instabilidade respiratória e hemodinâmica;
- Crise autolimitada em paciente com epilepsia conhecida e ambiente seguro.

CONSIDERAR MOTOLÂNCIA SE:

- Crise resolvida e paciente consciente, apenas para avaliação rápida;
- Contexto com dificuldade de acesso por viatura convencional;
- Apoio inicial até chegada de USB ou USA;
- Área de difícil acesso ou tráfego intenso;
- Situação crítica e tempo-dependente.

CONSIDERAR AÉREO SE:

- Locais de difícil acesso com necessidade de intervenção rápida;
- Estado crítico com necessidade de transporte imediato a centro de referência;
- Longa distância até unidade terciária.

ORIENTAÇÕES AO SOLICITANTE

- Mantenha a segurança do ambiente, afaste objetos que possam ferir o paciente;
- Proteja a cabeça para que não haja trauma durante a crise;
- Não tente conter os movimentos do paciente;
- Não ofereça líquidos ou alimento ao paciente, mesmo após a crise;
- Aguarde a chegada da equipe de emergência, relatando: tempo de crise, medicações em uso e eventos associados.

ORIENTAÇÕES PARA A EQUIPE DA INTERVENÇÃO

AVALIAÇÃO INICIAL:

- Garantir vias aéreas pervias;
- Monitorar sinais vitais;

- Afastar objetos perigosos do entorno;
- Realizar teste de glicemia capilar; tratar hipoglicemia;
- Realizar a identificação do paciente por meio da pulseira, conforme o Protocolo Institucional de Identificação.

TRATAMENTO PRÉ-HOSPITALAR:

- Primeira linha (abortivo): benzodiazepínicos (Midazolam 10 mg IM. Alternativas: Lorazepam 2 mg IV, Diazepam 5 mg IV). A dose pode ser repetida, se necessário;
- Se persistente, seguir o fluxograma do tratamento de crise convulsiva com medicamentos de segunda linha (fenitoína) e considerar encaminhamento rápido.

CONSIDERAR COMO POSSÍVEIS DESTINOS

SERVIÇO DE PRONTO-ATENDIMENTO LOCAL:

Quando necessário apenas observação ou avaliação clínica para descartar causas primárias para a crise, sem necessidade de exames complementares de maior complexidade.

HOSPITAL POLO REGIONAL:

Em casos de crise convulsiva prolongada ou refratária, necessidade de monitorização contínua, ou risco de complicações.

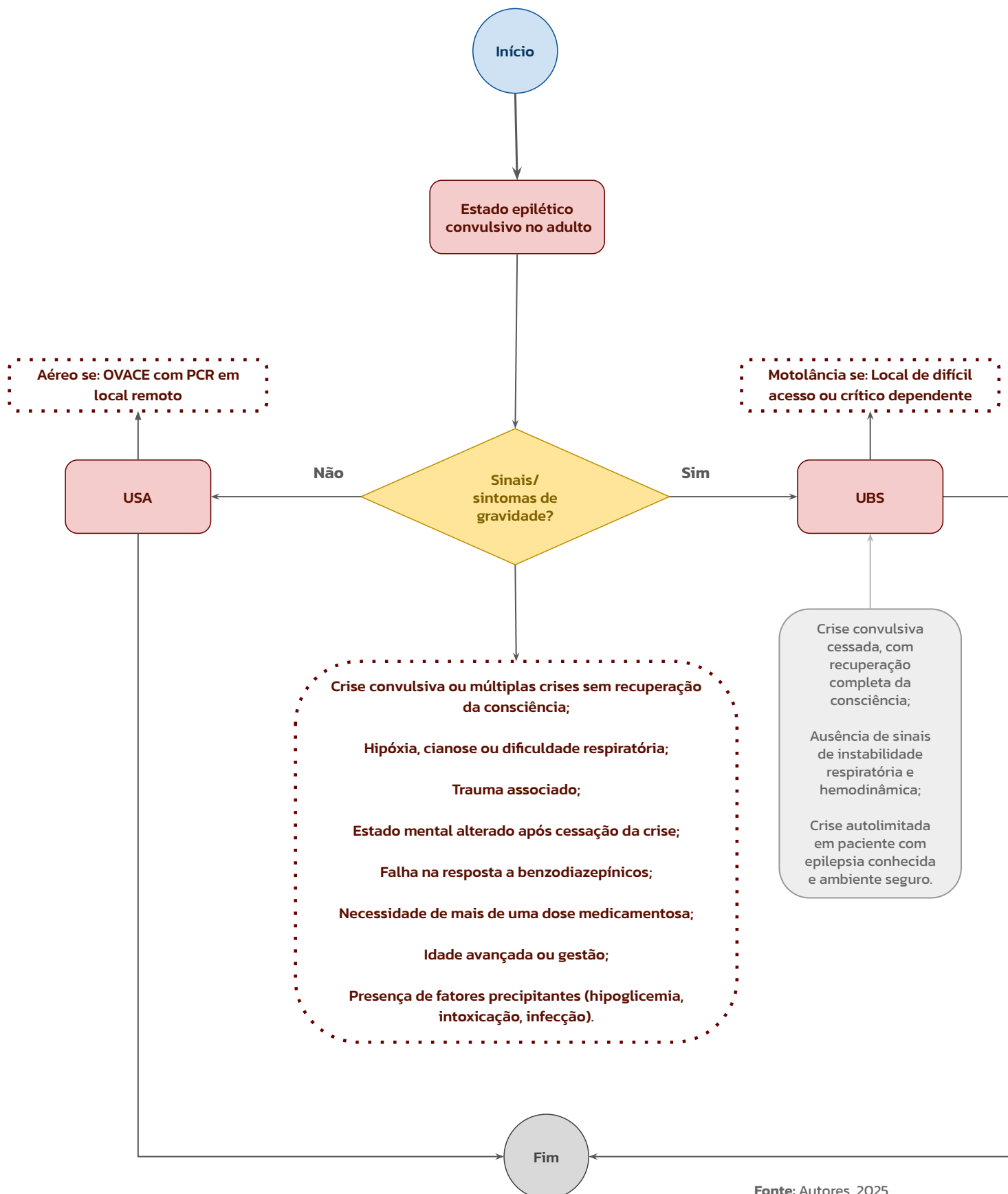
HOSPITAL REFERÊNCIA EM NEUROLOGIA:

Para manejo de casos complexos, estado epiléptico refratário, necessidade de exames especializados, internação em UTI, ou avaliação por neurologista.

NOTAS IMPORTANTES

- Considerar encaminhar para serviço de saúde de média/alta complexidade se: crise prolongada, trauma, primeira crise, gestação, febre, ausência de recuperação;
- Utilizar critérios como tipo de crise, duração, intervenções realizadas, sinais vitais, decisão de transporte para auxiliar nesta decisão;
- Considerar outras situações como Síndrome de Abstinência Alcoólica.

FLUXOGRAMA



REFERÊNCIAS

BOER, H. M.; MULA, M.; SANDER, J. W. The global burden and stigma of epilepsy, **Epilepsy & Behavior**, v. 12, n. 4, p. 540–546, 2008.

KÄMPPI, L.; MUSTONEN, H.; KOTISAARI, K.; SOINILA, S. The essence of the first 2.5 h in the treatment of generalized convulsive status epilepticus. **Seizure**, [s. l.], v. 55, p. 9–16, fev. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.seizure.2017.12.007>.

OSBONE, A.; TAYLOR, L.; REUBER, M.; GRUNEWALD, R.; PARKINSON, M.; DICKSON, J. M. Pre-hospital care after a seizure: evidence base and United Kingdom management guidelines. **Seizure**, [s. l.], v. 24, n. 1, p. 82–87, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.seizure.2014.09.002>.

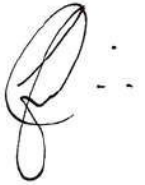
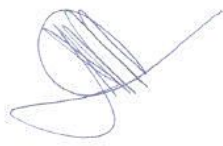
PINA-GARZA, J. E. et al. Outpatient management of prolonged seizures and seizure clusters to prevent progression to a higher-level emergency: Consensus recommendations of an expert working group. **Epileptic disorders**, v. 26, n. 4, p. 484–497, 2024.

SILBERGLEIT, R.; LOWENSTEIN, D.; DURKALSKI, V.; CONWIT, R.; NETT INVESTIGATORS. Lessons from the RAMPART study—and which is the best route of administration of benzodiazepines in status epilepticus. **Epilepsia**, [s. l.], v. 54, supl. 6, p. 74–77, set. 2013. DOI: <https://doi.org/10.1111/epi.12284>.

SILBERGLEIT, R.; LOWENSTEIN, D.; DURKALSKI, V.; CONWIT, R.; NEUROLOGICAL EMERGENCY TREATMENT TRIALS (NETT) INVESTIGATORS. RAMPART (Rapid Anticonvulsant Medication Prior to Arrival Trial): a double-blind randomized clinical trial of the efficacy of intramuscular midazolam versus intravenous lorazepam in the prehospital treatment of status epilepticus by paramedics. **Epilepsia**, [s. l.], v. 52, supl. 8, p. 45–47, out. 2011. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1528-1167.2011.03235.x>.

TRINKA, E.; COCK, H.; HESDORFFER, D.; ROSSETTI, A. O.; SCHEFFER, I. E.; SHINNAR, S.; SHORVON, S.; LOWENSTEIN, D. H. A definition and classification of status epilepticus—Report of the ILAE Task Force on Classification of Status Epilepticus. **Epilepsia**, [s. l.], v. 56, n. 10, p. 1515–1523, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1111/epi.13121>.

ELABORAÇÃO			
Responsável (s): Edson Juvenal da silva neto Felipe morais Judikael Sargento Magalhães Glayrton Bizerra da Costa Jean Carlos Facundo Ferreira Kelvio da Silva Lins Quiteria Eveline Martina Timbó Mirena Maria de Noronha Viana Rosiane Lopes Trigueiro		Data: 04/11/2025	
ANÁLISE		VALIDAÇÃO - GQSP	
Responsável (s): Ana Caroline Lima Vasconcelos Francisco Fábio Pacheco Barbosa Gabriel Dos Santos Dias Soares Italo Rigoberto C. Andrade Jayranne Mara Santana Larissa Lima Vieira Márcio Flávio Araújo Guanabara Jr. Olivia Andrea Alencar Costa Bessa Thais Passos Costa Weverson De Abreu Lima	Data: 04/11/2025	Responsável: Dherlen Lemos da Silva	Data: 05/12/2025

APROVAÇÃO			
CARGO	NOME	DATA	ASSINATURA
Superintendência	Francisco Nilson Maciel Mendonça Filho	05/12/2025	
Direção Técnica - DITEC	Jefferson Oliveira e Silva	05/12/2025	
Direção de Enfermagem - DIRENF	Geisy Lanne Muniz Luna	05/12/2025	
Direção de Gestão de Pessoas - DIGEP	Glauciran Alves Teles Cavalcante	05/12/2025	
Direção de Educação Permanente - DIEP	Yury Tavares de Lima	05/12/2025	
Direção Administrativo- Financeira	Kelson Thales Cruzeiro Prates	05/12/2025	

HEMORRAGIA DIGESTIVA

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo de documento:	Protocolo	PTC.SAMU-SUP.010 Página: 1	
Origem do documento:	Serviço de atendimento móvel de urgência	Classificação: público	Emissão: 17/11/2025
Título do documento:	Regulação médica de urgência - hemorragia digestiva	Versão: 1	Próxima revisão: Validação: 05/12/2027
		Validação: 05/12/2025	

TERMINOLOGIA POPULAR

- Vômito de sangue;
- Vômitos com coágulos;
- Fezes pretas;
- Fezes com sangue;
- Obrando sangue;
- Sangramento no estômago;
- Vômito em borra de café.

DEFINIÇÃO

O paciente faz uso de algum anticoagulante ou antiagregante plaquetário? Paciente faz uso de álcool ou drogas? Hemorragia Digestiva é o termo utilizado para descrever qualquer sangramento que tenha origem no trato gastrointestinal. Quando o sangramento ocorre na porção proximal ao ligamento de Treitz — envolvendo esôfago, estômago ou duodeno — costuma manifestar-se como hematêmese ou melena, sendo classificado como Hemorragia Digestiva Alta (HDA). Já o sangramento que se origina distal ao ligamento de Treitz, envolvendo intestino delgado, intestino grosso, reto e ânus, geralmente se apresenta como hematoquezia e é denominado Hemorragia Digestiva Baixa (HDB).

PERGUNTAS NORTEADORAS

- É possível visualizar sangramento no paciente? É possível mensurá-lo em pequena ou grande quantidade?
- Esse sangramento está ocorrendo agora?
- O paciente está consciente? Perdeu a consciência em algum momento?
- O paciente sofreu algum trauma ou queda?
- Houve alterações dos sinais vitais ou dificuldade para respirar?
- O paciente possui outras comorbidades?
- O paciente faz uso de algum anticoagulante ou antiagregante plaquetário?
- Paciente faz uso de álcool ou drogas?
- Paciente já teve episódio semelhante antes?
- Paciente realizou alguma cirurgia abdominal recentemente?

CRITÉRIOS DE GRAVIDADE

- | | |
|---|---|
| • Alteração no nível de consciência; | • Sinais de sangramento ativo; |
| • Sinais de Insuficiência Respiratória Aguda; | • Dor abdominal intensa; |
| • Instabilidade hemodinâmica; | • Deterioração clínica rápida; |
| • Coagulopatia ou uso de anticoagulantes e antiagregantes plaquetários; | • Idade avançada ou presença de comorbidades. |

DECISÃO TÉCNICA

CONSIDERAR USA SE:

- Critérios de gravidade.

CONSIDERAR USB SE:

- Paciente estável, sem sinais de choque, sem dispneia, nível de consciência preservado;
- Sem evidências de sangramento ativo no momento.

CONSIDERAR MOTOLÂNCIA SE:

- Paciente sintomático em área de difícil acesso ou tráfego intenso;
- Situação crítica e tempo-dependente;

CONSIDERAR AÉREO SE:

- Local de difícil acesso e tempo-resposta via terrestre elevado;
- Quadro clínico grave com necessidade de transporte rápido;
- Transferência secundária com tempo resposta dependente.

ORIENTAÇÕES AO SOLICITANTE

- Orientar o posicionamento do paciente em posição lateral caso haja vômito e náuseas;
- Não oferecer alimentos ou líquidos;
- Não deixar o paciente sozinho;
- Não tentar medicar ou movimentar o paciente sem orientação da equipe, principalmente em caso de trauma associado;
- Orientar que é necessário informações sobre o histórico do paciente, possíveis exames e documentos;
- Repassar qualquer mudança do estado atual para a CRU.

ORIENTAÇÕES PARA A EQUIPE DA INTERVENÇÃO

REALIZAR AVALIAÇÃO PRIMÁRIA:

- Verificar sinais de obstrução de via aérea e definir necessidade de Intubação Oro-traqueal;
- Verificar sinais de esforço respiratório e definir suporte adequado Avaliar sinais de choque e, se indicado, iniciar reposição volêmica com cristaloides em alíquotas de 250ml , particularizando para cada paciente mediante resposta, sem retardar início de vasopressores se necessário e considerando Hipotensão Permissiva(pressão arterial média 65 mmhg);
- Avaliar abdome procurando sinais de irritação peritoneal, distensão, etc;
- Monitorar o nível de consciência;

- Checar demais achados do exame físico compatíveis com sangramento por via oral ou retal;
- Avaliar outros sinais de comorbidades sistêmicas (Hepatopatia, síndrome consumptiva, Insuficiência Cardíaca, etc);
- Considerar Protocolo de Transfusão Maciça como medida de estabilização, quando indicado e se disponível.

IDENTIFICAÇÃO DO TIPO DE HEMORRAGIA:

Hemorragia digestiva alta (HDA):

- Vômito com sangue (hematêmese) ou borra de café;
- Melena (fezes negras e fétidas).

Hemorragia digestiva baixa (HDB):

- Hematoquezia (sangue vivo nas fezes).
- Geralmente associada a sangramento colônico ou retal.

Realizar a identificação do paciente por meio da pulseira, conforme o Protocolo Institucional de Identificação.

CONSIDERAR COMO POSSÍVEIS DESTINOS

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, HOSPITAL MUNICIPAL OU UNIDADE MISTA (BAIXA COMPLEXIDADE):

Encaminhar pacientes com sangramento digestivo leve, sem sinais de instabilidade hemodinâmica, sem sangramento ativo volumoso e sem critérios de gravidade. Indicado para casos em que a observação inicial, reposição volêmica leve, exames básicos e estratificação inicial de risco possam ser realizados com segurança na própria unidade.

REFERÊNCIA REGIONAL OU HOSPITAL SECUNDÁRIO (MÉDIA COMPLEXIDADE):

Encaminhar pacientes com sangramento moderado, recorrente, com anemia sintomática, melena persistente, hematoquezia moderada ou necessidade de monitorização contínua. Indicado quando o quadro supera a capacidade da baixa complexidade e necessita exames diagnósticos complementares ou suporte intermediário não estando estes disponíveis na rede primária.

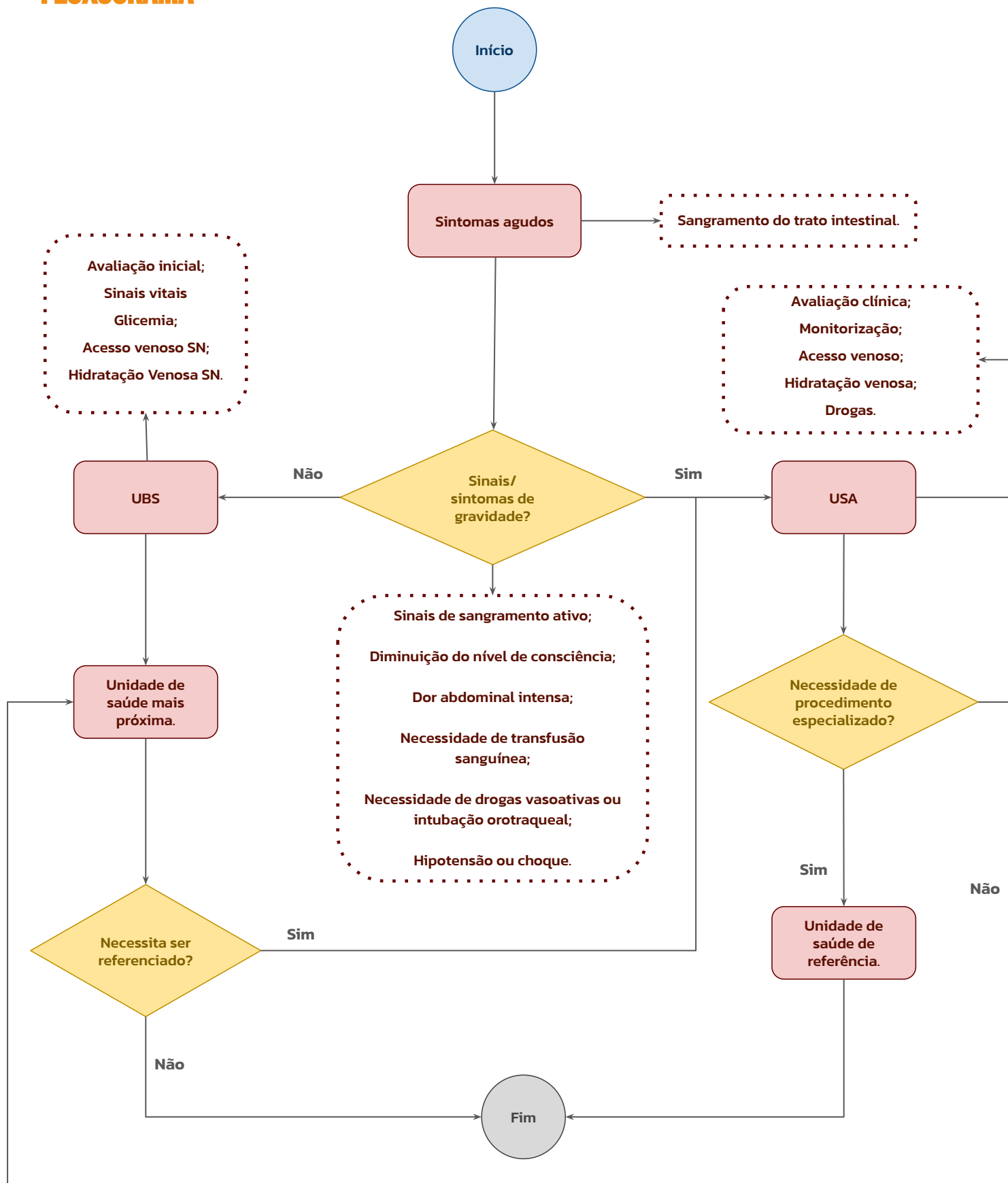
HOSPITAL TERCIÁRIO DE REFERÊNCIA (ALTA COMPLEXIDADE):

Encaminhar pacientes com sangramento digestivo grave ou ativo, instabilidade hemodinâmica, queda significativa de hemoglobina, choque hipovolêmico, suspeita de varizes esofagogástricas, necessidade provável de endoscopia terapêutica urgente, cuidados intensivos ou suporte avançado. Indicado para situações que demandam terapêuticas específicas e recursos disponíveis apenas em unidades de alta complexidade.

