

	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº APS-CAJ-UE-001	Emissão: 06/08/2026	Próxima Revisão: 24 meses
	Procedimento Operacional Padrão – Urgências e Emergências na Atenção Primária à Saúde		Página 1 de 45

URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Identificação e atuação do médico da APS até a chegada do SAMU 192

Elaboração

Diretoria de Atenção Primária à Saúde
Secretaria Municipal de Saúde de Cajamar

Revisão

Equipe técnica da Atenção Primária à Saúde
Coordenações das áreas técnicas correspondentes

Cajamar/SP
2026

Secretário Municipal de Saúde

Daniel de Freitas

Prefeito Municipal

Kauan Berto Sousa Santos

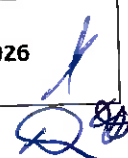
Procedimento Operacional Padrão – Urgências e Emergências na Atenção Primária à Saúde	Emissão: agosto de 2026 Revisão e Finalização: 06/08/2026 Atualização: Bianual
---	--

	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº APS-CAJ-UE-001	Emissão: 06/08/2026	Próxima Revisão: 24 meses
	Procedimento Operacional Padrão – Urgências e Emergências na Atenção Primária à Saúde		Página 2 de 45

IDENTIFICAÇÃO DO DOCUMENTO

Título	Urgências e Emergências na Atenção Primária à Saúde
Código do documento	APS-CAJ-UE-001
Versão	1.0
Vigência	Agosto de 2026 a agosto de 2028 — revisão obrigatória em 24 meses ou antes, em caso de atualização das normativas de referência
Público-alvo	Médicos da Atenção Primária à Saúde; aplicação compartilhada com enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde
Elaboração	Diretoria de Atenção Primária à Saúde; Secretaria Municipal de Saúde de Cajamar
Revisão	Equipe técnica da Atenção Primária à Saúde; Coordenações das áreas técnicas correspondentes
Aprovação	Secretaria Municipal de Saúde de Cajamar

Procedimento Operacional Padrão – Urgências e Emergências na Atenção Primária à Saúde	Emissão: agosto de 2026 Revisão e Finalização: 06/08/2026 Atualização: Bianual
---	--



	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº APS-CAJ-UE-001	Emissão: 06/08/2026	Próxima Revisão: 24 meses
	Procedimento Operacional Padrão – Urgências e Emergências na Atenção Primária à Saúde		Página 3 de 45

Sumário

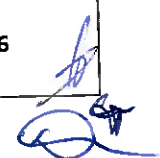
1. METODOLOGIA DE BUSCA DA LITERATURA	8
1.1 Bases de dados consultadas e documentos norteadores	8
1.2 Palavras-chave	8
1.3 Período referenciado e quantidade de artigos relevantes	8
2. INTRODUÇÃO	9
3. JUSTIFICATIVA	9
4. CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE (CID-10)	9
5. DIAGNÓSTICO CLÍNICO OU SITUACIONAL	10
6. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO — PESSOAS ELEGÍVEIS	11
7. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO — PESSOAS NÃO ELEGÍVEIS	11
8. CONTRAINDICAÇÕES	11
8.1 Contraindicações absolutas	12
8.2 Contraindicações relativas	12
9. OBJETIVO	12
10. ABRANGÊNCIA	13
11. FUNDAMENTAÇÃO E BASE NORMATIVA	13
12. ORGANIZAÇÃO DA RESPOSTA NA UNIDADE	14
12.1 Princípio organizador	14
12.2 Papéis definidos no momento da emergência	14
12.3 Insumos mínimos que devem estar disponíveis e conferidos	14
12.4 Educação permanente	14
13. ACIONAMENTO DO SAMU 192 E REGULAÇÃO MÉDICA	15
13.1 Quando acionar	15
13.2 Como se comunicar com o médico regulador	15

Procedimento Operacional Padrão – Urgências e Emergências na Atenção Primária à Saúde	Emissão: agosto de 2026 Revisão e Finalização: 06/08/2026 Atualização: Bianual
---	--

	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº APS-CAJ-UE-001	Emissão: 06/08/2026	Próxima Revisão: 24 meses
	Procedimento Operacional Padrão – Urgências e Emergências na Atenção Primária à Saúde		Página 4 de 45

13.3 Documentação que acompanha o paciente	15
14. AVALIAÇÃO PRIMÁRIA.....	16
14.1 Emergência clínica: sequência ABCDE	16
14.2 Emergência traumática: sequência xABCDE.....	16
14.3 Restrição de movimento da coluna.....	18
15. PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA NO ADULTO	18
15.1 Reconhecimento.....	18
15.2 Suporte básico de vida — parâmetros de qualidade (AHA 2025, Parte 7)	18
15.3 Desfibrilação	19
15.4 Suporte avançado de vida — medicações.....	19
15.5 Acesso vascular — mudança relevante em 2025	20
15.6 Via aérea avançada na UBS	20
15.7 Causas reversíveis.....	20
15.8 Encerramento das manobras	20
16. PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA NA CRIANÇA E NO LACTENTE.....	21
16.1 Desfibrilação pediátrica.....	22
16.2 Medicações na parada pediátrica.....	22
16.3 Bradicardia com má perfusão na criança	22
17. PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA NA GESTANTE	23
18. OBSTRUÇÃO DE VIA AÉREA POR CORPO ESTRANHO	24
19. CUIDADOS APÓS O RETORNO DA CIRCULAÇÃO ESPONTÂNEA	24
20. ANAFILAXIA	25
20.1 Critérios diagnósticos (World Allergy Organization, 2020)	25
20.2 Tratamento imediato.....	25
21. SÍNDROME CORONARIANA AGUDA E DOR TORÁCICA.....	26
21.1 Reconhecimento.....	26

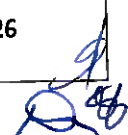
Procedimento Operacional Padrão – Urgências e Emergências na Atenção Primária à Saúde	Emissão: agosto de 2026 Revisão e Finalização: 06/08/2026 Atualização: Bianual
---	--



	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº APS-CAJ-UE-001	Emissão: 06/08/2026	Próxima Revisão: 24 meses
Procedimento Operacional Padrão – Urgências e Emergências na Atenção Primária à Saúde			Página 5 de 45

21.2 Conduta imediata na UBS	27
21.3 Metas de tempo para reperfusão.....	27
22. ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL	28
22.1 Reconhecimento	28
22.2 Notificação prévia e acionamento	29
22.3 Medidas iniciais na unidade	29
22.4 Janelas terapêuticas — o que a diretriz de 2026 estabelece	30
22.5 Ataque isquêmico transitório	31
23. CRISE CONVULSIVA E ESTADO DE MAL EPILÉPTICO	31
23.1 Medidas gerais imediatas	31
23.2 Tratamento farmacológico	32
24. HIPOGLICEMIA.....	33
25. SEPSE	34
25.1 Reconhecimento na UBS	34
25.2 Conduta na unidade básica	34
26. CRISE DE ASMA GRAVE E INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA AGUDA	35
27. SITUAÇÕES ESPECIAIS	35
27.1 Intoxicação por opioides.....	35
27.2 Afogamento	36
27.3 Hipotermia acidental	36
28. REGISTRO EM PRONTUÁRIO.....	36
29. ANEXO I — CARRO DE EMERGÊNCIA: CONFERÊNCIA DIÁRIA	37
29.1 Equipamentos	37
29.2 Medicamentos e soluções	37
29.3 Material de acesso e insumos	38
30. ANEXO II — CARTÃO DE BOLSO: DOSES E PARÂMETROS ESSENCIAIS	38

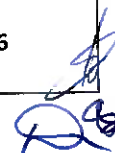
Procedimento Operacional Padrão – Urgências e Emergências na Atenção Primária à Saúde	Emissão: agosto de 2026 Revisão e Finalização: 06/08/2026 Atualização: Bianual
---	--



	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº APS-CAJ-UE-001	Emissão: 06/08/2026	Próxima Revisão: 24 meses
	Procedimento Operacional Padrão – Urgências e Emergências na Atenção Primária à Saúde		Página 6 de 45

31. ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO ASSISTENCIAL	39
31.1 Atribuições comuns a todos os profissionais	39
31.2 Agente Comunitário de Saúde.....	39
31.3 Auxiliar e Técnico de Enfermagem	39
31.4 Enfermeiro	40
31.5 Médico	40
31.6 Profissional designado para comunicação e registro	40
31.7 Gestão da unidade e Diretoria de Atenção Primária à Saúde	40
32. MONITORIZAÇÃO	40
32.1 Indicadores	41
33. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	41

Procedimento Operacional Padrão – Urgências e Emergências na Atenção Primária à Saúde	Emissão: agosto de 2026 Revisão e Finalização: 06/08/2026 Atualização: Bianual
---	---



	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº APS-CAJ-UE-001	Emissão: 06/08/2026	Próxima Revisão: 24 meses
	Procedimento Operacional Padrão – Urgências e Emergências na Atenção Primária à Saúde		Página 7 de 45

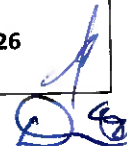
APRESENTAÇÃO

A Atenção Básica é componente formal da Rede de Atenção às Urgências e Emergências. Isso significa que a unidade básica não é apenas porta de entrada do cuidado continuado: é também o primeiro ponto de reconhecimento e de estabilização de agravos que ameaçam a vida. O agravo agudo não escolhe o serviço onde se manifesta.

Este protocolo foi elaborado para responder a uma pergunta prática: **o que o médico da Atenção Primária deve fazer, e com que sequência, nos minutos que separam o reconhecimento do agravo da chegada do serviço de remoção.** Ele delimita o que deve ser executado na unidade, o que não deve ser tentado e o que precisa ser comunicado ao médico regulador.

Cada recomendação está datada e vinculada à sua fonte. Onde um dado não pôde ser confirmado no documento primário, essa limitação está declarada de forma expressa — opção deliberada, porque em urgência a incerteza declarada é mais segura do que a estimativa apresentada como certeza.

Procedimento Operacional Padrão – Urgências e Emergências na Atenção Primária à Saúde	Emissão: agosto de 2026 Revisão e Finalização: 06/08/2026 Atualização: Bianual
---	--



	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº APS-CAJ-UE-001	Emissão: 06/08/2026	Próxima Revisão: 24 meses
	Procedimento Operacional Padrão – Urgências e Emergências na Atenção Primária à Saúde		Página 8 de 45

1. METODOLOGIA DE BUSCA DA LITERATURA

1.1 Bases de dados consultadas e documentos norteadores

Este protocolo foi elaborado com base nas fontes normativas e científicas relacionadas a seguir, consultadas nos portais oficiais do Ministério da Saúde, da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS, da Biblioteca Virtual em Saúde e das sociedades científicas de referência:

- Diretrizes AHA 2025 de Ressuscitação Cardiopulmonar e Atendimento Cardiovascular de Emergência (*Circulation*, 22 de outubro de 2025), Partes 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11 e 12.
- 2026 Guideline for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke — American Heart Association e American Stroke Association (*Stroke*, 26 de janeiro de 2026).
- *Advanced Trauma Life Support*, 11ª edição — American College of Surgeons, 2025.
- *Prehospital Trauma Life Support*, 10ª edição — NAEMT, 2023.
- Protocolos de Intervenção para o SAMU 192 — Suporte Básico e Suporte Avançado de Vida, 2ª edição, Ministério da Saúde, 2016.
- Portaria GM/MS nº 2.048, de 5 de novembro de 2002, e Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017 — Anexo III (Rede de Atenção às Urgências e Emergências).
- Resolução CFM nº 2.110, de 25 de setembro de 2014.
- Política Nacional de Atenção Básica — Portaria GM/MS nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.
- *Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines 2026* — SCCM e ESICM.
- *World Allergy Organization Anaphylaxis Guidance 2020*; ASBAI, 2024; Sociedade Brasileira de Pediatria, 2021.
- *Diretriz Brasileira de Atendimento à Dor Torácica na Unidade de Emergência* — SBC, 2025.
- *Avaliação e Conduta da Epilepsia na Atenção Básica e na Urgência e Emergência* — Ministério da Saúde, 2018.

1.2 Palavras-chave

Emergências; Parada Cardíaca; Reanimação Cardiopulmonar; Serviços Médicos de Emergência; Atenção Primária à Saúde; Acidente Vascular Cerebral; Anafilaxia; Sepsis; Ferimentos e Lesões.

1.3 Período referenciado e quantidade de artigos relevantes

Para a seleção do material, tomaram-se por base as publicações dos últimos 10 anos, priorizando-se, sempre que existentes, as edições mais recentes das normativas do Ministério da Saúde e das diretrizes das sociedades científicas de referência. Foram utilizados protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, portarias, manuais técnicos, linhas de cuidado, diretrizes de sociedades científicas nacionais e internacionais e artigos científicos indexados. **Toda recomendação deste**

Procedimento Operacional Padrão – Urgências e Emergências na Atenção Primária à Saúde	Emissão: agosto de 2026 Revisão e Finalização: 06/08/2026 Atualização: Bianual
---	---



	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº APS-CAJ-UE-001	Emissão: 06/08/2026	Próxima Revisão: 24 meses
	Procedimento Operacional Padrão – Urgências e Emergências na Atenção Primária à Saúde		Página 9 de 45

protocolo está datada e vinculada à sua fonte; quando um dado não pôde ser confirmado no documento primário, essa limitação está declarada de forma expressa no corpo do texto, em vez de ser substituída por estimativa.

2. INTRODUÇÃO

As urgências e emergências que se apresentam na unidade básica têm três características que definem a resposta necessária: são pouco frequentes em cada unidade isolada, são tempo-dependentes e ocorrem em ambiente com recursos limitados. A baixa frequência produz perda de habilidade; a dependência do tempo não admite hesitação; a limitação de recursos exige que se saiba com precisão o que é exequível e o que não é.

A resposta a essas três características é a padronização. Um protocolo único, treinado periodicamente e apoiado em material conferido diariamente, substitui a improvisação por uma sequência conhecida por toda a equipe.

Este documento organiza essa sequência em torno de dois eixos: o **reconhecimento** — avaliação primária, sinais de gravidade e identificação das condições tempo-dependentes — e a **atuação** — o que fazer na unidade, o que comunicar ao médico regulador e o que registrar.

3. JUSTIFICATIVA

A revisão dos protocolos assistenciais da Atenção Primária do município identificou que nenhum documento organizava, de forma unificada, o reconhecimento e a conduta diante de parada cardiorrespiratória, obstrução de via aérea por corpo estranho, anafilaxia, choque, síndrome coronariana aguda, acidente vascular cerebral, crise convulsiva, hipoglicemia, sepse e trauma. Foi classificada como a lacuna com maior potencial de dano.

Além disso, as principais referências internacionais de suporte à vida foram integralmente substituídas: as Diretrizes AHA de 2020 deram lugar às de 2025, o ATLS passou à 11ª edição em 2025 e a diretriz de acidente vascular cerebral isquêmico agudo da AHA e da ASA foi publicada em janeiro de 2026, substituindo as versões de 2018 e 2019. Várias condutas consagradas deixaram de ser recomendadas, e algumas passaram a ser expressamente desaconselhadas.

A padronização municipal reduz a variabilidade da conduta, qualifica a comunicação com a regulação médica e torna o atendimento auditável.

4. CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE (CID-10)

Códigos da CID-10 abrangidos por este protocolo:

Procedimento Operacional Padrão – Urgências e Emergências na Atenção Primária à Saúde	Emissão: agosto de 2026 Revisão e Finalização: 06/08/2026 Atualização: Bianual
---	--

	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº APS-CAJ-UE-001	Emissão: 06/08/2026	Próxima Revisão: 24 meses
	Procedimento Operacional Padrão – Urgências e Emergências na Atenção Primária à Saúde		Página 10 de 45

- I46 — Parada cardíaca;
- I20 a I25 — Doenças isquêmicas do coração, incluindo I21 (infarto agudo do miocárdio);
- I60 a I64 — Doenças cerebrovasculares, incluindo I63 (infarto cerebral) e I64 (acidente vascular cerebral não especificado como hemorrágico ou isquêmico);
- G45 — Ataques isquêmicos transitórios cerebrais e síndromes correlatas;
- T78.2 — Choque anafilático não especificado;
- R56.8 — Outras convulsões e as não especificadas;
- E16.2 — Hipoglicemia não especificada;
- A41.9 — Septicemia não especificada;
- R57 — Choque não classificado em outra parte;
- T07 — Traumatismos múltiplos não especificados;
- W78 e W80 — Inalação e obstrução das vias respiratórias por corpo estranho;
- W65 a W74 — Afogamento e submersão acidentais;
- T68 — Hipotermia.

Códigos correspondentes da Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP-2), de uso no registro do prontuário eletrônico:

- K75 — Infarto agudo do miocárdio;
- K90 — Acidente vascular cerebral;
- K80 — Arritmia cardíaca não especificada;
- A92 — Alergia e reação alérgica não especificada;
- N07 — Convulsão e crise convulsiva;
- T87 — Hipoglicemia;
- A80 — Traumatismo e lesão acidental não especificados;
- A06 — Desmaio e síncope.

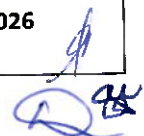
5. DIAGNÓSTICO CLÍNICO OU SITUACIONAL

O diagnóstico situacional que motiva este protocolo é o de que a unidade básica recebe, de forma não programada, agravos agudos de qualquer natureza e gravidade — em demanda espontânea, durante procedimento na própria unidade ou identificados em visita domiciliar.

O reconhecimento clínico apoia-se na **avaliação primária**, que identifica rapidamente a ameaça à vida antes de qualquer hipótese diagnóstica refinada:

- **Emergência clínica:** sequência **ABCDE** — via aérea, respiração, circulação, estado neurológico e exposição.
- **Emergência traumática:** sequência **xABCDE**, adotada formalmente pelo ATLS na 11ª edição (2025), em que o "x" corresponde ao controle imediato de hemorragia externa exsanguinante. O PHTLS 10ª edição (2023) já adotava a mesma lógica sob a grafia **XABCDE**.