NOTAS IMPORTANTES

- Identificar rapidamente a presença de sangramentos exsanguinados sem retardar tratamento do choque;
- O tempo resposta é essencial no atendimento ao paciente com rebaixamento do nível de consciência, Insuficiência Respiratória Aguda e sangramento ativo;
- As equipes devem manter comunicação rápida e efetiva para auxiliar no atendimento atualizando a central sobre deterioração clínica e mudança no suporte necessário em cada caso;
- Orientar a não realização de sondagem nasogástrica ou orogástrica nestes casos;
- Os critérios de Glasgow-Blatchford para HDA e Escore de Oakland para Hemorragia Digestiva Baixa podem nos fornecer parâmetros valiosos de avaliação do paciente com hemorragia digestiva;
- Monitoramento contínuo com avaliação repetida dos sinais de choque ou atividade de sangramento.

FLUXOGRAMA



REFERÊNCIAS

ALALI, A. A.; ALMADI, M. A.; BARKUN, A. N. Review article: Advances in the management of lower gastrointestinal bleeding. **Alimentary Pharmacology & Therapeutics**, v. 59, n. 5, p. 632-644, mar. 2024.

AOKI, T. et al. Initial management for acute lower gastrointestinal bleeding. **World Journal of Gastroenterology**, v. 25, n. 1, p. 69-84, 2019.

CLERC, D. et al. Lower gastrointestinal bleeding: computed tomography angiography, colonoscopy or both? **World Journal of Emergency Surgery**, v. 12, n. 1, p. 1, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/s13017-016-0112-3>. PMID:28070213.

COELHO, F. F. et al. Tratamento da hemorragia digestiva alta por varizes esofágicas: conceitos atuais. **ABCD, Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva**, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 138-144, jun. 2014.

DIOGO, A. L. R. et al. **Protocolos de regulação médica de urgência do SAMU-DF 192 e critérios médicos de despacho de viaturas**. Nota técnica. 2016. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/64158/Protocolos+de+Regula%C3%A7%C3%A3o+M%C3%A9dica+de+Urg%C3%AÂncia+do+SAMU-+DF+192+e+Crit%C3%A9rios+M%C3%A9dicos+de+Despacho+de+Viaturas+%28Regula%C3%A7%C3%A3o+de+Emerg%C3%AÂncias+Cl%C3%ADnicas%29.pdf>. Acesso em: 24 set. 2025.

DALCOMUNE, D. M. et al. Hemorragia digestiva no estado do Espírito Santo: análise quantitativa e qualitativa dos diagnósticos no hospital estadual de referência. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 2, n. 6, p. 6105-6111, 2019.

ELIMELEH, Y.; GRALNEK, I. M. Diagnosis and management of acute lower gastrointestinal bleeding. **Current Opinion in Gastroenterology**, v. 40, n. 1, p. 34-42, jan. 2024.

GERSON, L. B. et al. ACG clinical guideline: diagnosis and management of small bowel bleeding. **American Journal of Gastroenterology**, v. 110, n. 9, p. 1265–1287, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1038/ajg.2015.246>. PMID:26303132.

KIM, J. et al. Timing of endoscopy in patients with upper gastrointestinal bleeding. **Scientific Reports**, v. 12, n. 1, p. 6833, 2022.

MARTINS, A. A. L. et al. Hemorragia digestiva alta: diagnóstico e tratamento – uma revisão de literatura. **Pará Research Medical Journal**, v. 3, n. 2, p. e07, 2019.

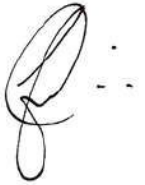
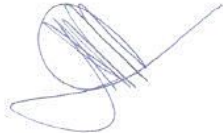
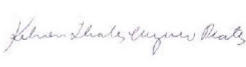
PINTO, C. et al. Variceal and non-variceal upper gastrointestinal bleeding: analysis of 249 hospitalized patients. **Revista Médica de Chile**, v. 148, n. 3, p. 288–294, 2020.

SALTZMAN, J. Approach to acute upper gastrointestinal bleeding in adults. **UpToDate**, Inc., 2021.

SOARES, D. C. B.; BROLLO, F. M.; KUPSKI, C. In: MAIA, I. W. A. et al. (ed.). **Tratado de medicina de emergência Abramede**. 1. ed. Barueri: Manole, 2024.

STRATE, L. L.; GRALNEK, I. M. ACG clinical guideline: management of patients with acute lower gastrointestinal bleeding. **American Journal of Gastroenterology**, v. 111, n. 4, p. 459–474, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1038/ajg.2016.41>. PMID:26925883.

ELABORAÇÃO			
Responsável (s): Daniele Maia Almeida Amanda Maria Braga Vasconcelos Emanuella macedo Silva Francisco Mauro Guimarães Costa Filho Germana Soares Bezerra João Marcos Nunes Gadelha Neiva Maria Martins Timbó Samer Heluany Khoury		Data: 04/11/2025	
ANÁLISE		VALIDAÇÃO - GQSP	
Responsável (s): Cynthia Maria Madeira Colares Denise Montenegro Da Silva Márcio Flávio Araújo Guanabara Jr. Igor Cordeiro Mendes Larissa Lima Vieira Nathalia Farias Vasconcelos Thais Passos Costa Thais Saraiva Leão Cunha Victor Hugo De Almeida Oliveira Victor Rocha Cabral Lacerda		Data: 04/11/2025	Responsável: Dherlen Lemos da Silva Data: 05/12/2025

APROVAÇÃO			
CARGO	NOME	DATA	ASSINATURA
Superintendência	Francisco Nilson Maciel Mendonça Filho	05/12/2025	
Direção Técnica - DITEC	Jefferson Oliveira e Silva	05/12/2025	
Direção de Enfermagem - DIRENF	Geisy Lanne Muniz Luna	05/12/2025	
Direção de Gestão de Pessoas - DIGEP	Glauciran Alves Teles Cavalcante	05/12/2025	
Direção de Educação Permanente - DIEP	Yury Tavares de Lima	05/12/2025	
Direção Administrativo- Financeira	Kelson Thales Cruzeiro Prates	05/12/2025	

HEMORRAGIA DE OROFARINGE

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo de documento:	Protocolo	PTC.SAMU-SUP.011 Página: 1	
Origem do documento:	Serviço de atendimento móvel de urgência	Classificação: público	Emissão: 17/11/2025
Título do documento:	Regulação médica de urgência - hemorragia de orofaringe	Versão: 1	Próxima revisão: Validação: 05/12/2027
		Validação: 05/12/2025	

TERMINOLOGIA POPULAR

- Sangramento pelo nariz;
- Cuspindo sangue;
- Vomitando sangue;
- Vazando sangue pelo nariz;
- Botando sangue pela boca;

DEFINIÇÃO

A hemorragia orofaríngea é o sangramento que ocorre na região da orofaringe, área altamente vascularizada situada entre o palato mole e a epiglote. Caracteriza-se pela presença de sangue na boca e pode evoluir rapidamente, representando risco de obstrução das vias aéreas e comprometimento hemodinâmico.

PERGUNTAS NORTEADORAS

- É possível visualizar sangramento no paciente? É possível mensurá-lo em pequena ou grande quantidade?
- Esse sangramento é ativo? Está ocorrendo agora?

- O paciente está consciente? Perdeu a consciência em algum momento?
- O paciente está respirando? Está tendo dificuldade para respirar? Faz algum barulho quando respira?
- Consegue falar? Dificuldade de falar frases completas? Fala entrecortada?
- Ocorreu algum trauma na face, cabeça e pescoço?
- História de procedimentos odontológicos ou cirúrgicos?
- Alguma comorbidade: tumores de cabeça e pescoço, esôfago, pulmão e estômago?
- Etilismo? Coagulopatias? Hepatopatias?
- O paciente faz uso de algum anticoagulante ou antiagregante plaquetário?

CRITÉRIOS DE GRAVIDADE

- Sinais de sangramento ativo;
- Sinais de obstrução de vias aéreas;
- Instabilidade hemodinâmica;
- Sinais de Insuficiência Respiratória Aguda;
- Alteração no nível de consciência (confusão, torpor ou coma);
- Coagulopatia ou uso de anticoagulantes e antiagregantes plaquetários.

DECISÃO TÉCNICA

CONSIDERAR USA SE:

- Critérios de gravidade;
- Necessidade de drogas vasoativas;
- Rápida deterioração clínica;
- Grande volume de sangramento.

CONSIDERAR USB SE:

- Paciente estável, sem sinais de choque, sem dispneia, nível de consciência preservado;
- Sem evidências de sangramento ativo no momento.

CONSIDERAR MOTOLÂNCIA SE:

- Paciente sintomático em área de difícil acesso ou tráfego intenso;
- Situação crítica e tempo-dependente.

CONSIDERAR AÉREO SE:

- Local de difícil acesso e tempo-resposta via terrestre elevado;
- Quadro clínico grave com necessidade de transporte rápido;
- Transferência secundária com tempo resposta dependente.

ORIENTAÇÕES AO SOLICITANTE

- Não ofertar líquidos, alimentos ou medicações;
- Considerar compressão digital das narinas por 10 a 15 minutos com a cabeça inclinada para frente;
- Manter paciente em decúbito lateral, se sangramento persistente, ou sentado, se queixas respiratórias e estabilidade hemodinâmica.

ORIENTAÇÕES PARA A EQUIPE DA INTERVENÇÃO

- Verificar sinais de obstrução de via aérea e definir necessidade de via aérea definitiva, evitar dispositivos supraglóticos;
- Verificar sinais de esforço respiratório e definir suporte adequado;
- Avaliar perfusão periférica, estado de choque, se indicado iniciar reposição volêmica com cristaloides na dose de 20 ml/Kg, administrando em alíquotas, particularizando para cada paciente mediante resposta, sem retardar início de vasopressores;
- Considere infusão de ácido tranexâmico EV;
- Em casos sugestivos de hemoptise considere nebulização com 500 mg de ácido tranexâmico diluído em 5 mL de água destilada, se possível;
- Em casos sugestivos de epistaxe:
 - Considere tampão anterior com gazes;
 - Considere tampão antero-posterior com sonda de Foley nº 16 ou 18, lubrificada com lidocaína gel, em caso de sangramento posterior ou falha do tampão anterior.
- Considerar Protocolo de Transfusão Maciça como medida de estabilização, quando indicado e se disponível;
- Realizar a identificação do paciente por meio da pulseira, conforme o Protocolo Institucional de Identificação.

NOTAS IMPORTANTES

- Identificar rapidamente a presença de sangramentos exsanguinantes sem retardar tratamento do choque;
- O tempo resposta é essencial no atendimento ao paciente com rebaixamento do nível de consciência, IRPA e sangramento ativo;
- As equipes devem manter comunicação rápida e efetiva para auxiliar no atendimento atualizando a central sobre deterioração clínica e mudança no suporte necessário em cada caso;

DECISÃO TÉCNICA

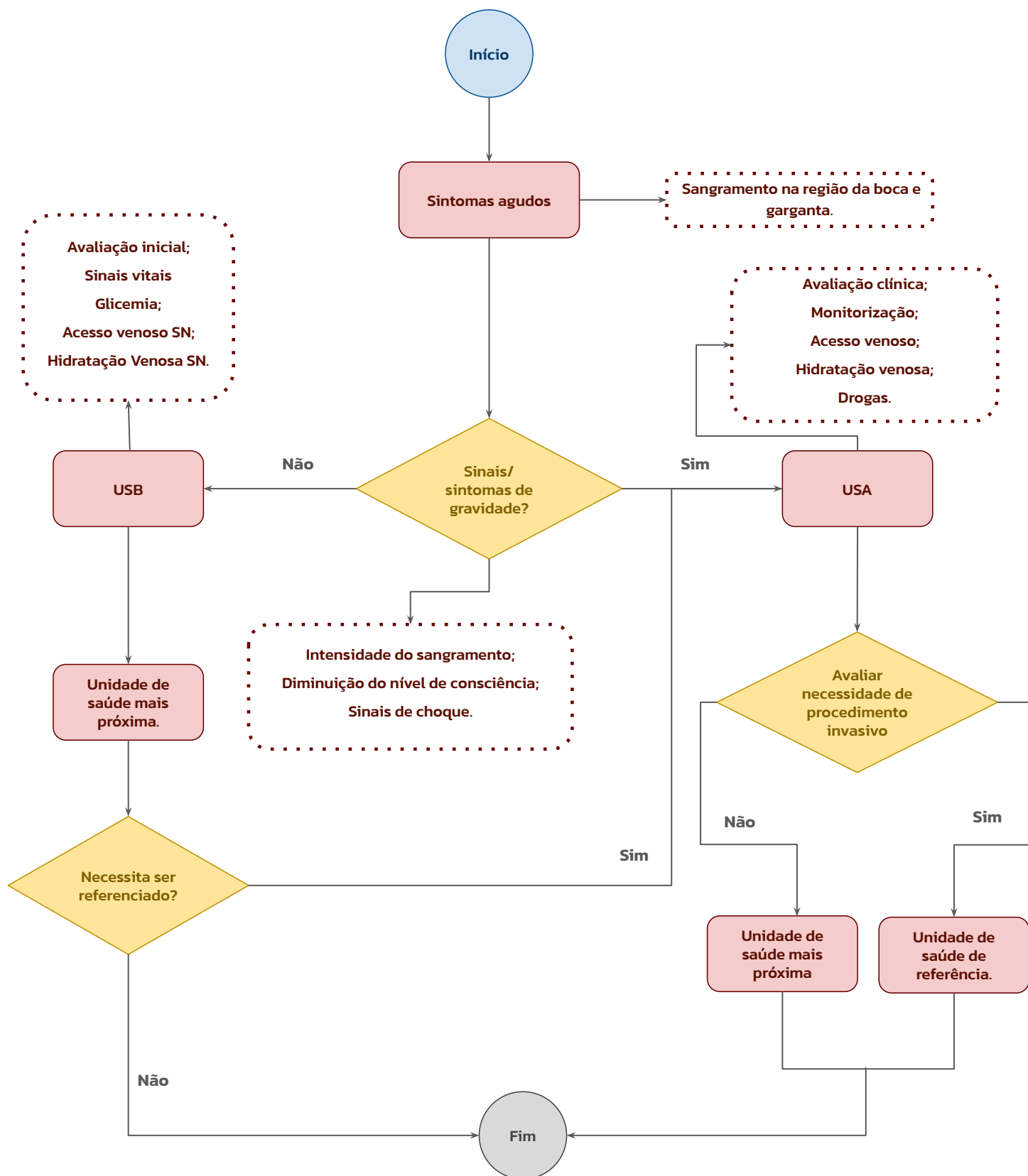
CONSIDERAR USA SE:

- Critérios de gravidade;
- Necessidade de drogas vasoativas;
- Rápida deterioração clínica;
- Grande volume de sangramento.

CONSIDERAR USB SE:

- Paciente estável, sem sinais de choque, sem dispneia, nível de consciência preservado;
- Sem evidências de sangramento ativo no momento.

FLUXOGRAMA



REFERÊNCIAS

CHOI, J. E.; PARK, H. S.; LEE, J. H. Management of postoperative oropharyngeal hemorrhage: clinical considerations. **Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, v. 79, n. 2, p. 435–442, 2021.

MAIA, I. W. A.; BENINCÁ, V. M.; SCHUBERT, D. U. C.; CUNHA, V. P. D.; LUNARDI, M. C.; GUIMARÃES, H. P. **Tratado de medicina de emergência ABRAMEDE**. 1. ed. Barueri: Manole, 2024. 1746 p.

MOORE, Keith L.; DALLEY, Arthur F.; AGUR, Anne M. R. **Anatomia orientada para a clínica**. 7. ed. Rio de Janeiro: Koogan, 2014.

MULCAHY, Collin F. et al. Oropharyngeal hemorrhage in patients with COVID-19: a multi-institutional case series. **American Journal of Otolaryngology**, [s. l.], v. 41, n. 5, p. 102691, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.amjoto.2020.102691>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0196070920303859?via%3Dihub>. Acesso em: 04 set. 2025.

NETTER, F. H. **Anatomia Clínica**. 4. ed. Rio de Janeiro: GEN Guanabara Koogan, 2019. E-book. 518P. Disponível em: <https://app.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788535292084/>. Acesso em: 08 set. 2025.

PADERNO, A. et al. Instance segmentation of upper aerodigestive tract cancer: sitespecific outcomes. **Acta Otorhinolaryngol Ital.**, v. 43, n. 4, p. 283–290, 2023. doi: 10.14639/0392-100X-N2336. PMID: 37488992; PMCID: PMC10366566.

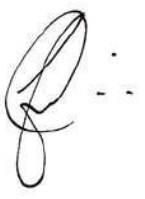
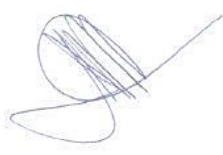
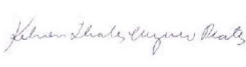
RAJDEV, K.; KHAULI, S.; EL-KERSH, K. Upper gastrointestinal blood cast due to massive oropharyngeal bleeding. **BMJ Case Reports CP**, v. 15, n. 9, p. e251499, 2022. Disponível em: <https://casereports.bmj.com/content/bmjcr/15/9/e251499.full.pdf>. Acesso em: 14 set. 2025.

RIZZO, D. et al. A Stem cell markers in oral and oropharyngeal squamous cell carcinomas in relation to the site of origin and HPV infection: clinical implications. **Acta Otorhinolaryngol Ital.** v. 40, n. 2, p. 90–98, 2020. doi: 10.14639/0392-100X- 2419. PMID: 32469002; PMCID: PMC7256905.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde; Superintendência de Urgência e Emergência. **Protocolo catarinense de acolhimento com classificação de risco.** 2. ed. atual. Florianópolis: SES/SC, 2025.

SELF, E. M.; BUMPOUS, J.; ZIEGLER, C.; WILSON, L.; POTTS, K. Risk factors for hemorrhage after chemoradiation for oropharyngeal squamous cell carcinoma. **JAMA Otolaryngology – Head & Neck Surgery**, v. 139, n. 4, p. 356–361, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1001/jamaoto.2013.103>. Acesso em: 19 set. 2025.

ELABORAÇÃO			
Responsável (s): Daniele Maia Almeida Amanda Maria Braga Vasconcelos Emanuella macedo Silva Francisco Mauro Guimarães Costa Filho Germana Soares Bezerra João Marcos Nunes Gadelha Neiva Maria Martins Timbó Samer Heluany Khoury		Data: 04/11/2025	
ANÁLISE		VALIDAÇÃO - GQSP	
Responsável (s): Cynthia Maria Madeira Colares Denise Montenegro Da Silva Márcio Flávio Araújo Guanabara Jr. Igor Cordeiro Mendes Larissa Lima Vieira Nathalia Farias Vasconcelos Thais Passos Costa Thais Saraiva Leão Cunha Victor Hugo De Almeida Oliveira Victor Rocha Cabral Lacerda		Data: 04/11/2025	Responsável: Dherlen Lemos da Silva Data: 05/12/2025

APROVAÇÃO			
CARGO	NOME	DATA	ASSINATURA
Superintendência	Francisco Nilson Maciel Mendonça Filho	05/12/2025	
Direção Técnica - DITEC	Jefferson Oliveira e Silva	05/12/2025	
Direção de Enfermagem - DIRENF	Geisy Lanne Muniz Luna	05/12/2025	
Direção de Gestão de Pessoas - DIGEP	Glauciran Alves Teles Cavalcante	05/12/2025	
Direção de Educação Permanente - DIEP	Yury Tavares de Lima	05/12/2025	
Direção Administrativo- Financeira	Kelson Thales Cruzeiro Prates	05/12/2025	

HIPERGLICEMIA

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo de documento:	Protocolo	PTC.SAMU-SUP.007 Página: 1	
Origem do documento:	Serviço de atendimento móvel de urgência	Classificação: público	Emissão: 25/11/2025
Título do documento:	Regulação médica de urgência - hiperglicemia	Versão: 1	Próxima revisão: Validação: 05/12/2027
		Validação: 05/12/2025	

TERMINOLOGIA POPULAR

- Diabetes;
- Açúcar no sangue;
- Açúcar alto;
- Glicose alta;
- Diabetes alta.

DEFINIÇÃO

Distúrbio glicêmico pode ser definido como hipoglicemia ou hiperglicemia, sendo caracterizado pelas concentrações plasmáticas de glicose baixa (<70mg/dL) ou alta (200mg/dL), respectivamente, afetando a população independente da condição de saúde, porém sendo mais frequente naqueles que possuem comorbidades, principalmente o Diabetes Mellitus (DM) (ABRAMEDE, 2024).