Procedimento Operacional Padrão – Urgências e Emergências na Atenção Primária à Saúde	Emissão: agosto de 2026 Revisão e Finalização: 06/08/2026 Atualização: Bianual
---	---



	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº APS-CAJ-UE-001	Emissão: 06/08/2026	Próxima Revisão: 24 meses
	Procedimento Operacional Padrão – Urgências e Emergências na Atenção Primária à Saúde		Página 11 de 45

São situacionalmente definidoras de emergência, exigindo acionamento imediato do SAMU 192: irresponsividade com respiração ausente ou agônica; obstrução grave de via aérea; instabilidade hemodinâmica; alteração aguda do nível de consciência; déficit neurológico focal de instalação súbita; dor torácica com suspeita de síndrome coronariana aguda; sinais de disfunção orgânica com foco infeccioso; e hemorragia não controlada.

6. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO — PESSOAS ELEGÍVEIS

São elegíveis a este protocolo:

- Toda pessoa que apresente agravo agudo nas dependências da unidade ou em suas imediações, **independentemente de estar cadastrada no território**.
- Pessoas de qualquer faixa etária, incluindo lactentes, crianças, gestantes e pessoas idosas.
- Intercorrências ocorridas durante procedimento realizado na própria unidade — por exemplo, reação a medicamento injetável, reação vasovagal ou complicação de procedimento.
- Agravos agudos identificados pela equipe em visita domiciliar no território adscrito.
- Situações de urgência comunicadas à unidade cuja resposta dependa de orientação inicial até a chegada da remoção.

7. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO — PESSOAS NÃO ELEGÍVEIS

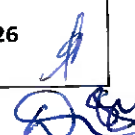
Não são elegíveis a este protocolo, devendo seguir o fluxo indicado em cada item:

- **Pessoas já sob cuidado de serviço de urgência ou hospitalar:** nesses casos, a conduta é a do serviço responsável, e a APS atua apenas na continuidade após a alta.
- **Condições agudas de baixa complexidade sem risco à vida** — por exemplo, infecção respiratória sem sinais de gravidade ou lesão de pele não complicada: devem seguir o acolhimento à demanda espontânea, e **não devem ser encaminhadas automaticamente ao pronto-socorro**, conforme determina a Portaria GM/MS nº 2.048/2002.
- **Manejo definitivo de agravos que exigem recursos indisponíveis na APS** — reperfusão coronariana, trombólise, trombectomia, transfusão de hemocomponentes, ventilação mecânica invasiva e cirurgia: a APS reconhece, estabiliza e regula, mas não conduz.
- **Transporte inter-hospitalar:** é atribuição do serviço de remoção sob regulação médica.

8. CONTRAINDICAÇÕES

As condutas relacionadas a seguir **não devem ser executadas na unidade básica**, seja por ausência de benefício demonstrado, seja por risco de dano. A lista é vinculante.

Procedimento Operacional Padrão – Urgências e Emergências na Atenção Primária à Saúde	Emissão: agosto de 2026 Revisão e Finalização: 06/08/2026 Atualização: Bianual
---	---



	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº APS-CAJ-UE-001	Emissão: 06/08/2026	Próxima Revisão: 24 meses
	Procedimento Operacional Padrão – Urgências e Emergências na Atenção Primária à Saúde		Página 12 de 45

8.1 Contraindicações absolutas.

- **Nifedipino de ação rápida por via sublingual** para redução da pressão arterial: provoca queda abrupta e não controlada, com risco de isquemia cerebral, coronariana e renal. Prática proscrita.
- **Nitroglicerina ou nitrato transdérmico como tratamento pré-hospitalar do acidente vascular cerebral:** a diretriz AHA/ASA de 2026 classifica a conduta como **Classe 3 — Dano**, nível de evidência A.
- **Diazepam por via intramuscular** na crise convulsiva: vedado pelo documento do Ministério da Saúde (2018) por absorção errática.
- **Redução agressiva da pressão arterial no acidente vascular cerebral**, salvo os limiares expressamente previstos neste protocolo.
- **Administração de qualquer substância por via oral — inclusive ácido acetilsalicílico, água e medicamentos — a pessoa com déficit neurológico agudo em curso**, antes da triagem de deglutição.
- **Introdução de alimento ou líquido na cavidade oral de pessoa com rebaixamento do nível de consciência**, pelo risco de broncoaspiração.
- **Substituição da transferência por prescrição ambulatorial** em pessoa com déficit neurológico em curso: classificada como **Classe 3 — Dano** pela diretriz AHA/ASA de 2026.

8.2 Contraindicações relativas.

- **Desfibrilação sequencial dupla e mudança de vetor:** utilidade não estabelecida (Classe 2b nas Diretrizes AHA 2025). Não adotar como rotina.
- **Dispositivos mecânicos de compressão torácica:** uso de rotina não recomendado.
- **Ressuscitação com a cabeça elevada:** não recomendada fora de ensaios clínicos.
- **Vasopressina** como substituta ou adjuvante da adrenalina: sem vantagem demonstrada.
- **Adrenalina em altas doses:** não recomendada para uso de rotina.
- **Oxigênio suplementar em pessoa sem hipoxemia:** sem benefício demonstrado na síndrome coronariana aguda e no acidente vascular cerebral.
- **Técnica dos dois dedos para compressões torácicas em lactentes:** deixou de ser recomendada nas Diretrizes AHA 2025.
- **Aplicação do desfibrilador antes das ventilações no afogamento:** nessa situação, a ventilação precede a desfibrilação.
- **Ácido tranexâmico após 3 horas do trauma:** associado a aumento de mortalidade por sangramento.

9. OBJETIVO

Padronizar o reconhecimento precoce e a atuação inicial do médico da Atenção Primária à Saúde (APS) diante das urgências e emergências clínicas e traumáticas que se apresentam nas Unidades

Procedimento Operacional Padrão – Urgências e Emergências na Atenção Primária à Saúde	Emissão: agosto de 2026 Revisão e Finalização: 06/08/2026 Atualização: Bianual
---	---



	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº APS-CAJ-UE-001	Emissão: 06/08/2026	Próxima Revisão: 24 meses
Procedimento Operacional Padrão – Urgências e Emergências na Atenção Primária à Saúde			Página 13 de 45

Básicas de Saúde (UBS) e nas Unidades de Saúde da Família (USF) do município de Cajamar, delimitando o que deve ser executado na unidade e o que deve ser regulado para serviço de maior complexidade.

10. ABRANGÊNCIA

- Todas as UBS e USF do município, em horário de funcionamento.
- Todo usuário que apresente agravo agudo na unidade ou em suas imediações, independentemente de estar cadastrado no território.
- Situações de demanda espontânea, intercorrência durante procedimento na unidade e agravo identificado em visita domiciliar.

11. FUNDAMENTAÇÃO E BASE NORMATIVA

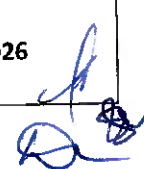
A Atenção Básica é **componente formal da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE)**, conforme o artigo 4º, inciso II, da Portaria GM/MS nº 1.600/2011, consolidada no Anexo III da Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017. A Portaria GM/MS nº 2.048, de 5 de novembro de 2002, determina que as unidades básicas devem responsabilizar-se pelo acolhimento dos usuários com quadros agudos cuja complexidade seja compatível com este nível de assistência, não encaminhando automaticamente ao pronto-socorro os casos resolvíveis localmente.

As condutas de suporte à vida deste protocolo seguem as **Diretrizes AHA 2025 de Ressuscitação Cardiopulmonar e Atendimento Cardiovascular de Emergência**, publicadas em *Circulation* em 22 de outubro de 2025, que substituem as diretrizes de 2020 e englobam o suporte básico e avançado de vida do adulto e da criança. As condutas de trauma seguem o **ATLS 11ª edição (2025)** e o **PHTLS 10ª edição (2023)**. A articulação com o serviço pré-hospitalar móvel segue os **Protocolos de Intervenção para o SAMU 192 (Ministério da Saúde, 2ª edição, 2016)** e a **Resolução CFM nº 2.110/2014**.

NOTA SOBRE A VIGÊNCIA DAS FONTES

Publicações identificadas como "2026" das entidades ACLS, ATLS, PALS e PHTLS não foram localizadas. As edições vigentes na data de elaboração deste documento são as Diretrizes AHA 2025 de Ressuscitação Cardiopulmonar e Atendimento Cardiovascular de Emergência (outubro de 2025, que englobam o ACLS e o PALS), o ATLS 11ª edição (2025) e o PHTLS 10ª edição (2023). Os Protocolos de Intervenção do SAMU 192 do Ministério da Saúde permanecem na 2ª edição, de 2016. Em matéria de acidente vascular cerebral, contudo, **há sim diretriz de 2026**: a *2026 Guideline for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke*, da American Heart Association e da American Stroke Association, publicada em *Stroke* em 26 de janeiro de 2026, que substitui as diretrizes de 2018 e a atualização de 2019.

Procedimento Operacional Padrão – Urgências e Emergências na Atenção Primária à Saúde	Emissão: agosto de 2026 Revisão e Finalização: 06/08/2026 Atualização: Bianual
---	---



	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº APS-CAJ-UE-001	Emissão: 06/08/2026	Próxima Revisão: 24 meses
	Procedimento Operacional Padrão – Urgências e Emergências na Atenção Primária à Saúde		Página 14 de 45

12. ORGANIZAÇÃO DA RESPOSTA NA UNIDADE

12.1 Princípio organizador

A UBS não é destino de transporte do SAMU: é **ponto de origem, de reconhecimento e de estabilização**. O objetivo do atendimento na unidade é sustentar as funções vitais e reduzir o tempo até o cuidado definitivo, e não conduzir o tratamento completo do agravo.

12.2 Papéis definidos no momento da emergência

Função	Responsável	Atribuição
Liderança clínica	Médico da APS	Coordenar o atendimento, definir condutas, prescrever, comunicar-se com o médico regulador e decidir sobre o momento do encerramento das manobras quando aplicável.
Via aérea e ventilação	Enfermeiro ou médico auxiliar	Manter via aérea pérvia, ventilar com bolsa-válvula-máscara acoplada a oxigênio, monitorar oximetria.
Compressões torácicas	Qualquer profissional treinado	Executar compressões de alta qualidade e revezar a cada 2 minutos.
Acesso venoso e medicação	Enfermeiro / técnico de enfermagem	Obter acesso venoso, preparar e administrar medicações sob prescrição, registrar horários.
Desfibrilador / monitor	Profissional treinado	Aplicar as pás, operar o desfibrilador externo automático (DEA), garantir segurança da equipe no momento do choque.
Registro e cronometragem	Profissional designado	Anotar horário de início, cada dose administrada, cada choque e cada checagem de ritmo.
Comunicação externa	Profissional designado	Acionar o 192, transferir a ligação ao médico, recepcionar e orientar a equipe do SAMU, manter familiares informados.

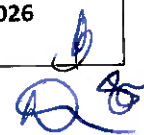
12.3 Insumos mínimos que devem estar disponíveis e conferidos

A conferência do carro de emergência é diária, registrada em impresso próprio, com verificação de integridade, validade e funcionamento. A lista completa consta do Anexo I.

12.4 Educação permanente

- Treinamento anual obrigatório de suporte básico de vida do adulto e da criança para toda a equipe da unidade, incluindo profissionais administrativos e agentes comunitários de saúde.
- Simulação de parada cardiorrespiratória na própria unidade, no mínimo semestral, com cronometragem e debriefing registrado.
- As Diretrizes AHA 2025 (Parte 12) recomendam o uso de **dispositivos de retorno (feedback) de qualidade da ressuscitação no treinamento de profissionais de saúde e também de socorristas leigos (Classe 1)**. Já os **auxílios cognitivos, como checklists, podem**

Procedimento Operacional Padrão – Urgências e Emergências na Atenção Primária à Saúde	Emissão: agosto de 2026 Revisão e Finalização: 06/08/2026 Atualização: Bianual
---	---



	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº APS-CAJ-UE-001	Emissão: 06/08/2026	Próxima Revisão: 24 meses
	Procedimento Operacional Padrão – Urgências e Emergências na Atenção Primária à Saúde		Página 15 de 45

ser razoáveis para profissionais de saúde (Classe 2a), mas não são recomendados para socorristas leigos (Classe 3: sem benefício), por atrasarem o início da ressuscitação.

13. ACIONAMENTO DO SAMU 192 E REGULAÇÃO MÉDICA

13.1 Quando acionar

O 192 deve ser acionado **imediatamente ao reconhecimento** do agravo grave, em paralelo ao início das manobras — nunca depois delas. Em parada cardiorrespiratória, o acionamento e o pedido do desfibrilador são simultâneos ao início das compressões.

13.2 Como se comunicar com o médico regulador

A ligação é atendida pelo Técnico Auxiliar de Regulação Médica e transferida ao médico regulador. Trata-se de **contato médico-médico**. A Resolução CFM nº 2.110/2014 estabelece que o médico regulador detém a autoridade decisória técnica sobre o recurso a ser enviado e sobre o destino do paciente, e que a vaga zero é prerrogativa e responsabilidade exclusiva dele, configurando situação de exceção. Cabe ao médico da APS informar com precisão e sustentar a estabilização até a chegada da equipe.

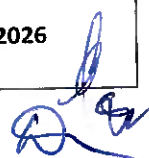
A transmissão da informação deve seguir o formato **SBAR**:

Elemento	Conteúdo
S — Situação	Identificação da unidade e do profissional; idade e sexo do paciente; queixa principal e tempo de evolução; nível de gravidade percebido.
B — Antecedentes	Comorbidades relevantes, medicações em uso, alergias, eventos que precederam o quadro, sinais vitais completos incluindo glicemia capilar.
A — Avaliação	Hipótese diagnóstica principal, achados do exame físico dirigido, resultado do eletrocardiograma quando realizado.
R — Recomendação / Requisição	O que se solicita (unidade de suporte básico ou avançado), o que já foi feito, com doses e horários, e o que a unidade ainda pode sustentar.

13.3 Documentação que acompanha o paciente

- Ficha de referência ou impressão do prontuário eletrônico com o resumo do atendimento.
- Registro de **todos** os medicamentos administrados, com dose em miligramas, via, horário e tempo de infusão em minutos.
- Traçado do eletrocardiograma, quando realizado.
- Resultado de glicemia capilar e demais exames de execução imediata disponíveis.
- Nome e contato do médico regulador com quem o caso foi pactuado, e horário do contato.

Procedimento Operacional Padrão – Urgências e Emergências na Atenção Primária à Saúde	Emissão: agosto de 2026 Revisão e Finalização: 06/08/2026 Atualização: Bianual
---	---



	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº APS-CAJ-UE-001	Emissão: 06/08/2026	Próxima Revisão: 24 meses
	Procedimento Operacional Padrão – Urgências e Emergências na Atenção Primária à Saúde		Página 16 de 45

14. AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

14.1 Emergência clínica: sequência ABCDE

Etapas	O que avaliar	Intervenção imediata na UBS
A — Via aérea	Permeabilidade, presença de corpo estranho, secreções, estridor, edema de língua ou lábios, rouquidão de instalação súbita.	Elevação do queixo com inclinação da cabeça (sem trauma) ou anteriorização da mandíbula (com suspeita de trauma cervical); aspiração; cânula orofaríngea em paciente sem reflexo de vômito.
B — Respiração	Frequência e padrão respiratórios, expansibilidade, ausculta, oximetria de pulso, uso de musculatura acessória, cianose.	Oxigênio suplementar titulado; ventilação com bolsa-válvula-máscara se hipoventilação ou apneia; broncodilatador inalatório se broncoespasmo.
C — Circulação	Pulso central e periférico, frequência cardíaca, pressão arterial, tempo de enchimento capilar, coloração e temperatura da pele, sangramento externo.	Compressão direta de sangramento; acesso venoso periférico calibroso; cristalóide conforme o quadro; monitorização.
D — Estado neurológico	Nível de consciência (escala AVDI ou escala de coma de Glasgow), pupilas, déficit focal, glicemia capilar obrigatória em todo rebaixamento de consciência.	Correção de hipoglicemia; posição de recuperação se inconsciente com respiração e pulso presentes; proteção contra trauma em crise convulsiva.
E — Exposição e ambiente	Exposição dirigida para identificar lesões, exantemas, sinais de infecção de partes moles; temperatura corporal.	Prevenção de hipotermia com manta; preservação da privacidade.

14.2 Emergência traumática: sequência xABCDE

O ATLS 11ª edição (2025) alterou formalmente a mnemônica da avaliação primária de ABCDE para xABCDE, em que o "x" corresponde ao controle imediato de hemorragia externa exsanguinante, executado antes ou simultaneamente à abordagem da via aérea. O PHTLS 10ª edição (2023) já adotava a mesma lógica sob a grafia XABCDE ("X" de eXsanguinação). A sequência interna A-B-C-D-E permanece inalterada.

Etapas	Conduta
x — Hemorragia exsanguinante	Hemorragia arterial de extremidade com jato ou sangramento maciço: aplicar o torniquete imediatamente, sem escalonamento — é a intervenção primária, e não o último recurso. Registrar o horário exato da aplicação e nunca afrouxá-lo na unidade. Se um torniquete não controlar o sangramento, aplicar um segundo, mais proximal, mantendo o primeiro. Hemorragia em região juncional — virilha, axila, pescoço — ou em local não passível de torniquete: compressão direta, pacotamento da ferida (*wound packing*) com gaze, preferencialmente hemostática, e compressão mantida.



	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº APS-CAJ-UE-001	Emissão: 06/08/2026	Próxima Revisão: 24 meses
	Procedimento Operacional Padrão – Urgências e Emergências na Atenção Primária à Saúde		Página 17 de 45

Etapa	Conduta
	Sangramento venoso ou de menor monta: compressão direta e curativo compressivo.
A — Via aérea com proteção cervical	Manter estabilização manual do pescoço. As Diretrizes AHA 2025 (Parte 7) determinam que, se a anteriorização da mandíbula somada a dispositivo adjuvante falhar em abrir a via aérea, o socorrista treinado deve usar a inclinação da cabeça com elevação do queixo — a via aérea pérvia prevalece sobre a imobilização.
B — Respiração	Oxigênio; identificar pneumotórax hipertensivo (desconforto respiratório grave, hipotensão, timpanismo, redução do murmúrio, turgência jugular) e ferida torácica aspirativa (selo torácico valvulado).
C — Circulação	Acesso venoso; cristaloide aquecido e restrito , como ponte e não como reanimação definitiva. O ATLS 11 adota modelo orientado pela fisiologia, com hipotensão permissiva na hemorragia não controlada, restrição de cristaloides e transfusão precoce e balanceada — recurso indisponível na UBS, o que reforça a prioridade do transporte.
D — Estado neurológico	Escala de coma de Glasgow; pupilas; glicemia capilar. A hipotensão é deletéria no traumatismo cranioencefálico — nele a hipotensão permissiva não se aplica.
E — Exposição e prevenção de hipotermia	Expor o necessário, remover roupas molhadas, cobrir com manta térmica. A hipotermia agrava a coagulopatia do trauma.