PERGUNTAS NORTEADORAS

- Apresenta dificuldade para respirar?
- Está pálido ou sudoreico?
- Está consciente ou inconsciente, desorientado?
- Foi aferida a glicemia?

- Usa alguma medicação? Faz uso de insulina?
- Teve desmaio?
- Teve algum trauma na cabeça?
- Apresentou convulsão?
- Apresentou febre?
- Está urinando?
- Está com dor abdominal, náusea e/ou vômitos?
- Ingeriu álcool ou outras drogas? É etilista?
- Está em tratamento de alguma doença ou caso de internação recente?

CRITÉRIOS DE GRAVIDADE

- Sinais de desidratação severa;
- Rebaixamento do nível de consciência;
- Respiração de Kussmaul;
- Dor abdominal intensa, vômitos persistentes;
- Paciente não reativo, hipotenso ou com sinais de choque;
- Glicemia capilar > 400mg/dL* (variável conforme referências).

DECISÃO TÉCNICA

CONSIDERAR USA SE:

- Alteração do nível de consciência;
- Instabilidade hemodinâmica;
- Suspeita de cetoacidose diabética ou estado hiperosmolar hiperglicêmico;
- Suspeita de condição grave responsável pela descompensação, com necessidade de suporte avançado.

CONSIDERAR USB SE:

- Sem critérios de gravidade;

CONSIDERAR MOTOLÂNCIA SE:

- Possível instabilidade clínica;
- Paciente sintomático em área de difícil acesso ou tráfego intenso;
- Situação crítica e tempo-dependente.

ORIENTAÇÕES AO SOLICITANTE

- Não oferecer nenhum alimento ou medicação por via oral se houver rebaixamento da consciência ou vômitos intensos;
- Observar o nível de consciência e em caso de alteração, retornar a ligação para a CRU;
- Em caso de remoção por meios próprios, informar a CRU.

ORIENTAÇÕES PARA A EQUIPE DA INTERVENÇÃO

- Verificar a glicemia capilar ao acessar o paciente;
- Realizar acesso venoso e iniciar expansão volêmica, preferencialmente com Ringer Lactato;
- Se disponível, realizar Eletrocardiograma no paciente para rastrear isquemia coronariana e também presença de complicações de hipercalcemia e outros distúrbios hidroeletrólíticos;
- Se disponível realizar gasometria arterial com o intuito de avaliar diagnóstico diferencial;
- Registrar medicações usadas pelo paciente:
 - Hipoglicemiantes orais, insulinas e horário da última dose.
- Realizar a identificação do paciente por meio da pulseira, conforme o Protocolo Institucional de Identificação.

CONSIDERAR COMO POSSÍVEIS DESTINOS

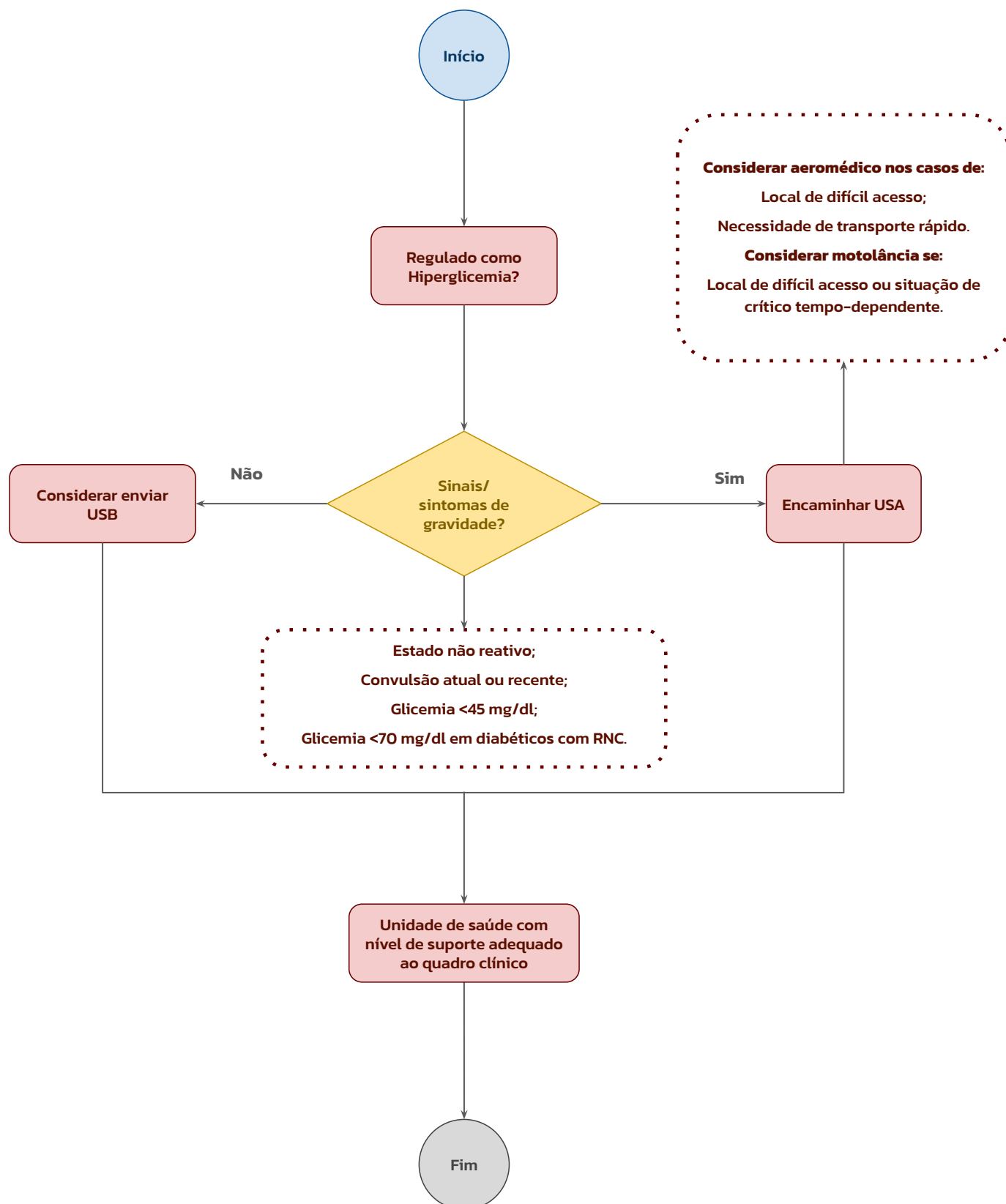
- Unidade de Pronto Atendimento, Hospital Municipal ou Unidade Mista (Baixa Complexidade): Encaminhar pacientes com hiperglicemia já com tratamento iniciado, sem necessidade de investigação especializada de urgência. Indicado quando a observação e o manejo inicial podem ser realizados com segurança na unidade.

- **Referência Regional ou Hospital Secundário (Média Complexidade):** Encaminhar pacientes com recorrência, instabilidade clínica ou alteração persistente do nível de consciência, que demandem investigação adicional ou monitorização contínua além da capacidade da baixa complexidade;
- **Hospital Terciário de Referência (Alta Complexidade):** Encaminhar pacientes com hiperglicemia grave, refratária ou associada a condições críticas, como intoxicações graves, falência orgânica, sepse ou suspeita de causas endócrinas de alta complexidade. Indicado quando há necessidade de suporte avançado e terapêuticas específicas e urgentes.

NOTAS IMPORTANTES

- Não realizar administração de insulina, se não tiver dosagem de potássio do paciente;
- Nem sempre uma hiperglicemia é o distúrbio primário. Situações de estresse fisiológico como síndrome coronariana aguda e infecção podem ser as causadoras da dosagem alta de glicemia. Nestes casos, o tratamento deve ser focado na causa base.

FLUXOGRAMA



REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE MEDICINA DIAGNÓSTICA. **Relatório anual de atividades**. [S. l.], 2024. Disponível em: <https://abramed.org.br/publicacoes/painelabramed/relatorio-de-atividades-abramed-2024/>. Acesso em: 25 ago. 2025.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION PROFESSIONAL PRACTICE COMMITTEE. 9. Pharmacologic approaches to glycemic treatment: standards of care in diabetes-2024. **Diabetes Care**, v. 47, supl. 1, p. S158-S178, jan. 2024. DOI: <https://doi.org/10.2337/dc24-S009>.

BRANDÃO NETO, R. A. **Medicina de emergência**: abordagem prática. Seção X – Emergências metabólicas – Hipoglicemia. 18. ed. Barueri, SP: Manole, 2024.

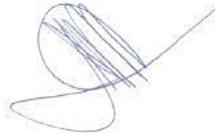
BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Cadernos de Atenção Básica, n. 36. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_diabetes_mellitus_cab36.pdf. Acesso em: 25 ago. 2025.

COSTA, C. G.; LUZ, C. R. A. N. Avaliação de indivíduos diabéticos quanto ao cuidado e ao estágio de mudança de comportamento segundo o modelo transteórico, na atenção primária à saúde do Distrito Federal. **Brasília Médica**, v. 59, p. 1-12, 2022.

FORTALEZA. Núcleo de Educação Permanente SAMU. **Normas de conduta técnica e gestora para profissionais do SAMU 192 – Regional Fortaleza**. v. 2. Protocolos de regulação de urgência. Fortaleza, 2023. Disponível em: <https://www.samu.fortaleza.ce.gov.br/index.php/auxilio-a-regulacao-medica/15-rotinas/protocolos-de-regulacao-medica-samufor/429-rc10>. Acesso em: 25 ago. 2025.

MOURI, M.; BADIREDDY, M. Hiperglicemia. **StatPearls**. 2023. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430900/>. Acesso em: 25 ago. 2025.

ELABORAÇÃO			
Responsável (s): Edson Juvenal da silva neto Felipe morais Glayrton Bizerra da Costa Jean Carlos Facundo Ferreira Judikael Sargento Magalhães Kelvio da Silva Lins Quitéria Eveline Martins Timbó Mirena Maria de Noronha Viana Rosiane Lopes Trigueiro		Data: 04/11/2025	
ANÁLISE		VALIDAÇÃO - GQSP	
Responsável (s): Ana Caroline Lima Vasconcelos Francisco Fabio Pacheco Barbosa Gabriel Dos Santos Dias Soares Italo Rigoberto C. Andrade Jayranne Mara Santana Larissa Lima Vieira Márcio Flávio Araújo Guanabara Jr. Olivia Andrea Alencar Costa Bessa Thais Passos Costa Weverson De Abreu Lima	Data: 04/11/2025	Responsável: Dherlen Lemos da Silva	Data: 05/12/2025

APROVAÇÃO			
CARGO	NOME	DATA	ASSINATURA
Superintendência	Francisco Nilson Maciel Mendonça Filho	05/12/2025	
Direção Técnica - DITEC	Jefferson Oliveira e Silva	05/12/2025	
Direção de Enfermagem - DIRENF	Geisy Lanne Muniz Luna	05/12/2025	
Direção de Gestão de Pessoas - DIGEP	Glauciran Alves Teles Cavalcante	05/12/2025	
Direção de Educação Permanente - DIEP	Yury Tavares de Lima	05/12/2025	
Direção Administrativo- Financeira	Kelson Thales Cruzeiro Prates	05/12/2025	

HIPOGLICEMIA

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo de documento:	Protocolo	PTC.SAMU-SUP.003 Página: 1	
Origem do documento:	Serviço de atendimento móvel de urgência	Classificação: público	Emissão: 01/12/2025
Título do documento:	Regulação médica de urgência - hipoglicemia	Versão: 1	Próxima revisão: Validação: 05/12/2027
		Validação: 05/12/2025	

TERMINOLOGIA POPULAR

- Diabetes;
- Açúcar baixo no sangue;
- Glicose baixa;
- Diabetes baixa;
- Desmaio de diabético;

DEFINIÇÃO

Diminuição do nível glicêmico para valores inferiores a 45mg/dL e, em pacientes diabéticos diagnosticados considerar valores inferiores a 70 mg/dL. Pode cursar com sinais neuroglicopênicos e adrenérgicos, sendo potencialmente grave e necessitando de atendimento rápido e eficaz.

PERGUNTAS NORTEADORAS

- Apresenta dificuldade para respirar?
- Está pálido ou sudoreico?
- Está consciente ou inconsciente, desorientado ?
- Foi aferida a glicemia?

- Usa alguma medicação? Faz uso de insulina? Qual dose?
- Teve desmaio?
- Apresentou convulsão?
- Ingeriu álcool? É etilista?
- Faz uso de drogas?

CRITÉRIOS DE GRAVIDADE

- Rebaixamento do nível de consciência;
- Dificuldade respiratória;
- Sinais de choque (má perfusão, tempo de enchimento capilar lentificado, extremidades frias);
- Convulsão atual ou recente.

DECISÃO TÉCNICA

CONSIDERAR USA SE:

- Presença de critérios de gravidade.

CONSIDERAR USB SE:

- Sem critérios de gravidade;
- Hipoglicemia com reversão dos sintomas após oferta de glicose, se possível e disponível.

CONSIDERAR MOTOLÂNCIA SE:

- Possível instabilidade clínica;
- Paciente sintomático em área de difícil acesso ou tráfego intenso;
- Situação crítica e tempo-dependente.

CONSIDERAR AÉREO SE:

- Local de difícil acesso e tempo-resposta elevado;
- Quadro clínico grave com necessidade de transporte rápido;
- Transferência secundária com tempo resposta dependente.

ORIENTAÇÕES AO SOLICITANTE

- Não oferecer nada por via oral se o paciente estiver inconsciente ou com rebaixamento de consciência;
- Se acordado e orientado, ofertar carboidratos de absorção rápida;

ORIENTAÇÕES PARA A EQUIPE DA INTERVENÇÃO

- Hipoglicemia confirmada ou fortemente suspeita em paciente inconsciente ou incapaz de deglutir: Infundir 20 g de glicose endovenosa (até 60-100 mL de glicose a 50%);
- Hipoglicemia com sintomas leves e consciência preservada: Orientar oferta via oral de glicose (alimentos com carboidratos de rápida absorção);
- Investigar uso de drogas que podem causar hipoglicemia;
- Investigar a necessidade de avaliação complementar para diagnósticos diferenciais e de causa base para o distúrbio, como infecções;
- Realizar a identificação do paciente por meio da pulseira, conforme o Protocolo Institucional de Identificação.

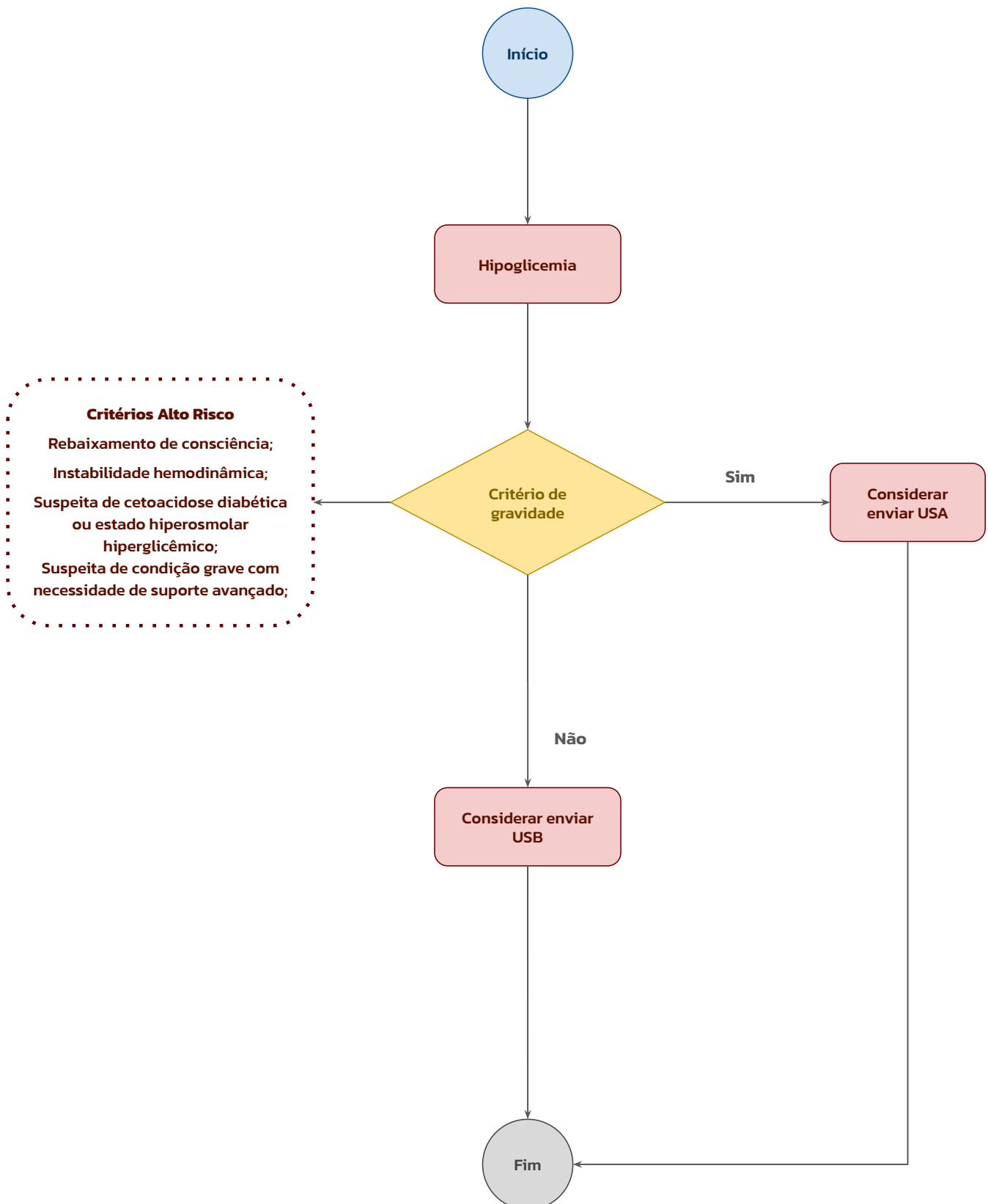
CONSIDERAR COMO POSSÍVEIS DESTINOS

- Unidade de Pronto Atendimento, Hospital Municipal ou Unidade Mista (Baixa Complexidade): Encaminhar pacientes com hipoglicemia revertida ou em tratamento e estáveis, sem sinais de gravidade ou suspeita de causa que exija investigação especializada de urgência. Indicado quando a observação e o manejo inicial podem ser realizados com segurança na unidade;
- Referência Regional ou Hospital Secundário (Média Complexidade): Encaminhar pacientes com recorrência, instabilidade clínica ou alteração persistente do nível de consciência, que demandem investigação adicional ou monitorização contínua além da capacidade da baixa complexidade;
- Hospital Terciário de Referência (Alta Complexidade): Encaminhar pacientes com hipoglicemia grave, refratária ou associada a condições críticas, como intoxicações graves, falência orgânica, sepse ou suspeita de causas endócrinas de alta complexidade. Indicado quando há necessidade de suporte avançado e terapêuticas específicas e somente disponíveis em unidades de alta complexidade.

NOTAS IMPORTANTES

- Pacientes hipoglicêmicos que fazem uso de Betabloqueadores, idosos ou diabéticos de longa data podem não apresentar sintomas adrenérgicos como: palpitação, tremor, sudorese, parestesias, fome, taquicardia, ansiedade; e sim apresentar sintomas neuroglicopênicos como cefaleia, sonolência, tonturas, ataxia, astenia, dificuldade de concentração, lentificação, confusão mental, irritabilidade, distúrbios do comportamento, déficits neurológicos focais, convulsões e coma;
- Atentar para: alteração da Escala de coma de Glasgow nas últimas 12 horas em relação ao estado prévio, convulsões, hipoglicemia, hipotermia, paciente não reativo, paciente com sinais de desidratação (língua seca, olhos fundos, turgor pastoso e, em bebês pequenos, fontanela baixa), vômitos persistentes;
- Hipoglicemia sem causas aparentes, ou se permanecer sintomático após euglicêmico, remover para unidade hospitalar.

FLUXOGRAMA



REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE MEDICINA DIAGNÓSTICA. **Relatório Anual de Atividades**. 2024. Disponível em: <https://abramed.org.br/publicacoes/painelabramed/relatorio-de-atividades-abramed-2024/>. Acesso em: 25 ago. 2025.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION PROFESSIONAL PRACTICE COMMITTEE. Pharmacologic approaches to glycemic treatment: Standards of Care in Diabetes –2024. **Diabetes Care**, v. 47, supl. 1, p. S158–S178, 2024. DOI: 10.2337/dc24-S009.