TEMPO DE CENA E TRANSPORTE

O PHTLS 10ª edição (2023) mantém o conceito de **Período de Ouro**, entendido como intervalo individual e variável — e não como sessenta minutos fixos — e o princípio dos **dez minutos de platina**: identificada uma condição ameaçadora à vida, as intervenções devem ser concluídas e o transporte iniciado em até dez minutos. Na UBS, isso significa que a estabilização não pode competir com o acionamento da remoção.

Ácido tranexâmico: o ensaio CRASH-2 (2010) demonstrou redução de mortalidade em pacientes randomizados em até 8 horas do trauma. A **análise exploratória de subgrupos publicada em 2011** pelos mesmos investigadores identificou benefício quando o fármaco é administrado **em até 3 horas e aumento de mortalidade por sangramento** quando administrado após esse intervalo — razão pela qual a janela de 3 horas é hoje adotada na prática. A posologia especificamente recomendada na 11ª edição do ATLS **não pôde ser confirmada no documento primário**; o regime utilizado no ensaio CRASH-2 foi de 1 g por via endovenosa em 10 minutos, seguido de 1 g em infusão por 8 horas. O medicamento não consta dos Protocolos de Intervenção do SAMU 192 (2016). Sua adoção na rede municipal depende de pactuação específica e de disponibilidade padronizada, não sendo conduta presumida deste protocolo.

Procedimento Operacional Padrão – Urgências e Emergências na Atenção Primária à Saúde	Emissão: agosto de 2026 Revisão e Finalização: 06/08/2026 Atualização: Bianual
---	---



	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº APS-CAJ-UE-001	Emissão: 06/08/2026	Próxima Revisão: 24 meses
	Procedimento Operacional Padrão – Urgências e Emergências na Atenção Primária à Saúde		Página 18 de 45

14.3 Restrição de movimento da coluna.

O ATLS 11ª edição (2025) revisou os princípios operacionais da restrição de movimento da coluna, com tendência internacional à **indicação seletiva** baseada em critérios, em vez de imobilização rotineira em prancha longa. Os critérios exatos adotados pela 11ª edição **não puderam ser confirmados no documento primário**. Os Protocolos do SAMU 192 (2016) ainda descrevem colar cervical e rolamento em bloco como procedimentos padronizados. Na UBS, mantém-se a estabilização manual da cabeça e do pescoço e a mobilização em bloco, deixando a decisão sobre dispositivos de imobilização para a equipe de remoção, sob regulação médica.

15. PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA NO ADULTO.

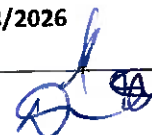
15.1 Reconhecimento.

- Paciente irresponsivo, sem respiração ou apenas com respiração agônica (*gaspings*).
- A checagem de pulso e de respiração é **simultânea e dura no máximo 10 segundos**; na dúvida, assume-se parada cardiorrespiratória e iniciam-se as compressões (AHA 2025, Parte 7).
- A respiração agônica está presente em **até 40% a 60%** das paradas extra-hospitalares e é a principal causa de falha de reconhecimento (AHA 2025, Parte 7).

15.2 Suporte básico de vida — parâmetros de qualidade (AHA 2025, Parte 7).

Parâmetro	Recomendação 2025
Sequência	C-A-B — iniciar por compressões torácicas, e não por ventilações.
Frequência das compressões	100 a 120 por minuto.
Profundidade	No mínimo 5 cm , evitando ultrapassar 6 cm.
Retorno do tórax	Permitir retorno completo ; não se apoiar sobre o tórax entre as compressões.
Relação compressão-ventilação (sem via aérea avançada)	30 compressões para 2 ventilações.
Ventilação com via aérea avançada	Compressões contínuas com 1 ventilação a cada 6 segundos (10 por minuto) (AHA 2025, Parte 9).
Volume de cada ventilação	O suficiente para produzir elevação visível do tórax , evitando hipo e hiperventilação. (<i>Mudança de 2025: o critério passou a ser a elevação visível do tórax, e não um volume fixo.</i>)
Interrupções	Pausas antes e depois do choque tão curtas quanto possível; retomar as compressões imediatamente após o choque .
Troca do compressor	A cada 2 minutos, aproveitando a checagem de ritmo.
Obesidade	A ressuscitação em pessoas com obesidade deve ser feita da mesma forma que em pessoas sem obesidade (<i>recomendação nova em 2025</i>).

Procedimento Operacional Padrão – Urgências e Emergências na Atenção Primária à Saúde	Emissão: agosto de 2026 Revisão e Finalização: 06/08/2026 Atualização: Bianual
---	---



	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº APS-CAJ-UE-001	Emissão: 06/08/2026	Próxima Revisão: 24 meses
	Procedimento Operacional Padrão – Urgências e Emergências na Atenção Primária à Saúde		Página 19 de 45

15.3 Desfibrilação.

- Aplicar o DEA assim que disponível, mantendo as compressões até o momento da análise.
- **Um choque, seguido de retomada imediata das compressões por 2 minutos** antes de nova análise de ritmo.
- **Energia (AHA 2025, Parte 9):** desfibrilador **bifásico** — dose recomendada pelo fabricante, tipicamente **120 a 200 J**; se a recomendação for desconhecida, usar a **energia máxima disponível**. Desfibrilador **monofásico** — **360 J**. Energias mais altas nos choques subsequentes podem ser consideradas se o primeiro choque falhar.
- *Recomendação nova em 2025:* em mulheres, **é razoável ajustar a posição do sutiã em vez de removê-lo**, medida adotada diante da disparidade documentada no uso público de desfibriladores em mulheres.
- **A utilidade da desfibrilação sequencial dupla e da mudança de vetor não está estabelecida** — as Diretrizes AHA 2025 (Parte 9) as classificam como Classe 2b, com nível de evidência B-R, e não como recomendação. **Não adotar como rotina na rede municipal.**

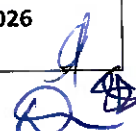
15.4 Suporte avançado de vida — medicações.

Medicamento	Dose no adulto	Momento de administração
Adrenalina	1 mg por via endovenosa ou intraóssea, a cada 3 a 5 minutos.	Ritmo não chocável (assistolia ou atividade elétrica sem pulso): o mais precocemente possível. Ritmo chocável (fibrilação ventricular ou taquicardia ventricular sem pulso): é razoável administrar após a falha das tentativas iniciais de desfibrilação (<i>posicionamento temporal explicitado em 2025</i>).
Amiodarona	1ª dose: 300 mg em bolus. 2ª dose: 150 mg.	Fibrilação ventricular ou taquicardia ventricular sem pulso refratária à desfibrilação.
Lidocaína (alternativa à amiodarona)	1ª dose: 1 a 1,5 mg/kg. 2ª dose: 0,5 a 0,75 mg/kg.	Mesma indicação da amiodarona; escolher uma das duas.

O QUE NÃO FAZER — RETIRADO OU DESACONSELHADO NAS DIRETRIZES AHA 2025

Vasopressina, isolada ou associada à adrenalina, **não oferece vantagem** como substituta da adrenalina. **Adrenalina em altas doses não é recomendada** para uso de rotina. **Dispositivos mecânicos de compressão torácica não são recomendados** para uso de rotina. **Ressuscitação com a cabeça elevada não é recomendada** fora de ensaios clínicos. **Marcapasso elétrico de rotina não é recomendado** durante a ressuscitação de parada já estabelecida.

Procedimento Operacional Padrão – Urgências e Emergências na Atenção Primária à Saúde	Emissão: agosto de 2026 Revisão e Finalização: 06/08/2026 Atualização: Bianual
---	---



	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº APS-CAJ-UE-001	Emissão: 06/08/2026	Próxima Revisão: 24 meses
	Procedimento Operacional Padrão – Urgências e Emergências na Atenção Primária à Saúde		Página 20 de 45

15.5 Acesso vascular — mudança relevante em 2025

As Diretrizes AHA 2025 (Parte 9) estabeleceram hierarquia explícita: os profissionais devem **tentar primeiro o acesso endovenoso** (Classe 1, Nível de Evidência A); o **acesso intraósseo é razoável se as tentativas iniciais de acesso endovenoso forem malsucedidas ou inviáveis** (Classe 2a, Nível de Evidência A).

15.6 Via aérea avançada na UBS

Se a colocação de via aérea avançada implicar interrupção das compressões, os profissionais **devem adiar** sua inserção até que o paciente não responda às tentativas iniciais de ressuscitação e desfibrilação (AHA 2025, Parte 9). **Na maioria das UBS e USF, a ventilação com bolsa-válvula-máscara acoplada a oxigênio é a estratégia adequada e suficiente** enquanto se aguarda a equipe do SAMU. Quando houver via aérea avançada, a capnografia de onda contínua é o método mais confiável de confirmação e monitoramento do posicionamento.