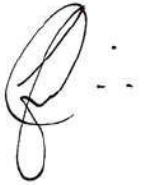
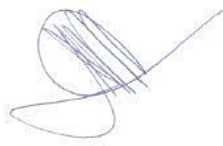
BRANDÃO NETO, R. A. **Medicina de emergência**: abordagem prática. Seção X – Emergências metabólicas – Hipoglicemia. 18. ed. Barueri: Manole, 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_diabetes_mellitus_cab36.pdf. Acesso em: 25 ago. 2025.

COSTA, C. G.; LUZ, C. R. A. N. Avaliação de indivíduos diabéticos quanto ao cuidado e ao estágio de mudança de comportamento segundo o modelo transteórico, na atenção primária à saúde do Distrito Federal. **Brasília Médica**, v. 59, p. 1–12, 2022.

FORTALEZA. Núcleo de Educação Permanente SAMU. **Normas de Conduta Técnica e Gestora para Profissionais do SAMU 192 – Regional Fortaleza**. v. 2: Protocolos de Regulação de Urgência, 2023. Disponível em: <https://www.samu.fortaleza.ce.gov.br/index.php/auxilio-a-regulacao-medica/15-rotinas/protocolos-de-regulacao-medica-samufor/429-rc10>. Acesso em: 25 ago. 2025.

ELABORAÇÃO			
Responsável (s): Edson Juvenal da silva neto Felipe morais Judikael Sargento Magalhães Glayrton Bizerra da Costa Jean Carlos Facundo Ferreira Kelvio da Silva Lins Quiteria Eveline Martina Timbó Mirena Maria de Noronha Viana Rosiane Lopes Trigueiro		Data: 04/11/2025	
ANÁLISE		VALIDAÇÃO - GQSP	
Responsável (s): Ana Caroline Lima Vasconcelos Francisco Fabio Pacheco Barbosa Gabriel Dos Santos Dias Soares Italo Rigoberto C. Andrade Jayranne Mara Santana Larissa Lima Vieira Márcio Flávio Araújo Guanabara Jr. Olivia Andrea Alencar Costa Bessa Thais Passos Costa Weverson De Abreu Lima	Data: 04/11/2025	Responsável: Dherlen Lemos da Silva	Data: 05/12/2025

APROVAÇÃO			
CARGO	NOME	DATA	ASSINATURA
Superintendência	Francisco Nilson Maciel Mendonça Filho	05/12/2025	
Direção Técnica - DITEC	Jefferson Oliveira e Silva	05/12/2025	
Direção de Enfermagem - DIRENF	Geisy Lanne Muniz Luna	05/12/2025	
Direção de Gestão de Pessoas - DIGEP	Glauciran Alves Teles Cavalcante	05/12/2025	
Direção de Educação Permanente - DIEP	Yury Tavares de Lima	05/12/2025	
Direção Administrativo- Financeira	Kelson Thales Cruzeiro Prates	05/12/2025	

OBSTRUÇÃO DE VIA AÉREA POR CORPO ESTRANHO (OVACE)

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo de documento:	Protocolo	PTC.SAMU-SUP.008 Página: 1	
Origem do documento:	Serviço de atendimento móvel de urgência	Classificação: público	Emissão: 25/11/2025
Título do documento:	Regulação médica de urgência - obstrução de via aérea por corpo estranho (Ovace)	Versão: 1	Próxima revisão: Validação: 05/12/2027
		Validação: 05/12/2025	

TERMINOLOGIA POPULAR

- Engasgo;
- Entalado;
- "Tá sufocando";
- "Tá sem ar";
- "Travou a respiração";
- "Tá morrendo engasgado".

DEFINIÇÃO

Caracterizada pelo bloqueio parcial ou total da passagem de ar devido à presença de um objeto nas vias aéreas superiores ou inferiores. Essa condição impede a ventilação adequada e pode evoluir rapidamente para hipóxia grave, parada cardiorrespiratória e morte, exigindo reconhecimento imediato e manobras rápidas de desobstrução.

PERGUNTAS NORTEADORAS

- A vítima está consciente?
- Ela consegue falar ou tossir?
- Está consciente ou inconsciente, desorientado?
- Ela está respirando?

- Está fazendo algum som ou barulho ao tentar respirar?
- Está levando as mãos ao pescoço (sinal universal de engasgo)?
- Qual a idade aproximada da vítima? Qual a estatura e porte físico? Tem abdome globoso? É gestante? (Fundamental para orientar a manobra correta)
- Quanto tempo faz que ela começou a engasgar?
- O que estava comendo ou bebendo no momento do engasgo?

CRITÉRIOS DE GRAVIDADE

OVANCE PARCIAL

- Pessoa consciente;
- Consegue tossir com força;
- Consegue falar ou emitir sons;
- Consegue respirar.

OVANCE TOTAL

- Tosses fracas ou ineficazes;
- Dificuldade acentuada para falar;
- Respiração ruidosa ou com chiado;
- Agitação;
- Cianose;
- Ansiedade/ torpor ou coma.

DECISÃO TÉCNICA

CONSIDERAR USA SE:

- Incapaz ou com dificuldade de tossir, falar ou respirar, cianose, inconsciência ou risco iminente;
- OVACE com parada cardiorrespiratória.

CONSIDERAR USB SE:

- OVACE Parcial (Leve);
- OVACE revertida em paciente vulnerável com ou sem recuperação total de funções.

CONSIDERAR MOTOLÂNCIA SE:

- Situação crítica e tempo-dependente;
- Casos em locais de difícil acesso.

CONSIDERAR AÉREO SE:

- Situação crítica e tempo-dependente;
- OVACE grave em local remoto.

ORIENTAÇÕES AO SOLICITANTE

- Sempre manter uma linguagem simples, calma e confiante;
- Orientar manobras de desobstrução, se OVACE grave. 5 golpes dorsais entre as escápulas com a palma da mão, alternados com 5 compressões abdominais (ou torácicas se obeso ou gestante), até que a vítima desengasgue ou, se ocorrer perda da consciência, orientar iniciar as compressões torácicas (fluxograma de RCP);
- Orientar o solicitante a acalmar o paciente e estimular a tosse, se OVACE leve;
- Confirmar continuamente se o solicitante está seguindo as orientações ("repita o que está fazendo");
- Não tentar remover objetos da boca ou garganta da vítima, que não sejam visíveis externamente;
- Não oferecer alimentos ou líquidos assim como não colocar objetos na via oral do paciente, pois os mesmos podem empurrar o objeto em via aérea assim como piorar o engasgo.

ORIENTAÇÕES PARA A EQUIPE DA INTERVENÇÃO

- Em caso de PCR, iniciar SBV e pedir ajuda da USA.

EQUIPE USA:

- Para a OVACE Grave, recomenda-se o uso da pinça de Magill em casos de OVACE com corpo estranho visível em pacientes inconscientes;
- A retirada do objeto deve ser feita apenas se for visualizado, para evitar o deslocamento mais distal do corpo estranho para a via aérea;
- Uso por médicos ou enfermeiros capacitados, especialmente com suporte de laringoscópio;
- Realizar a identificação do paciente por meio da pulseira, conforme o Protocolo Institucional de Identificação.

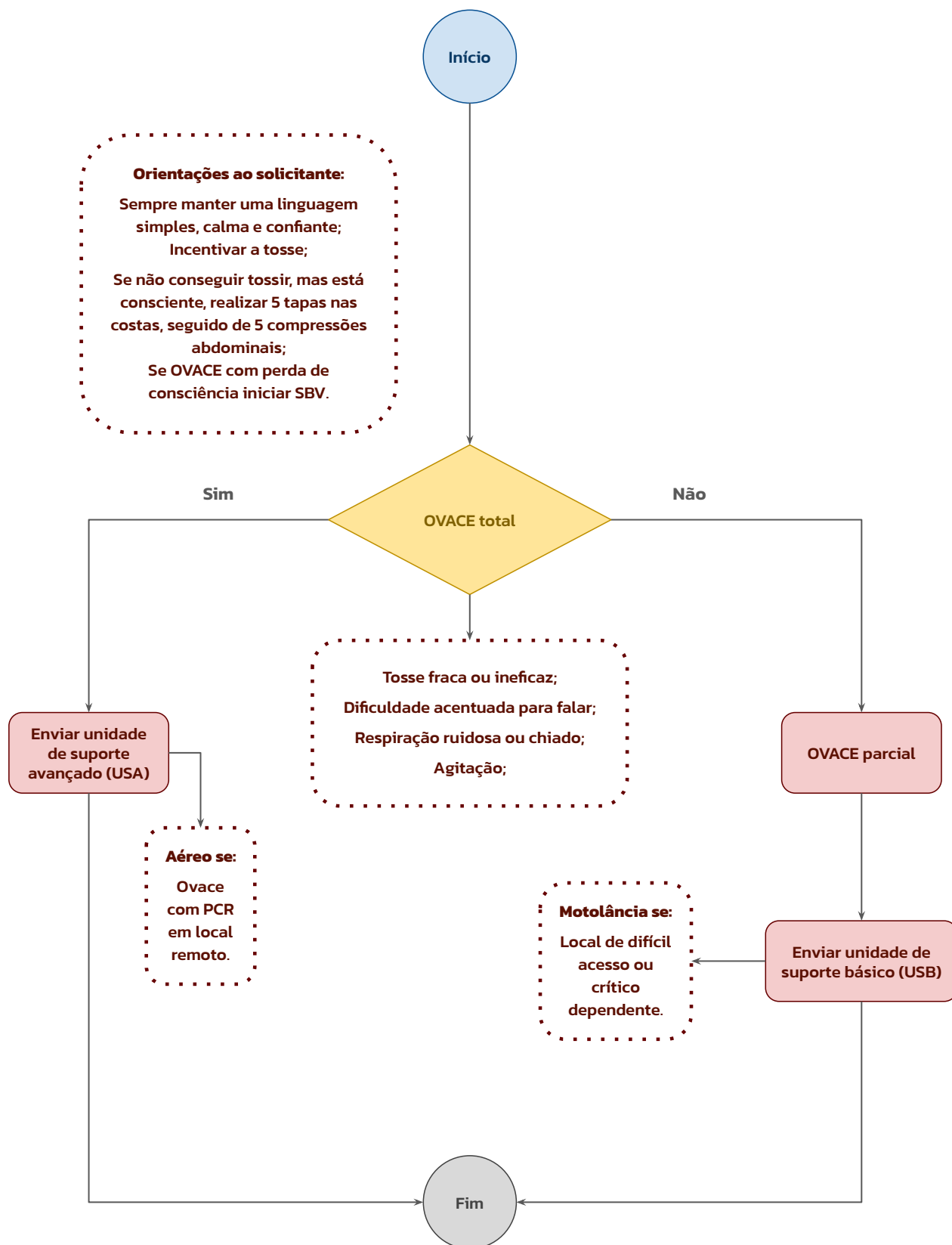
CONSIDERAR COMO POSSÍVEIS DESTINOS

- **Unidade de Pronto Atendimento, Hospital Municipal ou Unidade Mista (Baixa Complexidade):** Encaminhar pacientes pós-PCR estáveis, sem causa imediatamente estabelecida e sem suspeita de etiologia que demande intervenção de alta complexidade, considerando o suporte clínico disponível localmente. Destina-se a casos em que o manejo inicial e a observação podem ser realizados com segurança na unidade;
- **Referência Regional ou Hospital Secundário (Média Complexidade):** Encaminhar pacientes pós-PCR sem indicação clara de terapêutica de alta complexidade, mas cuja condição clínica, instabilidade ou necessidade de suporte contínuo ultrapasse a capacidade resolutiva da unidade de baixa complexidade;
- **Hospital Terciário de Referência (Alta Complexidade):** Encaminhar pacientes pós-PCR com condição emergencial cuja terapêutica específica esteja disponível apenas em unidades de alta complexidade, como: síndrome coronariana aguda com oclusão (SCA-O); acidente vascular encefálico (AVE) dentro da janela terapêutica para trombólise ou trombectomia; causas potencialmente reversíveis que exijam suporte avançado contínuo e intervenção imediata.

NOTAS IMPORTANTES

- As intervenções realizadas por espectadores em casos de OVACE estão associadas a uma maior sobrevida e melhores desfechos neurológicos;
- AHA reforça a importância da orientação das manobras de desobstrução de vias aéreas por telefone para o público leigo, como estratégia comprovada de aumento da sobrevida;
- Toda vítima que sofreu OVACE total, mesmo após resolução, deve ser encaminhada à unidade hospitalar para avaliação e exclusão de broncoaspiração;
- O uso da pinça Magill em ambiente pré-hospitalar foi associado a um melhor desfecho neurológico após paradas cardíacas decorrentes de OVACE.

FLUXOGRAMA



REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes nacionais de atendimento pré-hospitalar móvel de urgência (SAMU 192)**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [s.d.].

AMERICAN HEART ASSOCIATION. **2020 AHA guidelines for CPR and emergency cardiovascular care (ECC)**. Dallas: AHA, 2020.

EUROPEAN RESUSCITATION COUNCIL. **ERC guidelines for resuscitation**. Brussels: ERC, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.864, de 29 de agosto de 2017. Estabelece a organização, estrutura e funcionamento do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 29 ago. 2017.

INTERNATIONAL LIAISON COMMITTEE ON RESUSCITATION (ILCOR). **International consensus on cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care science with treatment recommendations (CoSTR)**. [S.l.]: ILCOR, 2020.

COUPER, K.; ABU HASSAN, A.; OHRI, V.; PATTERSON, T.; PERKINS, G. D. Removal of foreign body airway obstruction: a systematic review of interventions. **Resuscitation**, v. 151, p. 115–125, 2020.

ZHOU, C.; XU, F.; LIN, Z.; LIU, Y.; YANG, Y. Foreign body aspiration: a review of current strategies for management. **Shanghai Chest**, v. 5, p. 38, 2021.

MIHAI, P. D. et al. Foreign body aspiration in adults: clinical presentations and bronchoscopic outcomes. **Western Medical Research Conference Abstracts**, Los Angeles, p. 18–20, Jan. 2024.

STANCHEVA, R.; MARKOV, D.; RADEV, R. Foreign bodies in the lower airway in children: brief review and clinical experience. **Children**, v. 12, n. 1, p. xx–xx, 2025.

OLASVEENGEN, T. M. et al. Causes and risk factors for foreign body airway obstruction. **British Dental Journal**, v. 226, n. 2, p. 94–97, 2019.

LIMA, L. S. et al. Conhecimento dos profissionais de educação infantil sobre a obstrução de vias aéreas por corpo estranho (OVACE) em crianças: revisão integrativa. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, v. 7, n. 14, p. 1–9, 2024.

CARVALHO, F. L. S. et al. Tecnologias para educação em saúde sobre obstrução das vias aéreas por corpo estranho: revisão integrativa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 54, p. e03670, 2020.

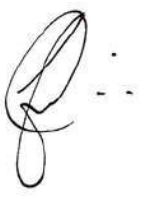
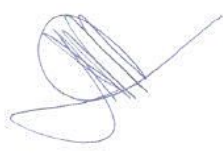
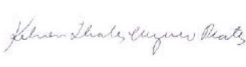
MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 758–764, 2008.

THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE (JBI). **Manual de revisões sistemáticas JBI para evidência baseada em saúde**. Adelaide: JBI, 2024.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. **Journal of Advanced Nursing**, v. 52, n. 5, p. 546–553, 2005.

SANTOS, C. M.; PIMENTA, C. A. M.; NOBRE, M. R. C. A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 15, n. 3, p. 508–511, 2007.

ELABORAÇÃO			
Responsável (s): Edson Juvenal da silva neto Felipe morais Judikael Sargento Magalhães Glayrton Bizerra da Costa Jean Carlos Facundo Ferreira Kelvio da Silva Lins Quiteria Eveline Martina Timbó Mirena Maria de Noronha Viana Rosiane Lopes Trigueiro		Data: 04/11/2025	
ANÁLISE		VALIDAÇÃO - GQSP	
Responsável (s): Ana Caroline Lima Vasconcelos Francisco Fabio Pacheco Barbosa Gabriel Dos Santos Dias Soares Italo Rigoberto C. Andrade Jayranne Mara Santana Larissa Lima Vieira Márcio Flávio Araújo Guanabara Jr. Olivia Andrea Alencar Costa Bessa Thais Passos Costa Weverson De Abreu Lima	Data: 04/11/2025	Responsável: Dherlen Lemos da Silva	Data: 05/12/2025

APROVAÇÃO			
CARGO	NOME	DATA	ASSINATURA
Superintendência	Francisco Nilson Maciel Mendonça Filho	05/12/2025	
Direção Técnica - DITEC	Jefferson Oliveira e Silva	05/12/2025	
Direção de Enfermagem - DIRENF	Geisy Lanne Muniz Luna	05/12/2025	
Direção de Gestão de Pessoas - DIGEP	Glauciran Alves Teles Cavalcante	05/12/2025	
Direção de Educação Permanente - DIEP	Yury Tavares de Lima	05/12/2025	
Direção Administrativo- Financeira	Kelson Thales Cruzeiro Prates	05/12/2025	

PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA (PCR)

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo de documento:	Protocolo	PTC.SAMU-SUP.009 Página: 1	
Origem do documento:	Serviço de atendimento móvel de urgência	Classificação: público	Emissão: 11/11/2025
Título do documento:	Regulação médica de urgência – parada cardiorrespiratória	Versão: 1	Próxima revisão: Validação: 05/12/2027
		Validação: 05/12/2025	

TERMINOLOGIA POPULAR

- Parada cardiorrespiratória (PCR);
- Parou de respirar;
- Coração parou;
- Apagou;
- Tá sem batimento;
- Desmaiou e não acordou;
- Tá gelado e sem reação;
- Tá roxo e parado;
- Não tá se mexendo nem respirando;
- Tá morto;
- Caiu duro e não responde mais.

DEFINIÇÃO

Caracteriza-se pela interrupção abrupta da função cardíaca e respiratória, necessitando de intervenção imediata para evitar óbito ou sequelas graves.

PERGUNTAS NORTEADORAS

- O ambiente é seguro para aproximar-se?
- A vítima está respirando?
- Responde ao chamado ou estímulo vigoroso?
- Houve trauma?
- Há disponibilidade de desfibrilador externo automático (DEA) no local?

CRITÉRIOS DE GRAVIDADE

- Hemorragia exsanguinante associada;
- Gravidez;
- Cardiopatias prévias;
- Trauma penetrante no tórax;
- Objeto encravado no tórax.

DECISÃO TÉCNICA

CONSIDERAR USA SE:

- Irresponsividade, ausência de pulso e/ou respiração;
- A vítima apresenta sinais de vida após manobras iniciais, mas necessita de cuidados intensivos.
- RCP iniciada;
- Paciente em gasping;
- PCR <30 MIN.

CONSIDERAR USB SE:

- Apoio as equipe da USA;
- Caso USA indisponível em menor tempo resposta.

CONSIDERAR MOTOLÂNCIA SE:

- Possível instabilidade clínica moderada/grave;
- Paciente sintomático em área de difícil acesso ou tráfego intenso.

CONSIDERAR AÉREO SE:

- Local de difícil acesso e tempo-resposta elevado;
- Quadro clínico grave com necessidade de transporte rápido;
- Transferência secundária com tempo resposta dependente.

ORIENTAÇÕES AO SOLICITANTE

- Mantenha a calma e forneça informações claras à central de atendimento;
- Informe o local exato do incidente e condições da vítima;
- Iniciar compressões torácicas, se possível;
- Siga as orientações recebidas até a chegada da equipe especializada;
- Instale o DEA, se disponível.

ORIENTAÇÕES PARA A EQUIPE DA INTERVENÇÃO

- Manejar a PCR conforme a cadeia de sobrevivência da American Heart Association (2025);
- Pesquisar e tratar causas reversíveis de PCR (5H e 5T), na presença do Suporte Avançado de Vida;
- Realizar cuidados pós-PCR, se obtiver retorno da circulação espontânea (RCE).
- Realizar contato com a Central de regulação de Urgências, logo que possível, informando quadro clínico para definição do encaminhamento e/ou unidade de saúde de destino;
- Iniciar o transporte seguro;
- Realizar a identificação do paciente por meio da pulseira, conforme o Protocolo Institucional de Identificação.

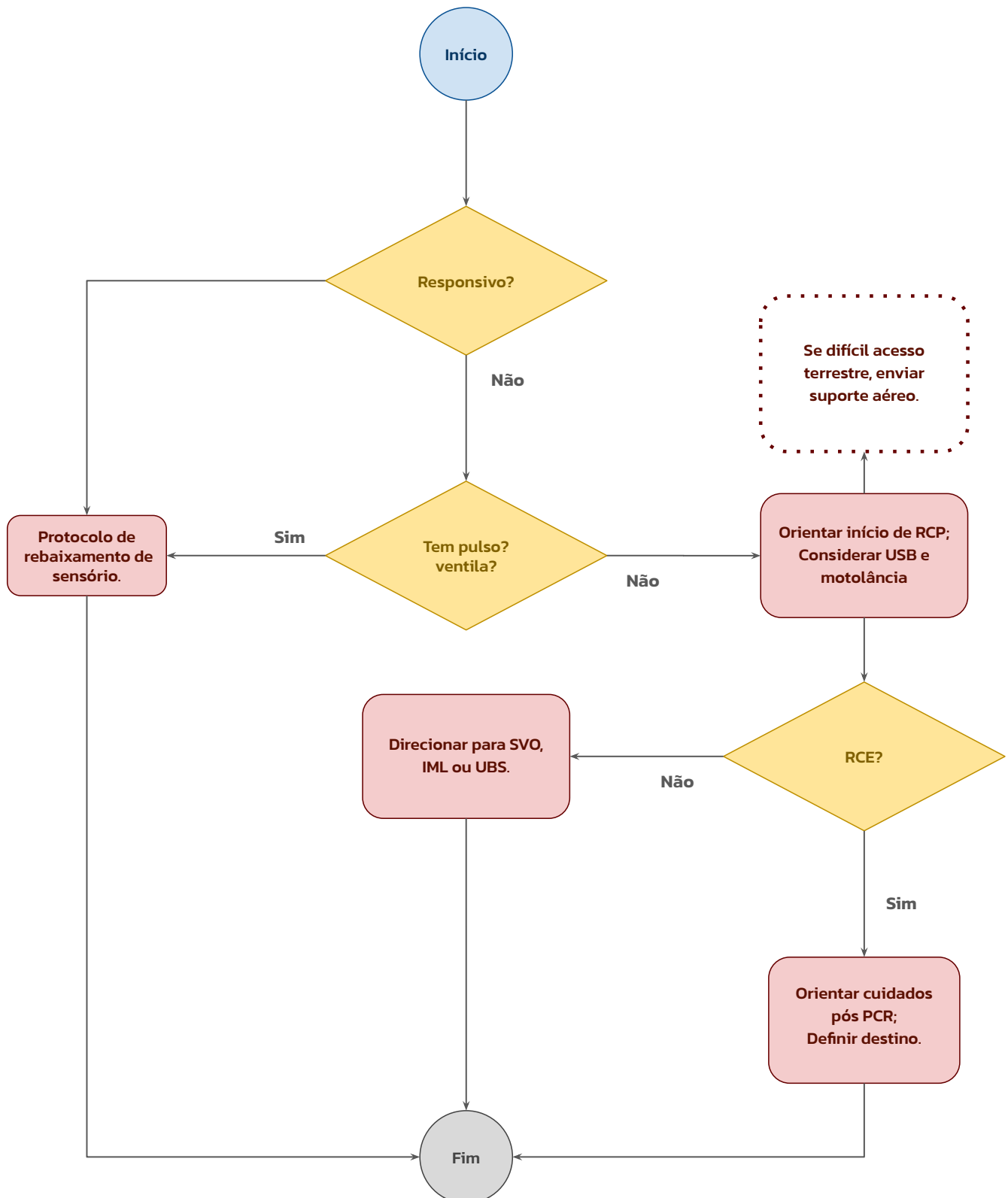
CONSIDERAR COMO POSSÍVEIS DESTINOS

- Unidade de Pronto Atendimento, Hospital Municipal ou Unidade Mista (Baixa Complexidade): Encaminhar pacientes pós-PCR estáveis, sem causa imediatamente estabelecida e sem suspeita de etiologia que demande intervenção de alta complexidade, considerando o suporte clínico disponível localmente. Destina-se a casos em que o manejo inicial e a observação podem ser realizados com segurança na unidade;
- Referência Regional ou Hospital Secundário (Média Complexidade): Encaminhar pacientes pós-PCR sem indicação clara de terapêutica de alta complexidade, mas cuja condição clínica, instabilidade ou necessidade de suporte contínuo ultrapasse a capacidade resolutive da unidade de baixa complexidade;
- Hospital Terciário de Referência (Alta Complexidade): Encaminhar pacientes pós-PCR com condição emergencial cuja terapêutica específica esteja disponível apenas em unidades de alta complexidade, como: síndrome coronariana aguda com oclusão (SCA-O); acidente vascular encefálico (AVE) dentro da janela terapêutica para trombólise ou trombectomia; causas potencialmente reversíveis que exijam suporte avançado contínuo e intervenção imediata.

NOTAS IMPORTANTES

- Comunicação efetiva entre central de regulação, equipe da intervenção, familiares e ou solicitantes;
- Se houver sinais de morte evidente, o Médico Regulador poderá constatar o óbito por telemedicina;
- Se não houver sinais de morte evidente, de acordo com o caso, o médico regulador deve priorizar o envio de USA, USB e Motolância (se disponível);
- Em casos que a solicitação envolver um paciente em PCR e com manifestação prévia documentada do mesmo ou da equipe assistente em não realizar reanimação, conforme Resolução nº 1.995/2012 do Conselho Federal de Medicina – CFM ou quando o solicitante sabe que se trata de paciente com doença em fase terminal e há consenso entre familiares ou responsáveis em não reanimar, conforme Resolução do CFM nº 1.805/2006, o médico poderá optar pelo envio de USB para constatação do óbito por Telemedicina;
- O médico interventor da USA, quando acionado em situação de óbito não assistido, deverá obrigatoriamente constatar-lo, mas não atestá-lo;
- Em caso de morte violenta, as equipes de USA, USB ou motolância deverão comunicar o fato ao médico regulador, que acionará a autoridade policial. Nesta circunstância só poderão deixar a cena após a chegada da autoridade policial, ressalva-se entretanto que em caso de risco de vida para a equipe a salva guarda da equipe é prioridade, podendo se retirar da cena.

FLUXOGRAMA



REFERÊNCIAS

AMERICAN HEART ASSOCIATION. **Suporte avançado de vida em cardiologia: SAVC**. 7. ed. Dallas: AHA, 2020.

BERNOCHE, C. et al. Atualização da Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia – 2019. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**. v. 113, n. 3, p. 449–663, 2019.

AVES, T.; CHOPRA, A.; PATEL, M.; LIN, S. Epinefrina para parada cardíaca extra hospitalar: uma revisão sistemática atualizada e meta-análise. **Critical Care Medicine**, [s. l.], v. 48, p. 225–229, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000004130>.

BERG, K. M. et al. Part 7: Systems of care: 2020 American Heart Association Guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. **Circulation**, [s. l.], v. 142, n. 16, supl. 2, p. S580–S604, 20 out. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000899>.

GUIMARÃES, N. S. et al. Aumento de óbitos domiciliares devido a parada cardiorrespiratória em tempos de pandemia de COVID-19. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 116, n. 2, p. 266–271, fev. 2021. DOI: <https://doi.org/10.36660/abc.20200547>. Acesso em: 24 ago. 2023.

HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN. **5 passos para prestar socorro em caso de parada cardiorrespiratória**. Disponível em: <https://vidasaudavel.einstein.br/5-passos-para-prestar-socorro-em-caso-de-parada-cardiorrespiratoria/>. Acesso em: 18 ago. 2025.

NATIONAL ASSOCIATION OF EMERGENCY MEDICAL TECHNICIANS. **AMLS Advanced Medical Life Support**: atendimento pré-hospitalar às emergências clínicas. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2022. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786558820512/>. Acesso em: 18 ago. 2025.

NATIONAL ASSOCIATION OF EMERGENCY MEDICAL TECHNICIANS. **AMLS Advanced Medical Life Support**: atendimento pré-hospitalar às emergências clínicas. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2022. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786558820512/>. Acesso em: 18 ago. 2025.

NUÑO, T. et al. Disparities in telephone CPR access and timing during out-of-hospital cardiac arrest. **Resuscitation**, [s. l.], v. 115, p. 11-16, jun. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2017.03.028>.

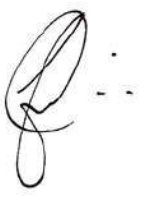
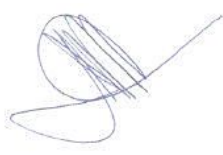
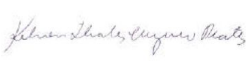
PERKINS, G. D. et al. Um ensaio randomizado de epinefrina em parada cardíaca extra-hospitalar. **New England Journal of Medicine**, [s. l.], v. 379, p. 711-721, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1806842>.

SILVA, A. K. et al. Prevalência e fatores associados ao desenvolvimento de parada cardiorrespiratória em gestantes. **Revista Sociedade e Desenvolvimento**, [s. l.], v. 10, n. 9, p. 2525-3409, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i9.14913>. Acesso em: 24 ago. 2023.

SANARMED. **Parada cardiorrespiratória (PCR)**: o que fazer diante dela? Disponível em: <https://sanarmed.com/parada-cardiorrespiratoria-pcr-como-vocedeve-agir-posme/>. Acesso em: 18 ago. 2025.

SECAD. **Atendimento à parada cardiorrespiratória**. Disponível em: <https://portal.secad.artmed.com.br/artigo/atendimento-a-paradacardiorrespiratoria-proenf-int-ciclo-3-volume-4-volumecodigo-m05000304>. Acesso em: 18 ago. 2025.

ELABORAÇÃO			
Responsável (s): Allison Falcão Carlos Henrique do Nascimento Moraes Dandara Ruana Soares Barbosa Eva Wilma Martins timbó Gleydson Fabricio de Freitas Menezes Shura do Prado Farias borges Victor Hugo de Almeida Oliveira		Data: 04/11/2025	
ANÁLISE		VALIDAÇÃO - GQSP	
Responsável (s): Angelo Marcelo Silva Chagas Gabriel Rezende Geziel Dos Santos De Souza Gilson Melo Pinheiro Gutemberg Oliveira Karine De Castro Bezerra Larissa Lima Vieira Márcio Flávio Araújo Guanabara Jr. Tarcylío Esdras De Almeida Rocha Thais Passos Costa	Data: 04/11/2025	Responsável: Dherlen Lemos da Silva	Data: 05/12/2025

APROVAÇÃO			
CARGO	NOME	DATA	ASSINATURA
Superintendência	Francisco Nilson Maciel Mendonça Filho	05/12/2025	
Direção Técnica - DITEC	Jefferson Oliveira e Silva	05/12/2025	
Direção de Enfermagem - DIRENF	Geisy Lanne Muniz Luna	05/12/2025	
Direção de Gestão de Pessoas - DIGEP	Glauciran Alves Teles Cavalcante	05/12/2025	
Direção de Educação Permanente - DIEP	Yury Tavares de Lima	05/12/2025	
Direção Administrativo- Financeira	Kelson Thales Cruzeiro Prates	05/12/2025	

REBAIXAMENTO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo de documento:	Protocolo	PTC.SAMU-SUP.005 Página: 1	
Origem do documento:	Serviço de atendimento móvel de urgência	Classificação: público	Emissão: 25/11/2025
Título do documento:	Regulação médica de urgência - rebaixamento do nível de consciência	Versão: 1	Próxima revisão: Validação: 05/12/2027
		Validação: 05/12/2025	

TERMINOLOGIA POPULAR

- Desorientado;
- Sonolência;
- Inconsciência;
- Coma;
- Desmaio;
- Confusão mental;
- Desnorteadado;
- Zonzo;
- Grogue.

DEFINIÇÃO

O rebaixamento do nível de consciência (RNC), também chamado de rebaixamento ou alteração do sensorio, é um estado clínico no qual o paciente apresenta resposta inadequada à estimulação externa, como lentificação do pensamento, sonolência ou despertar ineficaz.

PERGUNTAS NORTEADORAS

- Ele respira normalmente?
- Está sangrando?
- Tem alguma resposta quando chamado ou tocado?
- Sofreu algum trauma?

- Ingeriu alguma substância?
- Tem alguma doença crônica?
- Como é o nível de consciência basal do paciente?
- Foi súbito? Há quanto tempo ele (a) está assim?

CRITÉRIOS DE GRAVIDADE

- Desconforto respiratório;
- Respiração ruidosa;
- Bradipnéia ou taquipneia;
- Cianose, palidez e sudorese profusa;
- Não responde a estímulos de pressão;
- Evolução no tempo com progressão de rebaixamento;
- Cefaleia em thunderclap;
- Infecção prévia ou em tratamento;
- Internação recente;
- Déficit neurológico focal agudo associado;
- Rigidez de nuca;
- Erupções cutâneas.

DECISÃO TÉCNICA

CONSIDERAR USA SE:

- Convulsão ativa ou pós-ictal prolongado;
- Hipoglicemia com rebaixamento do nível de consciência (Considerar uso de tiamina, se necessário);
- Trauma cranioencefálico associado;
- Suspeita de AVC (face caída, fala arrastada, hemiparesia);
- Instabilidade hemodinâmica;
- Se critérios de gravidade listados acima.

CONSIDERAR USB SE:

- Rebaixamento leve sem sinais vitais alterados;
- Paciente com confusão mental, desorientação, sonolência, mas estável;
- Histórico de episódios semelhantes e sem sinais de piora aguda;
- Rebaixamento com recuperação da consciência durante o atendimento.

CONSIDERAR MOTOLÂNCIA SE:

- Possível instabilidade clínica;
- Paciente sintomático em área de difícil acesso ou tráfego intenso;
- Situação crítica e tempo-dependente.

CONSIDERAR AÉREO SE:

- Local de difícil acesso e tempo-resposta via terrestre elevado;
- Quadro clínico grave com necessidade de transporte rápido;
- Transferência secundária com tempo resposta dependente.

ORIENTAÇÕES AO SOLICITANTE

- Verifique via glicemia capilar, se possível;
- Posicione o paciente em decúbito lateral se estiver rebaixado e não convulsionando;
- Mantenha vias aéreas desobstruídas;
- Não ofereça nada por via oral;
- Se convulsionando: não introduza objetos ou o dedo na boca do paciente e afaste objetos ao redor;
- Acompanhe sinais vitais se souber aferir.

ORIENTAÇÕES PARA A EQUIPE DA INTERVENÇÃO

AValiação Inicial:

- Verificação do nível de consciência: Utilize a Escala de Coma de Glasgow (ECG) para classificar o estado do paciente;

- Sinais vitais: Monitore a pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória, saturação de oxigênio e temperatura;
- Realizar a identificação do paciente por meio da pulseira, conforme o Protocolo Institucional de Identificação.

IDENTIFICAÇÃO DA CAUSA:

- Anamnese: Pergunte sobre a história clínica, incluindo uso de medicamentos, ingestão de substâncias, doenças pré-existentes e eventos que precederam o rebaixamento;
- Exame físico: Avalie sinais de trauma, infecção ou outras condições que possam estar contribuindo para o rebaixamento.

MANUTENÇÃO DA VIA AÉREA:

- Posicionamento: Coloque o paciente em posição lateral de segurança se ele estiver inconsciente, mas respirando. Este posicionamento ajuda a prevenir aspiração. Considerar manobras de abertura de vias aéreas, se necessário;
- Oxigenoterapia: Administre oxigênio suplementar, especialmente se a saturação estiver abaixo de 94% ou desconforto respiratório;
- Considerar via aérea avançada, se indicado.

INTERVENÇÕES IMEDIATAS

- Acesso venoso: Estabeleça um acesso venoso para administração de medicamentos, se necessário;
- Administração de glicose: Se houver suspeita de hipoglicemia, considere a administração de glicose intravenosa após a administração de tiamina quando indicado, se a equipe estiver habilitada.

MONITORAMENTO CONTÍNUO:

- Acompanhamento dos sinais vitais: Monitore continuamente os sinais vitais e o nível de consciência durante o transporte;
- Registro de alterações: Documente quaisquer mudanças no estado do paciente e as intervenções realizadas.

COMUNICAÇÃO COM A CENTRAL:

- Colete informações sobre a situação do paciente, incluindo a pontuação da ECG, sinais vitais e intervenções realizadas.

TRANSPORTE:

- Transporte rápido e seguro: Mantenha a equipe atenta a qualquer alteração no estado do paciente durante o transporte;
- Informar a equipe de intervenção sobre o destino definido para o caso em questão.

CONSIDERAR COMO POSSÍVEIS DESTINOS

- Unidade de Pronto Atendimento (UPA) ou Pronto Socorro Geral: sem critérios de gravidade ou que melhorou com as condutas iniciais;
- Unidade Hospitalar terciária: critérios de gravidade, condições como: suspeita de AVC na janela ou outra condição clínica com tratamento tempo-resposta dependente disponível no terciário como exame complementar de alta complexidade ou especialista.

NOTAS IMPORTANTES

- O quadro abaixo mostra as principais causas de rebaixamento do nível de consciência:

Quadro 1: Causas principais de rebaixamento do nível de consciência.

Rebaixamento de nível de consciência	
Neurológicas	Acidente vascular cerebral Traumatismo craniano Convulsões
Metabólicas	Hipoglicemia Hipóxia Intoxicações Acidose
Infecciosas/Inflamatórias	Sepse Meningite/Meningoencefalite
Cardíacas	Síndrome coronariana aguda Arritmias
Estruturais	Neoplasias/Tumores
Vasculares	Malformação arteriovenosa Dissecção de carótida Dissecção aguda de aorta

- Idosos com confusão aguda: considerar possibilidade de delirium ou infecção grave (priorizar avaliação médica);
- Pacientes diabéticos: priorizar avaliação da glicemia. RNC pode indicar hipoglicemia grave;
- Usuários de álcool ou drogas: avaliar risco de overdose, trauma ou intoxicação associada.

REFERÊNCIAS

CARVALHO, J. A.; ABREU, L. D. P.; MATOS, F. B. Ciberespaço de pesquisa sobre coronavírus. **Cadernos ESP**, v. 14, n. 2, p. 24–36, 2020. Disponível em: <https://cadernos.esp.ce.gov.br/index.php/cadernos/article/view/503/239>. Acesso em: 12 mar. 2018.

CHING, C. F.; JAMES, J. M. L.; PAUL, M. B. The Relationship of the FOUR Score to Patient Outcome: A Systematic Review. **J Neurotrauma**, v. 36, n. 17, p. 2469–2483, aug. 2019. doi: 10.1089/neu.2018.6243

CRUZ, M. S. D.; BERNAL, R. T. I.; CLARO, R. M. Tendências da prática de atividade física no lazer em adultos brasileiros (2006–2016). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 10, p. e00114817, 2018. DOI: 10.1590/0102–311X00114817.

DAMIANI, D. Disorders of Consciousness: Practical Management in an Emergency Room. **Arq Bras Neurocir**, v. 38, p. 263–271, 2019.

EDLOW, J. A.; RABINSTEIN, A.; TRAUB, S. J.; WIJDICKS, E. F. M. Diagnóstico de causas reversíveis do coma. **Lancet**, v. 384, n. 9959, p. 2064–2076, 2014.

FISCHER, M.; POMEROY, W. Neurological examination in clinical practice. In: DAROFF, R. B. et al. (ed.). **Neurology in clinical practice**. [S. l.]: Butterworth–Heinemann, 2021.

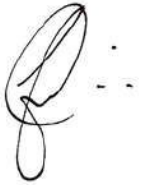
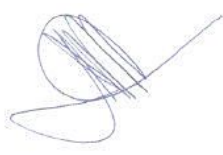
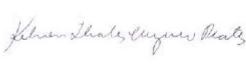
IRINEU, T. V. et al. **Medicina de emergência: abordagem prática**. 14. ed. Barueri, São Paulo: Manole: 2020. Cap. 10.

JENKINS, P. F. **Making sense of the chest x-ray: a hands-on guide**. New York: Oxford University Press, 2005. 194 p.

LAVORATO NETO, G.; RODRIGUES, L.; SILVA, D. A. R. D.; TURATO, E. R.; CAMPOS, C. J. G. Revisão de espiritualidade em enfermagem de saúde mental e psiquiatria. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, supl. 5, p. 2323–2333, 2018. DOI: 10.1590/0034–7167–2016–0429.

PEREIRA, G. O. **Urgências e emergências médicas**. 1. ed. São Paulo: Sarvier Editora; 2023.

ELABORAÇÃO			
Responsável (s): Agnes Maria Bezerra Lonsing Camila Dantas Pereira Chaves José Hiago Feitosa de Matos Karen Lopes Cunha João Hermogenes Ladim Neto Marciana Alves de Brito Maria Aparecida Chagas Rocha		Data: 04/11/2025	
ANÁLISE		VALIDAÇÃO - GQSP	
Responsável (s): Andreza Servula Pereira Da Silva Carolina Ribeiro De Sousa Deise Sousa Larissa Lima Vieira Luciano Barreto Quental Márcio Flávio Araújo Guanabara Jr. Rui Porto Moraes Samer Heluany Khoury Thais Passos Costa Yan Sousa Lopes	Data: 04/11/2025	Responsável: Dherlen Lemos da Silva	Data: 05/12/2025

APROVAÇÃO			
CARGO	NOME	DATA	ASSINATURA
Superintendência	Francisco Nilson Maciel Mendonça Filho	05/12/2025	
Direção Técnica - DITEC	Jefferson Oliveira e Silva	05/12/2025	
Direção de Enfermagem - DIRENF	Geisy Lanne Muniz Luna	05/12/2025	
Direção de Gestão de Pessoas - DIGEP	Glauciran Alves Teles Cavalcante	05/12/2025	
Direção de Educação Permanente - DIEP	Yury Tavares de Lima	05/12/2025	
Direção Administrativo- Financeira	Kelson Thales Cruzeiro Prates	05/12/2025	

SÍNCOPE

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo de documento:	Protocolo	PTC.SAMU-SUP.006 Página: 1	
Origem do documento:	Serviço de atendimento móvel de urgência	Classificação: público	Emissão: 11/11/2025
Título do documento:	Regulação médica de urgência - síncope	Versão: 1	Próxima revisão: Validação: 05/12/2027
		Validação: 05/12/2025	

TERMINOLOGIA POPULAR

- Perda dos sentidos;
- Esmaecimento;
- Desfalecimento;
- Desmaio;
- Chelique;
- Estrelique;
- Apagão;
- Queda súbita;
- Passou mal;
- Perda repentina de consciência.