15.7 Causas reversíveis

O algoritmo AHA 2025 do adulto lista dez causas reversíveis, que devem ser percorridas a cada ciclo:

Hipovolemia	Hipóxia	Hidrogênio (acidose)	Hipo ou hipercalemia	Hipotermia
Pneumotórax hipertensivo	Tamponamento cardíaco	Toxinas	Trombose pulmonar	Trombose coronariana

O algoritmo **pediátrico** de 2025 acrescenta a **hipoglicemia** à lista, o que reforça a obrigatoriedade da glicemia capilar em toda emergência.

15.8 Encerramento das manobras

As Diretrizes AHA 2025 (Parte 9) recomendam que profissionais de suporte básico utilizem a **regra BLS-TOR de término de ressuscitação** em parada extra-hospitalar em que o **suporte avançado não esteja disponível ou possa demorar significativamente** (Classe 1, Nível de Evidência B-NR). Em unidade básica, a decisão de encerrar deve ser **pactuada com o médico regulador do SAMU 192** e integralmente registrada em prontuário, com horários. A Parte 4 das diretrizes de 2025 passou a recomendar que se **priorize a ressuscitação no local**, em vez do transporte precoce sob manobras, na ausência de circunstâncias especiais.

Procedimento Operacional Padrão – Urgências e Emergências na Atenção Primária à Saúde	Emissão: agosto de 2026 Revisão e Finalização: 06/08/2026 Atualização: Bianual
---	---

	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº APS-CAJ-UE-001	Emissão: 06/08/2026	Próxima Revisão: 24 meses
	Procedimento Operacional Padrão – Urgências e Emergências na Atenção Primária à Saúde		Página 21 de 45

16. PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA NA CRIANÇA E NO LACTENTE

Definições etárias adotadas (AHA 2025, Parte 6): **lactente** — menor de aproximadamente 1 ano, excluído o recém-nascido; **criança** — de aproximadamente 1 ano até a puberdade, caracterizada pelo desenvolvimento mamário nas meninas e pelo aparecimento de pelos axilares nos meninos. A partir da puberdade, aplicam-se as recomendações do adulto.

MUDANÇA MAIS RELEVANTE DE 2025 PARA A PEDIATRIA

A **técnica dos dois dedos em lactentes deixou de ser recomendada**. As Diretrizes AHA 2025 (Parte 6) determinam que as compressões no lactente sejam feitas com a **base de uma das mãos** sobre o esterno **ou** com a **técnica dos dois polegares circundando o tórax** (Classe 1, Nível de Evidência B-NR), por ineficácia da técnica dos dois dedos em atingir a profundidade adequada. Todo o treinamento da rede deve ser atualizado.

Parâmetro	Lactente	Criança
Frequência das compressões	100 a 120 por minuto	100 a 120 por minuto
Profundidade	No mínimo 1/3 do diâmetro anteroposterior do tórax — aproximadamente 4 cm	No mínimo 1/3 do diâmetro anteroposterior do tórax — aproximadamente 5 cm
Técnica	Base de uma das mãos ou dois polegares circundando o tórax	Uma ou duas mãos, conforme o porte da criança
Relação com 1 socorrista	30 compressões para 2 ventilações	30 compressões para 2 ventilações
Relação com 2 socorristas	15 compressões para 2 ventilações	15 compressões para 2 ventilações
Com via aérea avançada	Compressões contínuas com 1 ventilação a cada 2 a 3 segundos (20 a 30 por minuto)	Idem
Pausas nas compressões	Inferiores a 10 segundos (recomendação nova em 2025)	Idem

A **ressuscitação convencional, com compressões e ventilações, é a recomendada em crianças** (Classe 1, Nível de Evidência B-NR). A ressuscitação somente com compressões é razoável apenas quando o socorrista leigo não puder ou não quiser ventilar. Em parada extra-hospitalar pediátrica, as diretrizes recomendam **ventilação com bolsa-válvula-máscara em vez de intervenções avançadas de via aérea** (Parte 8, 2025) — recomendação diretamente aplicável à UBS.

Procedimento Operacional Padrão – Urgências e Emergências na Atenção Primária à Saúde	Emissão: agosto de 2026 Revisão e Finalização: 06/08/2026 Atualização: Bianual
---	---



	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº APS-CAJ-UE-001	Emissão: 06/08/2026	Próxima Revisão: 24 meses
	Procedimento Operacional Padrão – Urgências e Emergências na Atenção Primária à Saúde		Página 22 de 45

16.1 Desfibrilação pediátrica.

- **Hierarquia de equipamento:** desfibrilador manual operado por profissional treinado; na sua falta, DEA com atenuador de dose pediátrica, recomendado em menores de 8 anos; na falta de ambos, DEA sem atenuador pode ser considerado.
- **Primeiro choque:** 2 a 4 J/kg — a dose de 2 J/kg é a recomendada por facilidade de ensino e memorização.
- **Choques subsequentes:** 4 J/kg, podendo-se considerar energias maiores, sem ultrapassar 10 J/kg nem a dose máxima do adulto.
- Choque único é preferível a choques empilhados ou sequenciais.

16.2 Medicações na parada pediátrica.

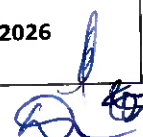
Medicamento	Dose	Observação
Adrenalina	0,01 mg/kg por via endovenosa ou intraóssea, na concentração 0,1 mg/mL (1:10.000). Dose máxima: 1 mg. Repetir a cada 3 a 5 minutos. Atenção — preparo obrigatório: a apresentação disponível na rede é de 1 mg/mL (1:1.000). A concentração de 0,1 mg/mL é obtida diluindo-se 1 ampola de 1 mg em 9 mL de soro fisiológico a 0,9%, totalizando 10 mL. A administração da apresentação não diluída resulta em dose dez vezes maior.	Ritmo não chocável: administrar a dose inicial o mais precocemente possível. Ritmo chocável: administrar após 2 tentativas de desfibrilação, ou antes disso apenas quando a desfibrilação rápida não for possível (posicionamento de 2025).
Amiodarona	5 mg/kg em bolus, dose máxima 300 mg, com possibilidade de repetição.	Fibrilação ventricular ou taquicardia ventricular sem pulso refratária.
Lidocaína	1 mg/kg.	Alternativa à amiodarona.

16.3 Bradicardia com má perfusão na criança.

Situação de altíssima relevância na pediatria, porque a parada da criança é, na maioria das vezes, de origem hipóxica e precedida de bradicardia. Conduta conforme o algoritmo PALS de bradicardia com pulso (AHA 2025):

- Manter via aérea pérvia e ofertar **oxigênio**; assistir a ventilação com pressão positiva conforme a necessidade; reavaliar ritmo e pulso a cada 2 minutos.
- Avaliar comprometimento cardiopulmonar: alteração do nível de consciência, sinais de choque, hipotensão.

Procedimento Operacional Padrão – Urgências e Emergências na Atenção Primária à Saúde	Emissão: agosto de 2026 Revisão e Finalização: 06/08/2026 Atualização: Bianual
---	---



	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº APS-CAJ-UE-001	Emissão: 06/08/2026	Próxima Revisão: 24 meses
	Procedimento Operacional Padrão – Urgências e Emergências na Atenção Primária à Saúde		Página 23 de 45

- Havendo comprometimento cardiopulmonar, iniciar ressuscitação cardiopulmonar se a frequência cardíaca for inferior a 60 batimentos por minuto; obter acesso venoso ou intraósseo.
- Adrenalina: 0,01 mg/kg (concentração 0,1 mg/mL), dose máxima 1 mg.
- Atropina: 0,02 mg/kg, podendo repetir uma vez. Dose mínima de 0,1 mg e dose única máxima de 0,5 mg.
- Considerar marcapasso transcutâneo ou transvenoso — recurso indisponível na UBS, o que reforça a prioridade da remoção.
- Investigar causas: hipotermia, hipóxia, toxinas, hipertensão intracraniana e estímulo vagal.

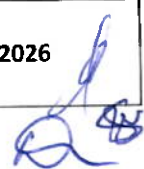
Limitação declarada: os volumes de expansão volêmica e os fármacos vasoativos para o choque pediátrico previstos na Parte 8 das Diretrizes AHA 2025 **não puderam ser confirmados no documento primário** durante a elaboração deste protocolo. Não são, portanto, aqui estimados. Para o choque pediátrico na UBS, aplica-se a conduta do protocolo municipal específico da condição de base — na desidratação por diarreia aguda, o Plano C do protocolo APS-CAJ-PED-001; na dengue, o Grupo D do protocolo de manejo clínico da dengue.

17. PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA NA GESTANTE

Conduta conforme o algoritmo específico das Diretrizes AHA 2025 (Parte 10):

- Ressuscitação de alta qualidade conforme o padrão do adulto.
- **Deslocamento uterino lateral esquerdo contínuo** quando a altura de fundo uterino estiver na altura da cicatriz umbilical ou acima dela, para aliviar a compressão aortocava.
- **Priorizar o manejo precoce da via aérea**, conduzido pelo profissional mais experiente disponível — a via aérea difícil é esperada na gestante.
- **Obter acesso venoso acima do diafragma.**
- Desconectar monitores fetais.
- **Se a paciente estiver em uso de sulfato de magnésio, suspender o magnésio e administrar cálcio.**
- Acionar precocemente a equipe completa, incluindo obstetrícia e neonatologia, por meio da regulação.
- **Parto de ressuscitação:** o preparo deve começar já no reconhecimento da parada, com meta de conclusão do parto em 5 minutos na ausência de retorno da circulação espontânea, quando o fundo uterino estiver na altura da cicatriz umbilical ou acima dela (*ênfase reforçada em 2025*). **Este procedimento não é exequível em UBS;** seu registro aqui tem a finalidade de determinar que a remoção seja acionada com máxima prioridade e com informação explícita de gestação ao médico regulador.

Procedimento Operacional Padrão – Urgências e Emergências na Atenção Primária à Saúde	Emissão: agosto de 2026 Revisão e Finalização: 06/08/2026 Atualização: Bianual
---	---



	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº APS-CAJ-UE-001	Emissão: 06/08/2026	Próxima Revisão: 24 meses
	Procedimento Operacional Padrão – Urgências e Emergências na Atenção Primária à Saúde		Página 24 de 45

18. OBSTRUÇÃO DE VIA AÉREA POR CORPO ESTRANHO

MUDANÇA DE 2025 NA SEQUÊNCIA

As Diretrizes AHA 2025 (Parte 7) padronizaram a sequência começando pelos **golpes nas costas**, e não pelas compressões abdominais. A sequência atual é **5 golpes nas costas seguidos de 5 compressões abdominais**, em ciclos repetidos.

Situação	Conduta
Obstrução leve (tosse eficaz, consegue falar)	Estimular a tosse. Não intervir. Manter vigilância contínua para sinais de gravidade.
Como reconhecer a obstrução grave	<i>Achados:</i> tosse fraca ou ausente, incapacidade de falar, alteração da coloração (cianose), alteração do estado mental, apneia. <i>Conduta:</i> intervir imediatamente, conforme as linhas seguintes.
Adulto ou criança responsivo com obstrução grave	Ciclos repetidos de 5 golpes nas costas seguidos de 5 compressões abdominais, até a expulsão do objeto ou até que a vítima perca a responsividade.
Lactente responsivo com obstrução grave	Ciclos repetidos de 5 golpes nas costas alternados com 5 compressões torácicas. Não se aplicam compressões abdominais em lactentes.
Gestante em fase avançada, ou quando o socorrista não conseguir circundar o abdome	5 golpes nas costas seguidos de 5 compressões torácicas, substituindo as abdominais.
Vítima torna-se irresponsiva	Iniciar ressuscitação cardiopulmonar, começando pelas compressões. Checar a presença de objeto visível na boca antes de cada tentativa de ventilação. Manter até a chegada do suporte avançado.

19. CUIDADOS APÓS O RETORNO DA CIRCULAÇÃO ESPONTÂNEA

Metas objetivas conforme as Diretrizes AHA 2025 (Parte 11), restritas ao que é exequível na unidade básica até a chegada da remoção:

Alvo	Meta	Executável na UBS
Oxigenação	Oxigênio a 100% até que a saturação possa ser medida de forma confiável; em seguida, titular para SpO ₂ entre 90% e 98%.	Sim
Ventilação	Manter a PaCO ₂ na faixa fisiológica, geralmente 35 a 45 mmHg — na prática da UBS, evitar hiperventilação, mantendo cerca de 10 ventilações por minuto.	Sim
Pressão arterial	Evitar hipotensão; manter pressão arterial média de no mínimo 65 mmHg.	Sim



	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº APS-CAJ-UE-001	Emissão: 06/08/2026	Próxima Revisão: 24 meses
Procedimento Operacional Padrão – Urgências e Emergências na Atenção Primária à Saúde			Página 25 de 45

Alvo	Meta	Executável na UBS
Eletrocardiograma	Eletrocardiograma de 12 derivações assim que possível após o retorno da circulação espontânea.	Sim, onde houver equipamento
Glicemia	Evitar valores inferiores a 70 mg/dL e superiores a 180 mg/dL.	Sim
Temperatura	Manter entre 32 °C e 37,5 °C em paciente que não responde a comando verbal; o controle deve ser mantido por no mínimo 36 horas (<i>duração explicitada em 2025</i>).	Parcialmente — na UBS, evitar hipertermia
Convulsões	Tratar crises clinicamente evidentes. A profilaxia anticonvulsivante de rotina não é recomendada. <i>Recomendação nova em 2025: não tratar mioclonia sem correlato eletroencefalográfico.</i>	Tratamento das crises evidentes

20. ANAFILAXIA

20.1 Critérios diagnósticos (World Allergy Organization, 2020)

A anafilaxia é altamente provável quando um dos dois critérios abaixo estiver preenchido:

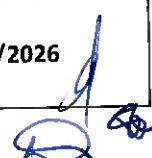
- **Critério 1** — início agudo, em minutos a algumas horas, com envolvimento de pele e/ou mucosa, **associado a pelo menos um** dos seguintes: comprometimento respiratório; queda da pressão arterial ou sintomas de disfunção orgânica (hipotonia, colapso, síncope, incontinência); **sintomas gastrointestinais graves** (dor abdominal em cólica intensa, vômitos repetidos).
- **Critério 2** — início agudo de **hipotensão, broncoespasmo ou envolvimento laríngeo** após exposição a alérgeno conhecido ou altamente provável, **mesmo na ausência de envolvimento cutâneo**.

20.2 Tratamento imediato

A ADRENALINA INTRAMUSCULAR É A PRIMEIRA E INSUBSTITUÍVEL MEDIDA

Não há contraindicação absoluta ao seu uso na anafilaxia. Anti-histamínicos e corticosteroides **não substituem a adrenalina** e não devem retardá-la. O atraso na administração é o principal fator associado à evolução fatal.

Item	Conduta
Adrenalina — dose	0,01 mg/kg da solução 1 mg/mL (1:1000), por via intramuscular, na face ântero-lateral da coxa (vasto lateral). Dose máxima: 0,5 mg no adulto e no adolescente; 0,3 mg na criança (ASBAI, 2024; SBP, 2021). Repetir a cada 5 a 15 minutos enquanto persistirem os sintomas.
Doses de referência por faixa etária	A WAO <i>Anaphylaxis Guidance 2020</i> apresenta, por faixa etária: 0,15 mg de 1 a 5 anos; 0,3 mg de 6 a 12 anos; e 0,5 mg em adultos e adolescentes — convergente



	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº APS-CAJ-UE-001	Emissão: 06/08/2026	Próxima Revisão: 24 meses
	Procedimento Operacional Padrão – Urgências e Emergências na Atenção Primária à Saúde		Página 26 de 45

Item	Conduta
	com ASBAI (2024) e SBP (2021). O teto de 0,5 mg aplica-se a adultos e adolescentes; em criança, o teto é de 0,3 mg.
Posicionamento	Decúbito dorsal com membros inferiores elevados; sentado se houver desconforto respiratório; decúbito lateral esquerdo na gestante; posição de recuperação se inconsciente com respiração e pulso presentes. Não colocar o paciente em pé nem sentá-lo bruscamente — a mudança postural abrupta associa-se a colapso.
Oxigênio	Suplementar quando a saturação for igual ou inferior a 95% (SBP, 2021).
Expansão volêmica	Cristaloide 20 mL/kg em bolus diante de instabilidade cardiovascular (WAO, 2020). No adulto, 1 a 2 litros de forma rápida; na criança, bolus inicial de 5 a 10 mL/kg, conforme resposta (SBP, 2021).
Broncoespasmo	Beta-2-agonista de curta duração por via inalatória, em doses repetidas.
Anti-histamínico e corticosteroide	Papel limitado . O anti-histamínico atua apenas sobre os sintomas cutâneos; há evidência crescente de ausência de benefício do corticosteroide no manejo agudo (WAO, 2020). Administrar somente após a adrenalina e nunca em seu lugar.
Uso de betabloqueador com resposta inadequada	Considerar glucagon por via endovenosa. As Diretrizes AHA 2025 (Parte 10) citam, no contexto de parada por anafilaxia, glucagon de 1 a 5 mg no adulto e de 20 a 30 mcg/kg na criança, até 1 mg.
Observação após a estabilização	Mínimo de 6 a 8 horas nos casos leves e de 24 a 48 horas nos casos graves (SBP, 2021), em serviço com capacidade de monitorização — portanto, fora da UBS . Cerca de metade das reações bifásicas ocorre nas primeiras 6 a 12 horas (WAO, 2020).

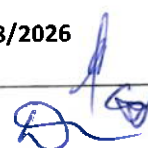
Limitação declarada: as Diretrizes AHA 2025 (Parte 10) tratam da anafilaxia apenas no contexto de parada cardiorrespiratória e declaram **incerta a efetividade da dose intramuscular padrão de adrenalina nesse cenário específico**, sem estabelecer dose em miligramas. As doses acima, portanto, **não derivam da AHA**, e sim das fontes de alergia e imunologia citadas.