DEFINIÇÃO

Caracterizada por uma perda súbita e transitória da consciência, a síncope pode ter causas benignas ou indicar condições cardíacas potencialmente fatais, exigindo uma triagem rigorosa e decisões rápidas por parte dos profissionais da saúde

PERGUNTAS NORTEADORAS

- O paciente está consciente?
- Há ruído respiratório?
- Existe algum sangramento oral, nasal ou auricular?
- O paciente apresenta assimetria em face?

- O paciente já recuperou a consciência?
- É idoso > 65 anos, gestante ou criança? Qual a idade do paciente?
- O paciente consegue verbalizar?
- Está orientado?
- Apresenta palidez, cianose ou extremidades frias?
- Há quanto tempo ocorreu o evento?
- E por quanto tempo permaneceu inconsciente?
- O episódio ocorreu em repouso, ao levantar-se ou durante esforço físico?
- Houve dor torácica, palpitações, falta de ar ou sudorese intensa antes do evento?
- O paciente apresenta movimentos involuntários, rigidez ou liberação esfíncteriana (urina/fezes)?
- Paciente teve trauma/queda ao apresentar síncope?
- O paciente apresenta recorrência recente ou já teve outros episódios semelhantes?
- Teve abalo emocional intenso no momento do episódio?
- Ingeriu alguma substância?
- Possui cardiopatia conhecida, marcapasso ou histórico de infarto/insuficiência cardíaca?
- É diabético, faz uso de insulina ou hipoglicemiantes?
- Tem histórico de epilepsia ou já fez tratamento neurológico?
- Tem histórico de alergia importante (anafilaxia)?
- Está em uso de medicamentos como anti-hipertensivos, diuréticos ou vasodilatadores?

CRITÉRIOS DE GRAVIDADE

- Instabilidade hemodinâmica;
- Dispneia ou desconforto respiratório associado;
- Histórico de insuficiência cardíaca;
- Alterações eletrocardiográficas;
- Síncope com perda de consciência prolongada (>15 minutos);
- Paciente não respira, apresenta-se cianótico ou pálido;

- Estado de mal epilético (crise convulsiva que dura mais que cinco minutos ou crises recorrentes sem recuperação completa entre elas);
- Movimentos tônico-clônicos prolongados associados à síncope;
- Dor torácica ou palpitações antes do episódio;
- Doença cardíaca estrutural conhecida (ex.: valvopatia, miocardiopatia);
- Arritmias prévias documentadas;
- Cirurgia recente ou trauma cranioencefálico associado à queda;
- Ausência de gatilho emocional, fator protetor comum nas síncopes vasovagais;
- Síncope associada a sangramento ativo.

DECISÃO TÉCNICA

CONSIDERAR USA SE:

- Critérios de gravidade.

CONSIDERAR USB SE:

- Sem critérios de gravidade;
- Recuperação espontânea e completa da consciência.

CONSIDERAR MOTOLÂNCIA SE:

- Possível instabilidade clínica moderada/grave;
- Paciente sintomático em área de difícil acesso ou tráfego intenso.

CONSIDERAR AÉREO SE:

- Local de difícil acesso e tempo-resposta via terrestre elevado;
- Quadro clínico grave com necessidade de transporte rápido;
- Transferência secundária com tempo resposta dependente.

ORIENTAÇÕES AO SOLICITANTE

- Mantenha a calma e forneça informações claras à central de atendimento;
- Informe o local exato do incidente e condições da vítima;

- Não ofertar líquidos e/ou alimentos à vítima;
- Siga as orientações recebidas até a chegada da equipe especializada;
- Orientar lateralização do paciente (posição lateral de segurança), caso não haja histórico de trauma;
- Checar glicemia capilar se disponível glicosímetro no momento.

ORIENTAÇÕES PARA A EQUIPE DA INTERVENÇÃO

- Monitorização de sinais vitais e nível de consciência;
- Evitar hipoglicemia (Manter glicemia > 70mg/dl);
- Manutenção de pressão sistólica acima de 90 mmHg no paciente clínico e se trauma crânio encefálico grave acima de 100–110 mmHg;
- Controle de temperatura manter temperatura abaixo de 37,5°C;
- Neuroproteção;
- Realizar a identificação do paciente por meio da pulseira, conforme o Protocolo Institucional de Identificação.

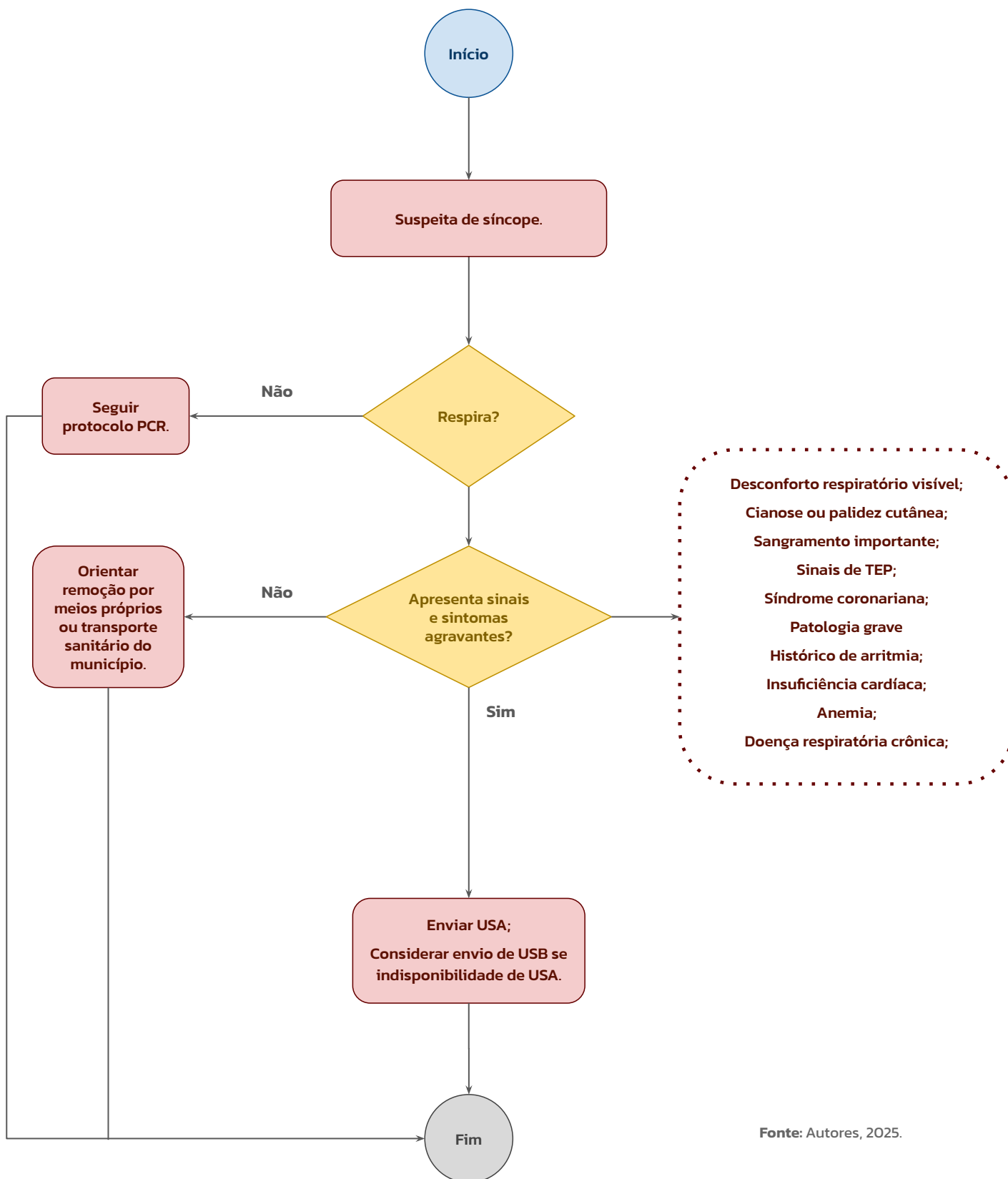
CONSIDERAR COMO POSSÍVEIS DESTINOS

- Unidade de pronto-atendimento, hospital municipal ou unidade mista: Rebaixamento de nível de consciência inespecífico, levando em consideração suporte disponível na unidade;
- Referência regional ou hospital secundário: encaminhar pacientes sem indicação de terapêutica conhecida de alta complexidade, mas cuja estabilidade ou suporte clínico supera a capacidade resolutiva da unidade de baixa complexidade;
- Hospital terciário de referência: encaminhar pacientes com condição emergencial cuja terapêutica específica esteja disponível apenas em unidades de alta complexidade, como nos casos de síndrome coronariana aguda com oclusão ou acidente vascular encefálico dentro da janela terapêutica.

NOTAS IMPORTANTES

- A reavaliação da gravidade clínica deve ser contínua até a chegada da equipe, principalmente em pacientes inicialmente conscientes, mas com possibilidade de deterioração;
- Encaminhamentos inadequados (ex: suporte insuficiente ou subestimando a gravidade) podem gerar subdiagnóstico de causas potencialmente fatais, como arritmias, infarto, AVC ou tromboembolismo;
- A decisão regulatória deve sempre levar em conta o histórico clínico, o contexto do episódio, os fatores precipitantes e os sinais de alarme identificados pelo solicitante ou pela equipe em campo;
- Em pacientes com trauma associado à síncope, especialmente com rebaixamento do nível de consciência, deve-se presumir lesão cervical até que se prove o contrário. Se não houver pessoa capacitada para imobilização, a cervical não deve ser manipulada até a chegada da equipe de suporte.

FLUXOGRAMA



REFERÊNCIAS

AMERICAN HEART ASSOCIATION. **Suporte avançado de vida em cardiologia: SAVC**. 7. ed. Dallas: AHA, 2020.

ANDERSON, T. S.; THOMBLEY, R.; DUDLEY, R. A. Tendências em hospitalização, readmissão e testes diagnósticos de pacientes que se apresentam no departamento de emergência com síncope. **Annals of Emergency Medicine**, v.72, p. 523–532, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual instrutivo da Política Nacional de Atenção às Urgências – Atenção Pré-Hospitalar Móvel**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BROWN, J. P. et al. Multicenter validation of the Philadelphia EMS Admission Rule (PEAR). **Prehospital Emergency Care**, v. 13, n. 3, p. 304–308, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/10903120802706140>. Acesso em: 5 jul. 2025.

COSTANTINO, G. et al. Risk stratification of patients with syncope in the emergency department. **Journal of the American College of Cardiology**, v. 63, n. 25, p. 267–279, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2014.03.046>. Acesso em: 5 jul. 2025.

DA ROCHA, R.R.; RAMOS, R.R. et al., Síncope e lipotímia: emergências clínicas na odontologia. **Archives of health investigation**. v.7, 2018.

DEL ROSSO, A.; UNGAR, A.; MAGGI, R. Preditores clínicos de síncope cardíaca na avaliação inicial em pacientes encaminhados com urgência para um hospital geral: o escore EGSYS. **Coração**, v. 94, p. 1620–1626, 2008.

HOSOKAWA, Yuri et al. Exertional heat illness: emerging concepts and advances in prehospital care. **Prehospital Emergency Care**, v. 25, n. 2, p. 224–235, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/10903127.2020.1792012>. Acesso em: 5 jul. 2025.

ELIZIARIO, M.J.M. et al. Abordagem diagnóstica a síncope: uma revisão bibliográfica. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 5, n.5, p. 18355–18369, sep./oct., 2022

KHALIQ, W.; ABOABDO, M.; HARRIS, C. M. Variação regional nos resultados e na utilização de recursos de saúde em visitas ao pronto-socorro por síncope. **Southern Journal of Emergency Medicine**, v. 44, p. 62–67, 2021.

KAUL, P.; TRAN, D. T.; SANDHU, R. K. Ausência de benefício da hospitalização em pacientes com síncope: uma análise de propensão. **Journal of the American College of Emergency Physicians Open**, v. 1, p. 716–722, 2020.

KRISHNAN, R. J.; MUKARRAM, M.; GHAEDI, B. Benefício da admissão hospitalar para detecção de eventos adversos graves entre pacientes do departamento de emergência com síncope: uma análise de propensão-pontuação de uma coorte prospectiva multicêntrica. **Canadian Medical Association Journal**, v. 192, p.E1198–E1205, 2020.

PROBST, Marc A. et al. SynDA: Syncope Decision Aid for Emergency Care. **Academic Emergency Medicine**, v. 25, n. 9, p. 1014–1026, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/acem.13450>. Acesso em: 5 jul. 2025.

PROBST, M. A.; KANZARIA, H. K.; GBEDEMAH, M. Tendências nacionais na utilização de recursos associados a visitas ao pronto-socorro por síncope. **Southern Journal of Emergency Medicine**, v. 33, p. 998–1001, 2015.

PROBST, M. A.; GIBSON, T.; WEISS, R. E. Estratificação de risco de idosos que se apresentam no departamento de emergência com síncope: o escore FAINT. **Annals of Emergency Medicine**, v. 75, p. 147–158, 2020.

PROBST, M. A.; SU, E.; WEISS, R. E. Benefício clínico da hospitalização para idosos com síncope inexplicada: uma análise de propensão correspondente. **Annals of Emergency Medicine**, v. 74, p. 260–269, 2019.

QUINN, J. V.; STIELL, I. G.; McDERMOTT, D. A. Derivação da Regra da Síncope de São Francisco para prever pacientes com desfechos graves de curto prazo. **Annals of Emergency Medicine**, v. 43, p. 224–232, 2004.

REED, M. J.; NEWBY, D. E.; COULL, A. J. O estudo ROSE (estratificação de risco de síncope no departamento de emergência). **Journal of the American College of Cardiology**, v. 55, p. 713–721, 2010.

ROMME, J. W. L. et al. Diagnostic accuracy of history taking, physical examination and electrocardiogram in patients with syncope: a systematic review. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 3, CD009281, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009281.pub2>. Acesso em: 5 jul. 2025.

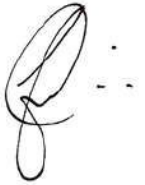
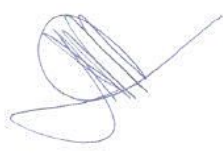
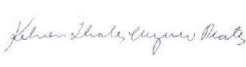
SERRANO, L. A.; HESS, E. P.; BELLOLIO, M. F. **Precisão e qualidade das regras de decisão clínica para síncope no departamento de emergência: uma revisão sistemática e meta-análise.** *Annals of Emergency Medicine*, v. 56, p. 362–373.e1, 2010.

SILVA, R.M.F.L. Syncope: epidemiology, etiology and prognosis. **Front Physiol.** v. 5, art. 471, 8 dez. 2014. doi: 10.3389/fphys.2014.00471.

SUN, B. C.; EMOND, J. A.; CAMARGO, C. A. Jr. Custos médicos diretos de hospitalizações relacionadas à síncope nos Estados Unidos. **American Journal of Cardiology**, v. 95, p. 668–671, 2005.

THIRUGANASAMBANDAMOORTHY, V.; KWONG, K.; WELLS, G. A. Desenvolvimento do Canadian Syncope Risk Score para prever eventos adversos graves após avaliação de síncope no departamento de emergência. **Canadian Medical Association Journal**, v. 188, p. E289–E298, 2016.

ELABORAÇÃO			
Responsável (s): Allison Falcão Carlos Henrique do Nascimento Moraes Dandara Ruana Soares Barbosa Eva Wilma Martins timbó Gleydson Fabricio de Freitas Menezes Shura do Prado Farias borges Victor Hugo de Almeida Oliveira		Data: 04/11/2025	
ANÁLISE		VALIDAÇÃO - GQSP	
Responsável (s): Angelo Marcelo Silva Chagas Gabriel Rezende Geziel Dos Santos De Souza Gilson Melo Pinheiro Gutemberg Oliveira Karine De Castro Bezerra Larissa Lima Vieira Márcio Flávio Araújo Guanabara Jr. Tarcylío Esdras De Almeida Rocha Thais Passos Costa		Data: 04/11/2025	Responsável: Dherlen Lemos da Silva Data: 05/12/2025

APROVAÇÃO			
CARGO	NOME	DATA	ASSINATURA
Superintendência	Francisco Nilson Maciel Mendonça Filho	05/12/2025	
Direção Técnica - DITEC	Jefferson Oliveira e Silva	05/12/2025	
Direção de Enfermagem - DIRENF	Geisy Lanne Muniz Luna	05/12/2025	
Direção de Gestão de Pessoas - DIGEP	Glauciran Alves Teles Cavalcante	05/12/2025	
Direção de Educação Permanente - DIEP	Yury Tavares de Lima	05/12/2025	
Direção Administrativo- Financeira	Kelson Thales Cruzeiro Prates	05/12/2025	

TAQUIARRITMIAS

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo de documento:	Protocolo	PTC.SAMU-SUP.016 Página: 1	
Origem do documento:	Serviço de atendimento móvel de urgência	Classificação: público	Emissão: 03/12/2025
Título do documento:	Regulação médica de urgência - taquiarritmias	Versão: 1	Próxima revisão: Validação: 05/12/2027
		Validação: 05/12/2025	

TERMINOLOGIA POPULAR

- Coração disparado;
- Coração acelerado;
- Coração apertado;
- Desmaio;
- Batedeira ou palpitação no coração;
- Saltitar no peito;
- Coração saindo pela boca;
- Desconforto, incômodo ou até mesmo dor no peito.

DEFINIÇÃO

As arritmias cardíacas constituem um grupo de alterações no ritmo ou na condução elétrica do coração, capaz de comprometer o débito cardíaco e representar risco à vida. Pode se manifestar como bradiarritmias ou taquicardias, sendo a taquicardia caracterizada por uma frequência cardíaca anormalmente elevada, incluindo formas supraventriculares e ventriculares, além de bloqueios atrioventriculares ou fibrilação atrial.

PERGUNTAS NORTEADORAS

- Está consciente? Fala normalmente?
- Como está a respiração (normal, rápida, difícil, ausente)?

- Teve algum episódio de perda de consciência, tontura, escurecimento de visão ou desmaio?
- Há queixa de dor ou aperto no peito?
- Qual a cor da pele? Pálida, azulada (cianose), normal?
- Usa marca-passo? Tem histórico de problemas cardíacos?
- Alguma outra doença? Faz uso de algum medicamento?
- Já teve isso antes?
- Os sintomas começaram de repente? Ou já faz algum tempo que eles apareceram?
- Está usando droga recreativa ou café em excesso?
- Alguém pode acompanhar ou observar até a chegada da equipe?

PERGUNTAS NORTEADORAS

- Alteração no nível de consciência;
- Dor torácica (anginosa);
- Síncope ou pré-síncope;
- Dispneia ou desconforto respiratório;
- Palidez, sudorese fria ou extremidades frias;
- Frequência cardíaca ≥ 150 bpm persistente;
- Instabilidade hemodinâmica;
- Taquicardia com história de cardiopatia estrutural;
- Uso de drogas arritmogênicas ou estimulantes (suspeita de intoxicação exógena);
- Paciente com Cardioversor Desfibrilador Implantável (CDI), com descarga recente.

DECISÃO TÉCNICA

CONSIDERAR USA SE:

- Critérios de gravidade;
- Necessidade de manejo avançado (Ex: sedação ou uso de drogas antiarrítmicas endovenosas);
- Evolução do quadro durante a ligação.

CONSIDERAR USB SE:

- Taquicardia sem critérios de gravidade;
- Paciente com histórico conhecido de taquiarritmia, sem agravamento atual;
- Quadro clínico sem piora durante o chamado.

CONSIDERAR MOTOLÂNCIA SE:

- Taquicardia com possível instabilidade clínica;
- Paciente sintomático em área de difícil acesso ou tráfego intenso;
- Paciente com histórico cardíaco e sintomas moderado/grave em locais próximos;
- Situação crítica e tempo-dependente.

CONSIDERAR AÉREO SE:

- Local de difícil acesso e tempo-resposta elevado;
- Quadro clínico grave com necessidade de transporte rápido;
- Transferência secundária com tempo resposta dependente.

ORIENTAÇÕES AO SOLICITANTE

- Manter o paciente em posição confortável até a chegada da equipe;
- Se o paciente estiver inconsciente, posicionar em decúbito lateral (posição lateral de segurança);
- Não oferecer alimentos, líquidos ou remédios;
- Se for paciente com taquiarritmia conhecida, deixar a medicação de uso contínuo à vista;
- Separar documentos e exames prévios (Eletrocardiograma (ECG), receitas e laudos);
- Observar sinais de piora: desmaio, dor no peito, falta de ar ou novos sintomas. Em caso de piora, ligar novamente e informar;
- Manter o telefone disponível para novo contato da CRU;
- Sinalizar o local para a equipe do SAMU;
- Permanecer ao lado do paciente até a chegada da equipe.

ORIENTAÇÕES PARA A EQUIPE DA INTERVENÇÃO

- Manter comunicação ativa com a CRU durante todo o atendimento;
- Informar o quadro clínico o mais precocemente possível, antes do deslocamento com o paciente;
- Iniciar monitorização contínua;
- Realizar ECG de 12 derivações sempre que disponível;
- Garantir acesso venoso pérvio o mais breve possível;
- Avaliar instabilidade hemodinâmica;
- Manter oximetria contínua (iniciar O₂ se SatO₂ < 94% ou sinais de desconforto respiratório; manter atenção especial nos casos de pacientes com doenças respiratórias restritivas);
- Classificar a arritmia com base no ECG e clínica;
- Avaliar manobras vagais se o paciente estiver consciente e com ritmo compatível, e sem contra-indicações;
- Preparar equipamentos para cardioversão elétrica sincronizada, se indicada;
- Considerar causas reversíveis e tratá-las de acordo com os recursos disponíveis;
- Levantar e registrar histórico clínico (comorbidades, uso de medicamentos, eventos anteriores);
- Casos de arritmias por distúrbios eletrolíticos, especialmente do cálcio e potássio, merecem redobrada atenção. A equipe de intervenção deve sempre ser lembrada/indagada pelo Médico Regulador sobre a realização de medidas iniciais para cada caso;
- Realizar a identificação do paciente por meio da pulseira, conforme o Protocolo Institucional de Identificação.

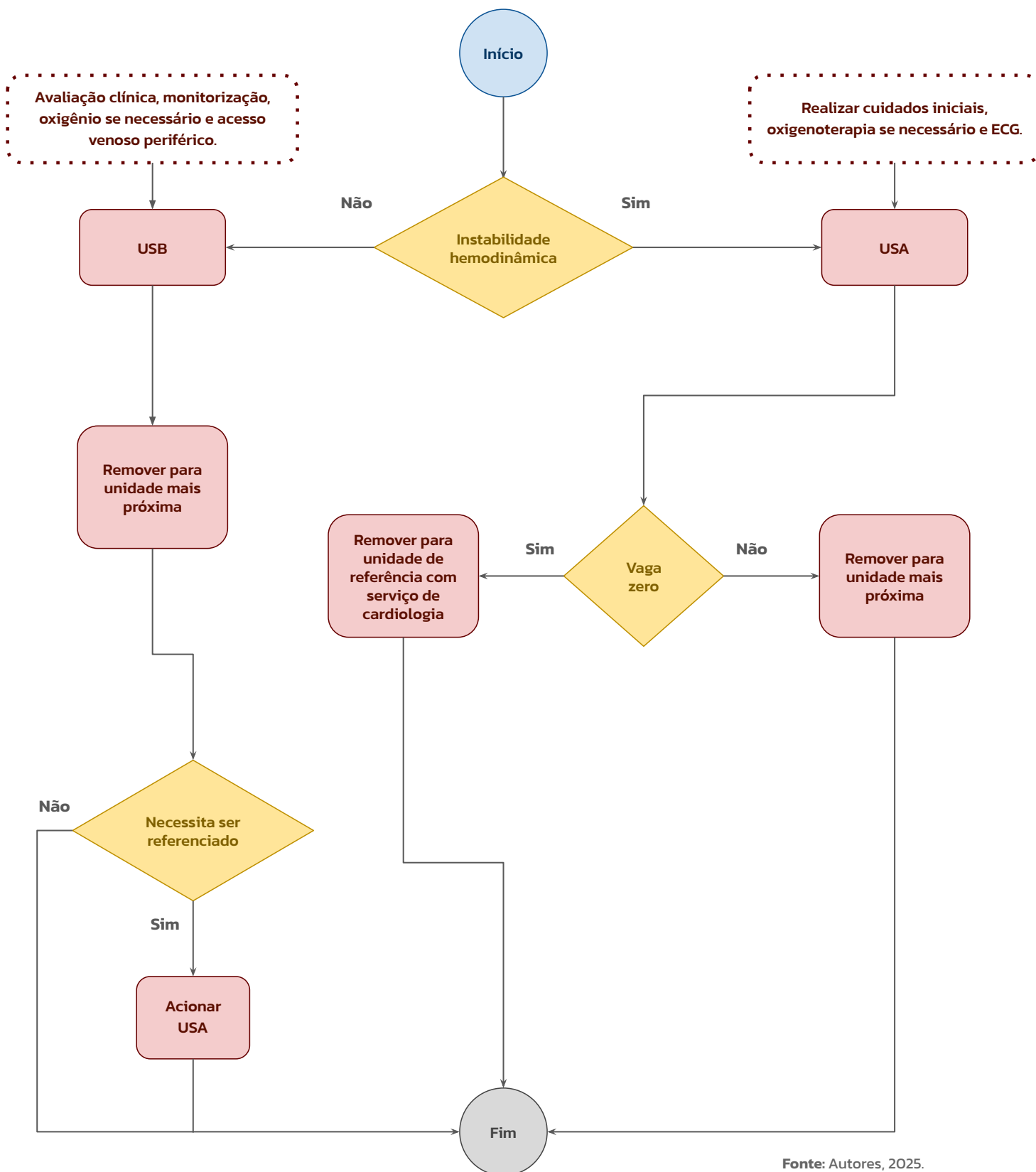
CONSIDERAR COMO POSSÍVEIS DESTINOS

- **Unidade de Pronto Atendimento (UPA) ou Pronto Socorro Geral (para quadros leves ou em avaliação inicial):**
 - Casos leves, estáveis ou em avaliação;
- **Hospitais secundários ou terciários com cardiologia / hemodinâmica:**
 - Critérios de gravidade ou suspeita de condição com tempo-resposta dependente, que necessite de exame complementar de alta complexidade ou avaliação de especialista.

NOTAS IMPORTANTES

- Avaliar se a taquicardia é decorrente de uma causa cardiológica ou se representa uma resposta secundária a alguma alteração clínica;
- A taquicardia pode ser primária ou compensatória. No segundo caso, em geral, não deve ser tratada diretamente. Deve-se procurar identificar a causa base. Taquicardias compensatórias, se revertidas desnecessariamente, podem piorar o quadro geral;
- Causas rapidamente reversíveis devem ser sempre lembradas e tratadas antes de terapias mais invasivas. Distúrbios eletrolíticos devem ser avaliados sempre que possível.

FLUXOGRAMA



REFERÊNCIAS

AL-KHATIB, S. M. et al. Risk factors for sudden cardiac death. **Circulation**, v. 138, n. 10, p. e1–e13, 2018. DOI: 10.1161/CIRCULATIONAHA.118.035142. Acesso em: 30 ago. 2025.

BAYÉS-GENÍS, A. et al. Arritmias: introducción. **Revista Española de Cardiología**, v. 65, n. 6, p. 1–6, 2012. DOI: 10.1016/j.recesp.2012.03.002. Acesso em: 30 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para a organização da Rede de Atenção às Urgências**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_rede_atencao_urgencias.pdf. Acesso em: 30 ago. 2025.

CADENA, S. E. R. **Digital twin para localização de arritmias ventriculares**. 2025. Disponível em: <https://sercadena.org/publications/digital-twin-arritmias>. Acesso em: 30 ago. 2025.

EL PAÍS. **Corify Health**: mapeamento cardíaco não invasivo. 2025. Disponível em: <https://elpais.com/salud/corify-health>. Acesso em: 30 ago. 2025.

GUNAWARDHANA, M. et al. Deep learning for atrial scar segmentation. **arXiv**, 2024. DOI: 10.48550/arXiv.2405.12345. Acesso em: 30 ago. 2025.

HINDRICKS, G. et al. ESC guidelines for the diagnosis and management of atrial fibrillation. **European Heart Journal**, v. 41, n. 5, p. 1–126, 2020. DOI: 10.1093/eurheartj/ehaa612. Acesso em: 30 ago. 2025.

JAPANESE CIRCULATION SOCIETY; JAPANESE HEART RHYTHM SOCIETY. JCS/JHRS 2020 guideline on pharmacotherapy of cardiac arrhythmias. **Circulation Journal**, v. 86, p. 1–127, 2022. DOI: 10.1253/circj.CJ-20-1234. Acesso em: 30 ago. 2025.

LARSON, E. D. et al. Pharmacologic management for ventricular arrhythmias. **Journal of Clinical Medicine**, v. 11, n. 11, p. 3233, 2022. DOI: 10.3390/jcm11113233. Acesso em: 30 ago. 2025.

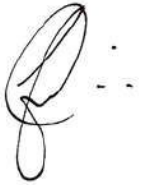
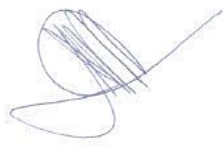
NAGPAL, P. et al. Cardiac arrhythmias and their management: an in-depth review. **Cureus**, v. 16, n. 3, p. e23456, 2024. DOI: 10.7759/cureus.23456. Acesso em: 30 ago. 2025.

NATTEL, S. et al. New directions in antiarrhythmic drug therapy. **Nature Reviews Cardiology**, v. 17, p. 1–15, 2020. DOI: 10.1038/s41569-020-0365-5. Acesso em: 30 ago. 2025.

OLIVEIRA, C. R. et al. Protocolos de regulação médica em cardiologia no SAMU. **Revista Brasileira de Urgências e Emergências**, v. 21, n. 2, p. 45–52, 2019. Disponível em: <https://revista-samu.org.br/artigos/protocolos-regulacao>. Acesso em: 30 ago. 2025.

SILVA, E. et al. Regulação médica de urgências: desafios e perspectivas. **Revista Saúde em Debate**, v. 45, n. 131, p. 1–10, 2021. DOI: 10.1590/0103-1104202113101. Acesso em: 30 ago. 2025.

ELABORAÇÃO			
Responsável (s): Diego Saraiva Felipe Francisco Nilson Maciel Mendonça filho Igor Rodrigues da Silva Jayranne Mara Santana dos Santos Leiliane de Queiroz Oliveira Maria da Conceição Freitas Tavares Marília de Andrade Guedes Giesta Paulo Alberto Cosquillo Valdivia Samyla Citó Pedrosa		Data: 04/11/2025	
ANÁLISE		VALIDAÇÃO - GQSP	
Responsável (s): Airton Silva De Oliveira Junior Kelvio Da Silva Lins Larissa Lima Vieira Luiz Claudio Otoni De Castro Márcio Flávio Araújo Guanabara Jr. Raphael Colares De Sá Samuel Ramalho Torres Maia Susana Lia Cavalcante Thais Passos Costa Vanessa Gomes Martins		Data: 04/11/2025	Responsável: Dherlen Lemos da Silva Data: 05/12/2025

APROVAÇÃO			
CARGO	NOME	DATA	ASSINATURA
Superintendência	Francisco Nilson Maciel Mendonça Filho	05/12/2025	
Direção Técnica - DITEC	Jefferson Oliveira e Silva	05/12/2025	
Direção de Enfermagem - DIRENF	Geisy Lanne Muniz Luna	05/12/2025	
Direção de Gestão de Pessoas - DIGEP	Glauciran Alves Teles Cavalcante	05/12/2025	
Direção de Educação Permanente - DIEP	Yury Tavares de Lima	05/12/2025	
Direção Administrativo- Financeira	Kelson Thales Cruzeiro Prates	05/12/2025	

URGÊNCIA HIPERTENSIVA

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo de documento:	Protocolo	PTC.SAMU-SUP.018 Página: 1	
Origem do documento:	Serviço de atendimento móvel de urgência	Classificação: público	Emissão: 01/12/2025
Título do documento:	Regulação médica de urgência - urgência hipertensiva	Versão: 1	Próxima revisão: Validação: 05/12/2027
		Validação: 05/12/2025	

TERMINOLOGIA POPULAR

- Tô com a pressão nas alturas;
- Fiquei tonto por causa da pressão;
- Tô tremendo por causa da pressão;
- Minha cabeça vai explodir;
- Deu pico de pressão;
- A pressão foi lá em cima;
- Pico pressórico;
- Crise hipertensiva;
- Pressão alta.

DEFINIÇÃO

A urgência hipertensiva é definida como uma condição clínica caracterizada pela elevação aguda e significativa da pressão arterial (PA), podendo ou não estar acompanhada de Lesões de Órgão-Alvo (LOAs) agudas. A adequada diferenciação entre suas duas principais categorias é fundamental para orientar a conduta terapêutica. As emergências hipertensivas (EHs) correspondem a situações clínicas sintomáticas nas quais ocorre elevação acentuada da PA — convencionalmente definida como pressão arterial sistólica ≥ 180 mmHg e/ou pressão arterial diastólica ≥ 110 mmHg, embora valores inferiores possam ter relevância conforme o contexto — associada a LOA aguda e progressiva. Trata-se de um quadro que implica risco imediato à vida e exige intervenção rápida e dirigida. Por outro lado, a elevação importante da PA refere-se ao aumento significativo da pressão arterial sem evidência de lesão progressiva de órgãos-alvo,

condição anteriormente denominada urgência hipertensiva. Embora possa cursar com sintomas, não envolve dano tecidual iminente, o que permite abordagem terapêutica menos imediata quando comparada às EHs.

PERGUNTAS NORTEADORAS

- Conseguiu medir a PA? Qual o valor?
- Está consciente, responde normalmente?
- Está com falta de ar ou respiração difícil?
- Sente dor ou aperto no peito?
- Houve desmaio, tontura ou alteração visual?
- Possui histórico de problemas cardíacos ou outras doenças?
- Faz uso de medicamentos para hipertensão?
- Tomou a dose habitual hoje?
- Alguém pode acompanhar ou observar até a chegada da equipe?
- Fez uso de alguma medicação diferente ou substância ilícita?
- Está gestante? Aproximadamente quantas semanas de gestação?

CRITÉRIOS DE GRAVIDADE

- A gravidade da condição clínica não é determinada pelo nível absoluto da pressão arterial (PA), mas pela magnitude de sua elevação e pelos sinais e sintomas associados. O Quadro 1 apresenta a classificação das emergências hipertensivas.

Quadro 1: Classificação das emergências hipertensivas

Emergências hipertensivas	
Cerebrovasculares	Encefalopatia hipertensiva Hemorragia intracerebral Hemorragia subaracnóide
Cardiocirculatórias	Dissecção aguda de aorta Edema agudo de pulmão com insuficiência ventricular esquerda Infarto agudo do miocárdio Angina instável
Sistêmicas	Hipertensão acelerada/maligna Hipertensão com múltiplos danos aos órgãos-alvo
Crise adrenérgicas graves	Crise do feocromocitoma Dose excessiva de drogas ilícitas (Ex: cocaína, crack, LSD)
Hipertensão na gestão	Pré-eclâmpsia grave Síndrome HELLP Hipertensão grave em final da gestação

Fonte: Adaptado de Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2025.

DECISÃO TÉCNICA

CONSIDERAR USA SE:

- Alteração do nível de consciência;
- Dispneia moderada/grave;
- Cianose / extremidades frias / má perfusão;
- Precordialgia;
- Suspeita de LOA;
- Paciente gestante com suspeita de DHEG.

CONSIDERAR USB SE:

- Crise hipertensiva sem LOA/critérios de gravidade.

CONSIDERAR MOTOLÂNCIA SE:

- Emergência hipertensiva;
- Possível instabilidade clínica moderada/grave;
- Paciente sintomático em área de difícil acesso ou tráfego intenso;
- Situação crítica e tempo-dependente.

CONSIDERAR AÉREO SE:

- Local de difícil acesso e tempo-resposta via terrestre elevado;
- Quadro clínico grave com necessidade de transporte rápido;
- Transferência secundária com tempo resposta dependente.

ORIENTAÇÕES AO SOLICITANTE

- Manter o paciente em posição confortável até a chegada da equipe;
- Se o paciente estiver inconsciente, posicioná-lo em decúbito lateral (posição lateral de segurança);
- Afrouxar as roupas apertadas e manter o ambiente arejado;
- Manter o paciente sob observação constante;
- Não oferecer alimentos, líquidos ou remédios;
- Evitar movimentar ou transportar o paciente por meios próprios;
- Registrar os medicamentos de uso habitual;
- Informar se o paciente usa marca-passo ou tem problemas cardíacos;
- Observar sinais de piora, como desmaio, dor no peito, falta de ar ou novos sintomas. Em caso de piora, ligar novamente informando;
- Separar documentos e exames prévios como Eletrocardiograma (ECG), receitas e laudos;
- Manter o telefone disponível para novo contato da equipe;
- Sinalizar o local para facilitar a chegada do SAMU;
- Ficar ao lado do paciente até a chegada da equipe.

ORIENTAÇÕES PARA A EQUIPE DA INTERVENÇÃO

- Manter comunicação ativa com a CRU durante todo o atendimento;
- Informar a situação clínica antes do deslocamento com o paciente;
- Iniciar monitorização contínua;
- Realizar ECG de 12 derivações sempre que disponível;
- Garantir acesso venoso pérvio o mais breve possível, desde que não atrase o transporte rápido do paciente para o destino;
- Manter oximetria contínua (iniciar O₂ se SatO₂ < 94% ou sinais de desconforto respiratório; manter atenção especial nos casos de pacientes com doenças respiratórias restritivas);
- Avaliar sinais de instabilidade;
- Considerar drogas vasoativas (ex: nitroprussiato ou nitroglicerina) e avaliar indicações e contraindicações de cada uma;
- Considerar ventilação mecânica não-invasiva (VMNI), se EAP;
- Avaliar causas secundárias;
- Levantar e registrar histórico clínico (comorbidades, uso de medicamentos, eventos anteriores);
- Realizar a identificação do paciente por meio da pulseira, conforme o Protocolo Institucional de Identificação.

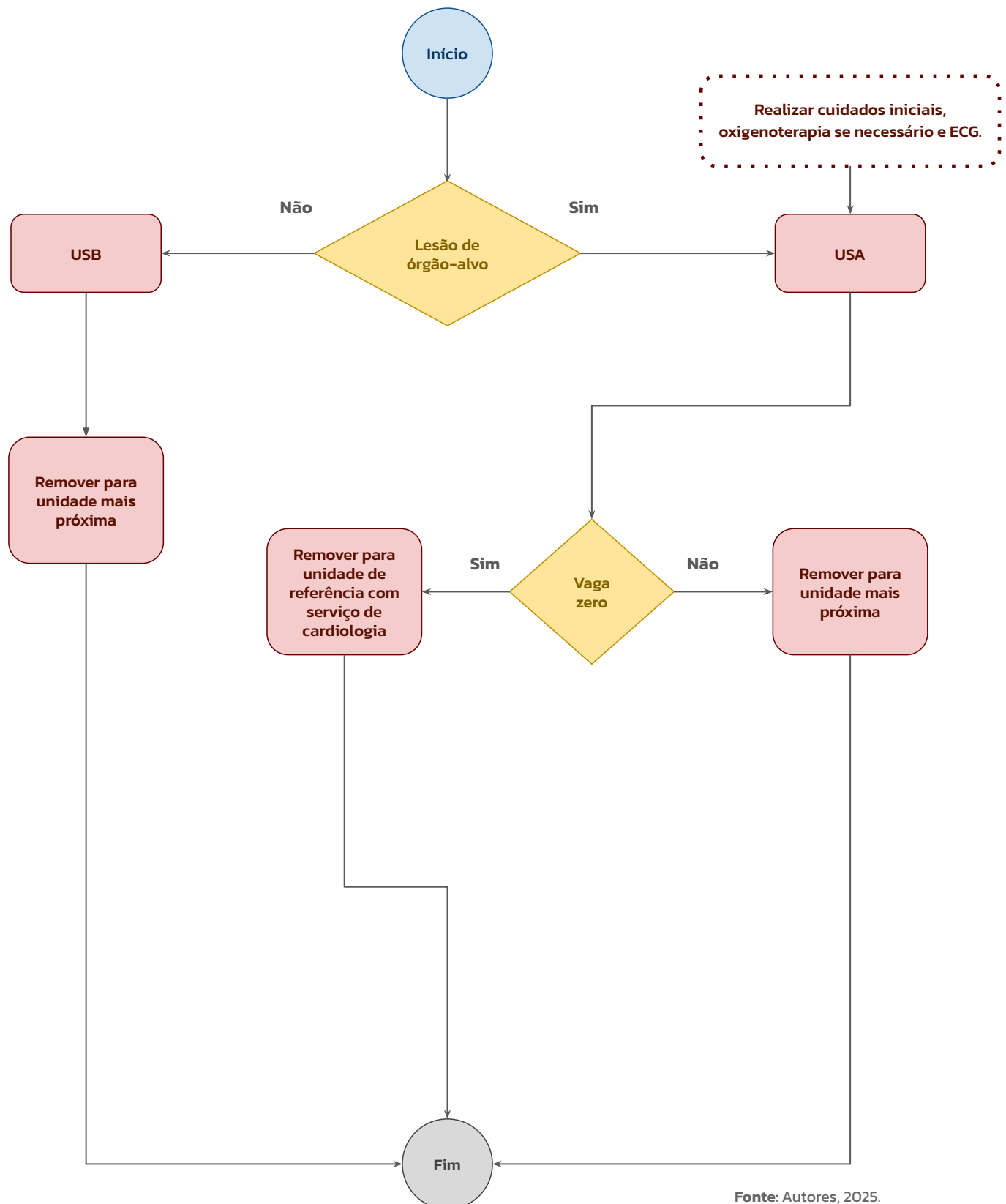
CONSIDERAR COMO POSSÍVEIS DESTINOS

- Unidade de Pronto Atendimento (UPA) ou Pronto Socorro Geral: Casos leves, estáveis ou em avaliação, considerando o melhor tempo resposta;
- Unidade Hospitalar terciária / Unidade Intensiva: se houver suspeita de LOA após avaliação médica, casos com repercussão hemodinâmica ou regulados via central de leitos.

NOTAS IMPORTANTES

- Realizar a classificação da emergência hipertensiva: cerebrovasculares, cardiocirculatórias, sistêmicas, crises adrenérgicas graves, hipertensão na gestação;
- Considerar causas reversíveis e secundárias de hipertensão, instituindo o tratamento conforme os recursos disponíveis;
- Evitar redução abrupta da PA para prevenir hipoperfusão cerebral e coronariana. O alvo de redução da PA varia de acordo com o tipo de apresentação da EH. Alguns alvos de redução da PA são específicos de acordo com a LOA envolvida;
- Manter o solicitante orientado com medidas de segurança até a chegada da equipe;
- Reavaliar o quadro periodicamente durante todo o atendimento;
- Investigar pseudocrise hipertensiva.

FLUXOGRAMA



Fonte: Autores, 2025.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRANDÃO, A. A. et al. VIII Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arq Bras Cardiol.** v. 122, n. 9, e20250624, 2025.

EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY (ESC). ESC Guidelines for the management of arterial hypertension: 2024. **European Heart Journal**, v. 45, n. 38, p. 3912–4018, 7 out. 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehae178>. Acesso em: 22 jul. 2025.

MANCIA, G. et al. 2023 ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. **J Hypertens**, v. 41, n. 12, p. 874–2071, 2023.

GONIEWICZ, M. et al. Prehospital management of hypertension by emergency medical teams: A retrospective analysis. **Signa Vitae**, v. 19, n. 1, p. 1–8, 2024.

HAJJAR, L. A. et al. (ed.). **Medicina de emergência: abordagem prática**. 18. ed. rev. e atual. Santana de Parnaíba, SP: Manole, 2024.

JANKE, A. T.; MCNAUGHTON, C. D.; BRODY, A. M.; WELCH, R. D.; LEVY, P. Trends in the use of intravenous antihypertensive medications in the emergency department. **Hypertension**, v. 68, n. 6, p. 1349–1355, 2016.

MALACHIAS, M. V. B. et al. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 107, n. 3, supl. 3, p. 1–83, 2016.

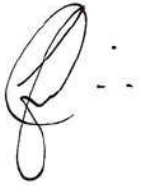
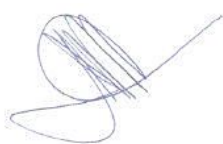
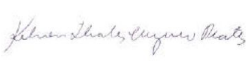
MUIESAN, M. L. et al. Hypertensive emergencies and urgencies: a consensus statement. **Blood Pressure**, v. 22, n. 6, p. 340–345, 2013.

RODRIGUES, C. I. S. et al. Hypertensive crisis: clinical–epidemiological characteristics in a public emergency department. **Einstein**, São Paulo, v. 19, p. eAO5701, 2021.

SHAH, S. N. et al. Management of hypertensive emergencies and urgencies: a review. **Postgraduate Medical Journal**, v. 97, n. 1144, p. 450–455, 2021.

UNGER, T. et al. 2020 International Society of Hypertension Global Hypertension Practice Guidelines. **Hypertension**, v. 75, n. 6, p. 1334–1357, 2020.

ELABORAÇÃO			
Responsável (s): Diego Saraiva Felipe Francisco Nilson Maciel Mendonça filho Igor Rodrigues da Silva Jayranne Mara Santana dos Santos Leiliane de Queiroz Oliveira Maria da Conceição Freitas Tavares Marília de Andrade Guedes Giesta Paulo Alberto Cosquillo Valdivia Samyla Citó Pedrosa		Data: 04/11/2025	
ANÁLISE		VALIDAÇÃO - GQSP	
Responsável (s): Airton Silva De Oliveira Junior Kelvio Da Silva Lins Larissa Lima Vieira Luiz Claudio Otoni De Castro Márcio Flávio Araújo Guanabara Jr. Raphael Colares De Sá Samuel Ramalho Torres Maia Susana Lia Cavalcante Thais Passos Costa Vanessa Gomes Martins		Data: 04/11/2025	Responsável: Dherlen Lemos da Silva Data: 05/12/2025

APROVAÇÃO			
CARGO	NOME	DATA	ASSINATURA
Superintendência	Francisco Nilson Maciel Mendonça Filho	05/12/2025	
Direção Técnica - DITEC	Jefferson Oliveira e Silva	05/12/2025	
Direção de Enfermagem - DIRENF	Geisy Lanne Muniz Luna	05/12/2025	
Direção de Gestão de Pessoas - DIGEP	Glauciran Alves Teles Cavalcante	05/12/2025	
Direção de Educação Permanente - DIEP	Yury Tavares de Lima	05/12/2025	
Direção Administrativo- Financeira	Kelson Thales Cruzeiro Prates	05/12/2025	

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, A. F. et al. Pre-hospital assistance by ambulance in the context of coronavirus infections. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, p. e20200657, 2021.

CRUZ, A. R. **Atendimento Pré-Hospitalar: Uma Abordagem sobre a Formação Específica do Enfermeiro**. 2014. Monografia (Especialização) – Universidade Federal de Minas Gerais – Escola de Enfermagem. Conselheiro Lafaiete, MG, 2014.

FERNANDES, F. S. L. **O processo de trabalho da central de regulação do serviço de atendimento móvel de urgência-SAMU 192 do município de São Paulo**. 2017. Tese (Doutorado) – Programa de Pós graduação em Saúde Pública. São Paulo: USP, 2017.

LOBIONDO, W. G.; HARBER, J. **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

MACHADO, S. **Desafios e Possibilidades da Triage na Emergência**. 2011. Monografia (Especialização EM Assistência de Enfermagem em Urgência e Emergência) – Universidade do Extremo Sul Catarinense. Criciúma, 2011.

MENDES, A. C. G.; SÁ, D. A. D.; MIRANDA, G. M. D.; LYRA, T. M.; TAVARES, R. A. W. Assistência pública de saúde no contexto da transição demográfica brasileira: exigências atuais e futuras. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 28, p.955-64, 2012.

MORAES, A. C. M.; FÉLIX, T. A.; SANTANA, C. R.; ANDRADE, A. P. Imobilização realizada no transporte de pacientes vítimas de traumas. **ReTEP [Internet]**, v.11, n.1, p.10-16, 2019.

PEREIRA, L. R. et al. Avaliação de procedimentos operacionais padrão implantados em um serviço de saúde. **Arquivos de Ciências da Saúde**, v. 24, n. 4, p. 47-51, 2017.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

RODRIGUES, R. M. **Pesquisa acadêmica:** como facilitar o processo de preparação de suas etapas. São Paulo: Atlas, 2007.

SALAZAR, A. S.; AVELLANEDA, F. Atuação do Enfermeiro na Classificação de Risco no Serviço de Urgência e Emergência. **Revista saúde.** v. 17, n. 1, p. 32-40, 2023.

SANTOS, L. A. **Procedimento Operacional Padrão para o Cuidado de Pacientes com Síndrome Coronariana Aguda em Unidade de Pronto Atendimento.** 2019. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina Centro de Ciências da Saúde – Programa de Pós-graduação Gestão do Cuidado em Enfermagem Modalidade Profissional. Florianópolis, 2019.

SOGAME, L. C. M.; MACHADO, W. C.; DUARTE NETO, C. Mapeamento dos acidentes e violências na população assistida pelo serviço de atendimento móvel de urgência do Espírito Santo. In: ENCONTRO INTERNACIONAL DE POLÍTICA SOCIAL. 8., ENCONTRO NACIONAL DE POLÍTICA SOCIAL. 15. **Anais [...]**. Vitória, ES, 2020.

TOFANI, L. F. N.; FURTADO, L. A. C.; ANDREZZA, R.; NASSER, M. A.; BIZETTO, F. O.; CHIORO, A. A Rede de Atenção às Urgências e Emergências em cena: contingências e produção de cuidado. **Saúde Debate.** v. 46, n.134, p. 761-776, 2022.

WALTER, R. R. Procedimento operacional padrão no ambiente hospitalar: percepção de enfermeiros. **Rev Fund Care Online.** v. 8, n. 4, p. 5095-5100, out./dez., 2016.

ZUCATTI, P. B.; LIMA, M. A. D. S.; PAI, D. D.; SOUZA, L. M.; HOFFMAN, C. C. Características do Atendimento Prestado pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência em Diferentes Regiões Brasileiras. **Revista pesquisa: cuidado fundamental online,** v. 13, p. 790-795, 2021.

APÊNDICE I - ESTRATÉGIAS DE BUSCA

REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA

Este apêndice apresenta as estratégias completas de busca utilizadas para responder às perguntas norteadoras formuladas por meio da metodologia PICO, adaptada ao contexto da regulação médica no Atendimento Pré-Hospitalar (APH). As buscas foram conduzidas nas bases MEDLINE/PubMed, Scopus, LILACS e Cochrane CENTRAL, empregando descritores controlados dos vocabulários MeSH e DeCS, combinados por operadores booleanos (AND/OR), de modo a assegurar amplitude, precisão e reprodutibilidade na identificação dos estudos relevantes. Aqui são detalhadas as combinações de termos e os filtros aplicados para cada um dos 17 protocolos analisados, permitindo total rastreabilidade metodológica e suporte à robustez das evidências selecionadas.

Nas revisões foram incluídos artigos originais com níveis de evidência (GRADE); apenas estudos primários disponíveis na íntegra, envolvendo população adulta (≥ 18 anos) e com foco no atendimento específico para as situações a que os protocolos se destinam, no contexto de serviços de emergência, regulação ou transporte. Excluíram-se trabalhos com enfoque exclusivo em população pediátrica, editoriais, cartas ao leitor, dissertações e artigos duplicados, bem como pesquisas que não abordassem intervenções clínicas ou operacionais no atendimento de emergências.

ANAFILAXIA

Medical Subject Headings (MeSH): Parada Cardíaca, morte súbita cardíaca, parada cardíaca pré-hospitalar, sistemas de comunicação de serviços médicos de emergência e atendimento de emergência por telemedicina. Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): (Anaphylaxis or Hypersensitivity or Reactional Erythema or Drug Hypersensitivity Syndrome and Emergency Medical System AND Transportation of Patients).

AVE - ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO

Medical Subject Headings (MeSH): Stroke [Mesh], emergency medical service communication systems [Mesh], telemedicine emergency care [Mesh], emergency medical dispatch [Mesh], prehospital care [Mesh], emergency medical calls [Mesh], transportation of patients [Mesh].

BRADIARRITMIA

Medical Subject Headings (MeSH): "Arrhythmia, Sinus", "bradiarritmias", "Emergency Medical Services", "Emergency Medical Service Communication Systems", "Telemedicine Emergency Care or Emergency Medical Dispatch", "Health Services Research" "Outcome Assessment", Health Care", "Disease Management", "Transportation of Patients", "Time-to-Treatment" "Electric Countershock or Pacemaker", "Artificial", "Atropine or Adenosine".

DISPNÉIA

Medical Subject Headings (MeSH): "dispneia", "condutas na regulação médica das urgências", "protocolos" e "tempo resposta". As estratégias aplicadas foram as seguintes: ((Dyspnea) AND (emergency medical calls) OR (Emergency Medical Service Communication Systems) OR (Telemedicine Emergency Care) OR (Emergency Medical Dispatch) OR (Prehospital Care) OR (Transportation of Patients)).

CRISE CONVULSIVA

Medical Subject Headings (MeSH): "Hypertensive Crisis", "Hypertension", "Emergency Medical Services", "Emergency Medical Dispatch", "Telemedicine Emergency Care", "Health Services Research", "Time-to-Treatment", "Antihypertensive Agents".

DOR ABDOMINAL

Medical Subject Headings (MeSH): (Abdomen, Acute) OR (Abdominal pain)) AND ((Emergency Medical Service Communication Systems) OR (Telemedicine Emergency Care) OR (Telemedicine) OR (Emergency Medical Dispatch) OR (Emergency Medical Dispatcher) OR (Prehospital Care) OR (Emergency Medical calls)) AND ((Reaction Time) OR (Disease Management) OR (Health Services Research) OR (Quality Indicators, Health Care) OR (Outcome Assessment, Health Care) OR (Transportation of Patients) OR (Time-to-Treatment)).

DOR TORÁCICA

Medical Subject Headings (MeSH): Chest Pain or Acute Coronary Syndrome and Emergency Medical Services and Thrombolytic Therapy or Transportation of Patients.

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

Medical Subject Headings (MeSH): hemorragia digestiva, sistemas de comunicação de serviços médicos de emergência e atendimento de emergência por telemedicina. Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), sendo eles: *Gastrointestinal Hemorrhage; Hematemesis; Melena; Emergency Medical System; Transportation of Patients.*

HEMORRAGIA OROFARINGE

Medical Subject Headings (MeSH): Epistaxis or Hemoptysis and Oropharynx Emergency Medical System AND Transportation of Patients

HIPERGLICEMIA

Medical Subject Headings (MeSH): ("diabetes mellitus"[MeSH Terms] OR "diabetes insipidus"[MeSH Terms] OR "diabetes complications"[MeSH Terms] OR "diabetes mellitus, type 2"[MeSH Terms] OR "diabetes mellitus, type 1"[MeSH Terms] OR "Hypoglycemia"[MeSH Terms] OR "Hyperglycemia"[MeSH Terms] OR "diabetic ketoacidosis"[MeSH Terms] OR "hyperglycemic hyperosmolar nonketotic coma" [MeSH Terms] OR "diabetes mellitus adult onset"[Title/Abstract] OR "diabetes mellitus non insulin dependent"[Title/Abstract] OR "diabetes mellitus type ii" [Title/Abstract] OR "NIDDM"[Title/Abstract] OR "diabetes mellitus noninsulin dependent"[Title/Abstract] OR "MODY"[Title/Abstract] OR "diabetes mellitus slow onset"[Title/Abstract] OR "diabetes complication"[Title/Abstract] OR "complications of diabetes mellitus"[Title/Abstract] OR "type 1 diabetes"[Title/Abstract] OR "diabetes mellitus insulin dependent"[Title/Abstract] OR "Hypoglycemia"[MeSH Terms] OR "hypoglycaemias"[Title/Abstract]) AND ("Emergency Medical Dispatch" [MeSH Terms] OR "medical dispatch emergency"[Title/Abstract] OR "911 Dispatch" [Title/Abstract] OR "Emergency Medical Services"[MeSH Terms] OR "Prehospital Emergency Care"[Title/Abstract] OR "Emergency Medical Service Communication Systems"[MeSH Terms]) AND ("Health Services Research"[MeSH Terms] OR "quality indicators, health care"[MeSH Terms] OR "outcome assessment, health care"[MeSH Terms] OR "Disease Management"[MeSH Terms] OR "Transportation of Patients" [MeSH Terms] OR "Time-to-Treatment"[MeSH Terms] OR "Time-to-Treatment" [Title/Abstract] OR "Disease Management"[Title/Abstract]).

HIPOGLICEMIA

Medical Subject Headings (MeSH): ("diabetes mellitus"[MeSH Terms] OR "diabetes insipidus"[MeSH Terms] OR "diabetes complications"[MeSH Terms] OR "diabetes mellitus, type 2"[MeSH Terms] OR "diabetes mellitus, type 1"[MeSH Terms] OR "Hypoglycemia" [MeSH Terms] OR "Hyperglycemia"[MeSH Terms] OR "diabetic ketoacidosis"[MeSH Terms] OR "hyperglycemic hyperosmolar nonketotic coma"[MeSH Terms] OR "diabetes mellitus adult onset"[Title/Abstract] OR "diabetes mellitus non insulin dependent"[Title/Abstract] OR "diabetes mellitus type ii"[Title/Abstract] OR "NIDDM"[Title/Abstract] OR "diabetes mellitus noninsulin dependent"[Title/Abstract] OR "MODY"[Title/Abstract] OR "diabetes mellitus slow onset"[Title/Abstract] OR "diabetes complication"[Title/Abstract] OR "complications of diabetes mellitus"[Title/Abstract] OR "type 1 diabetes"[Title/Abstract] OR "diabetes mellitus insulin dependent"[Title/Abstract] OR "Hypoglycemia"[MeSH Terms] OR "hypoglycaemias"[Title/Abstract]) AND ("Emergency Medical Dispatch"[MeSH Terms] OR "medical dispatch emergency"[Title/Abstract] OR "911 Dispatch"[Title/Abstract] OR "Emergency Medical Services"[MeSH Terms] OR "Prehospital Emergency Care" [Title/Abstract] OR "Emergency Medical Service Communication Systems"[MeSH Terms]) AND ("Health Services Research"[MeSH Terms] OR "quality indicators, health care"[MeSH Terms] OR "outcome assessment, health care"[MeSH Terms] OR "Disease Management" [MeSH Terms] OR "Transportation of Patients"[MeSH Terms] OR "Time-to-Treatment" [MeSH Terms] OR "Time-to-Treatment"[Title/Abstract] OR "Disease Management" [Title/Abstract]).

OVACE - OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS POR CORPO ESTRANHO

Medical Subject Headings (MeSH): "Obstrução de vias aéreas", "corpo estranho", "emergência", "regulação médica", "pré-hospitalar", "atendimento de urgência", "foreign body airway obstruction", "emergency medical service", "medical regulation", "prehospital care".

PCR - PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA

Medical Subject Headings (MeSH): ("Heart Arrest") OR ("Death, Sudden, Cardiac") OR ("Out-of-Hospital Cardiac Arrest") AND ("Emergency Medical Service Communication Systems") OR ("Telemedicine Emergency Care") OR ("Telemedicine") OR ("Emergency Medical Dispatch") OR ("Emergency Medical Dispatcher") OR ("Prehospital Care") OR ("Emergency Medical calls")) AND ("Reaction Time") OR ("Disease Management") OR ("Health Services Research") OR ("Quality Indicators, Health Care") OR ("Outcome Assessment, Health Care") OR ("Transportation of Patients") OR ("Time-to-Treatment") OR ("Return of Spontaneous Circulation"))).

SÍNCOPE

Medical Subject Headings (MeSH): "Syncope" AND "Emergency Medical Service Communication Systems" OR "Telemedicine Emergency Care" OR "Telemedicine" OR "Emergency Medical Dispatch" OR "Emergency Medical Dispatcher" OR "Prehospital Care" OR "Emergency Medical calls" AND "Reaction Time" OR "Disease Management" OR "Health Services Research" OR "Quality Indicators, Health Care" OR "Outcome Assessment, Health Care" OR "Transportation of Patients" OR "Time-to-Treatment"

TAQUICARDIA

Medical Subject Headings (MeSH): "Arrhythmia, Sinus", "Tachycardia", "Emergency Medical Services", "Emergency Medical Service Communication Systems", "Telemedicine Emergency Care or Emergency Medical Dispatch", "Health Services Research" "Outcome Assessment", Health Care", "Disease Management", "Transportation of Patients", "Time-to-Treatment" "Electric Countershock or Pacemaker", "Artificial", "Atropine or Adenosine".

URGÊNCIA HIPERTENSIVA

Medical Subject Headings (MeSH): "Hypertensive Crisis", "Hypertension", "Emergency Medical Services", "Emergency Medical Dispatch", "Telemedicine Emergency Care", "Health Services Research", "Time-to-Treatment", "Antihypertensive Agents".