21. SÍNDROME CORONARIANA AGUDA E DOR TORÁCICA

21.1 Reconhecimento

- Dor ou desconforto retroesternal em aperto, peso ou queimação, com duração superior a 20 minutos, irradiação para o membro superior esquerdo, mandíbula, dorso ou epigástrico.
- Sintomas associados: sudorese fria, náuseas, vômitos, dispneia, palidez, síncope.
- **Apresentações atípicas são frequentes em mulheres, idosos e pessoas com diabetes:** dispneia isolada, fadiga desproporcional, epigastralgia, mal-estar inespecífico. A ausência de dor típica não afasta o diagnóstico.

Procedimento Operacional Padrão – Urgências e Emergências na Atenção Primária à Saúde	Emissão: agosto de 2026 Revisão e Finalização: 06/08/2026 Atualização: Bianual
---	---



	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº APS-CAJ-UE-001	Emissão: 06/08/2026	Próxima Revisão: 24 meses
	Procedimento Operacional Padrão – Urgências e Emergências na Atenção Primária à Saúde		Página 27 de 45

21.2 Conduta imediata na UBS.

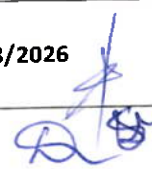
Ação	Detalhamento	Fonte
Eletrocardiograma de 12 derivações	Realizado e avaliado por médico em até 10 minutos a partir da chegada do paciente.	SBC, 2025; SBC, 2021; Linha de Cuidado do IAM (MS)
Ácido acetilsalicílico	Dose de ataque mastigada: 150 a 300 mg em pacientes sem uso prévio (Linha de Cuidado do IAM, MS, com base na diretriz SBC 2021). A V Diretriz da SBC sobre IAM com supradesnível de ST (2015) indica 160 a 325 mg, também mastigada, já no primeiro atendimento e antes do eletrocardiograma. Manutenção posterior de 100 mg/dia. Utilizar comprimido simples, não revestido — as apresentações gastroresistentes não servem para mastigação. Com o comprimido de 100 mg, a dose de ataque corresponde a 2 ou 3 comprimidos.	SBC, 2015; SBC, 2021; MS
Nitrato sublingual	Para alívio da angina (Classe I). Contraindicado se pressão arterial sistólica inferior a 90 mmHg, uso de inibidor de fosfodiesterase-5 nas últimas 24 horas, ou suspeita de infarto de ventrículo direito. Para a tadalafila, cuja meia-vida é longa, o intervalo de segurança é de 48 horas.	SBC, 2015; SBC, 2021
Oxigênio suplementar	Indicado apenas se saturação periférica de oxigênio inferior a 90% ou sinais clínicos de hipóxia. Não administrar oxigênio de rotina em paciente com saturação normal.	SBC, 2025; Linha de Cuidado do IAM (MS)
Monitorização e acesso venoso	Monitorização contínua, oximetria, acesso venoso periférico, desfibrilador disponível ao lado do paciente — o risco de fibrilação ventricular é máximo nas primeiras horas.	—
Regulação	Acionar o 192 imediatamente após o eletrocardiograma, informando o traçado ao médico regulador.	CFM, 2014

21.3 Metas de tempo para reperfusão.

- Fibrinólise indicada até 12 horas do início dos sintomas no infarto com supradesnível do segmento ST.
- Meta de porta-agulha inferior a 30 minutos em unidade sem angioplastia primária.
- Angioplastia primária preferida quando o tempo entre o primeiro contato médico e o balão for inferior ou igual a 90 minutos (ideal) ou inferior ou igual a 120 minutos (máximo). Quando o tempo até a angioplastia exceder 120 minutos, indica-se a fibrinólise, na ausência de contraindicações.

Observação sobre as fontes: a Sociedade Brasileira de Cardiologia não possui diretriz de infarto com supradesnível de ST posterior a 2015. A publicação mais recente aplicável ao cenário de urgência é a *Diretriz Brasileira de Atendimento à Dor Torácica na Unidade de Emergência — 2025*.

Procedimento Operacional Padrão – Urgências e Emergências na Atenção Primária à Saúde	Emissão: agosto de 2026 Revisão e Finalização: 06/08/2026 Atualização: Bianual
---	---



	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº APS-CAJ-UE-001	Emissão: 06/08/2026	Próxima Revisão: 24 meses
	Procedimento Operacional Padrão – Urgências e Emergências na Atenção Primária à Saúde		Página 28 de 45

22. ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

DIRETRIZ DE 2026 — SUBSTITUIÇÃO INTEGRAL DA REFERÊNCIA ANTERIOR

Esta seção foi integralmente revista à luz da 2026 *Guideline for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke*, da American Heart Association e da American Stroke Association, publicada em *Stroke* em 26 de janeiro de 2026 (DOI 10.1161/STR.0000000000000513). A diretriz substitui as versões de 2018 e a atualização de 2019 e é a única das referências de urgência citadas na demanda de revisão que efetivamente possui edição de 2026. Seu escopo é **exclusivamente o acidente vascular cerebral isquêmico agudo**; não abrange o acidente vascular cerebral hemorrágico nem a prevenção.

22.1 Reconhecimento

A diretriz de 2026 recomenda, com **Classe 1 e nível de evidência A**, o uso rotineiro de **ferramenta breve e validada de avaliação de acidente vascular cerebral** pelo profissional que faz o primeiro atendimento, para melhorar a identificação precoce, inclusive dos casos com oclusão de grande vaso. O texto da recomendação **não nomeia uma escala específica**.

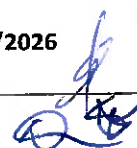
Na rede municipal, mantém-se a **Escala de Cincinnati**, padronizada pela Linha de Cuidado do Acidente Vascular Cerebral no adulto (Ministério da Saúde, 2020) e associada à **Escala de Coma de Glasgow** — conduta compatível com a exigência da diretriz de 2026.

Escala de Cincinnati — item	Como aplicar	Achado anormal
Assimetria facial	Pedir que a pessoa sorria ou mostre os dentes.	Um lado da face não se movimenta tão bem quanto o outro.
Força nos braços	Pedir que estenda os braços à frente, com as palmas para cima, e feche os olhos por 10 segundos.	Um braço não se eleva ou cai em relação ao outro.
Fala	Pedir que repita uma frase simples.	Fala arrastada, palavras trocadas ou incapacidade de falar.

O DADO MAIS IMPORTANTE QUE A UNIDADE PRODUZ

O **horário exato em que a pessoa foi vista bem pela última vez** é a âncora temporal de praticamente todas as recomendações de reperfusão da diretriz de 2026. Deve ser obtido de forma ativa, com hora e minuto, com identificação e telefone da testemunha, e informado ao médico regulador. **No acidente vascular cerebral do despertar, o marcador temporal é o ponto médio do sono**. A ausência desse dado pode, sozinha, inviabilizar a trombólise.

Procedimento Operacional Padrão – Urgências e Emergências na Atenção Primária à Saúde	Emissão: agosto de 2026 Revisão e Finalização: 06/08/2026 Atualização: Bianual
---	---



	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº APS-CAJ-UE-001	Emissão: 06/08/2026	Próxima Revisão: 24 meses
	Procedimento Operacional Padrão – Urgências e Emergências na Atenção Primária à Saúde		Página 29 de 45

Nenhuma escala pré-hospitalar distingue o acidente vascular cerebral isquêmico do hemorrágico. Até a tomografia, a conduta na unidade básica é a mesma para ambos.

22.2 Notificação prévia e acionamento

- **Acionar o SAMU 192 imediatamente**, antes de qualquer investigação complementar.
- A diretriz de 2026 recomenda, com **Classe 1 e nível de evidência B-NR**, que o serviço que faz o primeiro atendimento **forneça notificação prévia ao hospital de destino**. Na prática municipal, isso se traduz em informar ao médico regulador, de forma explícita: "*suspeita de acidente vascular cerebral agudo, visto bem pela última vez às HH:MM*", para que o serviço de destino ative o protocolo antes da chegada.
- Onde não houver telemedicina disponível, a diretriz registra que a **consulta telefônica com especialista pode ser benéfica** para apoiar a decisão sobre reperfusão (Classe 2a, nível C-LD).
- A decisão sobre o destino é do **médico regulador**. Cabe à unidade fornecer o horário do último momento visto bem e a descrição do déficit, que alimentam essa decisão.

22.3 Medidas iniciais na unidade

Item	Conduta	Classe / nível de evidência
Glicemia capilar	Aferição obrigatória e imediata. Tratar se inferior a 60 mg/dL. A hipoglicemia é o principal simulador de acidente vascular cerebral. Se o déficit persistir após a normalização da glicemia, a pessoa segue como acidente vascular cerebral e permanece candidata à reperfusão. Diante de hiperglicemia, é razoável buscar a faixa de 140 a 180 mg/dL; o controle intensivo com alvo de 80 a 130 mg/dL não é recomendado.	Classe 1, C-LD; hiperglicemia: Classe 2a, C-LD; controle intensivo: Classe 3 (sem benefício), A
Oxigênio	Ofertar apenas se houver hipoxemia, mantendo a saturação acima de 94%. Sem hipoxemia, o oxigênio suplementar não é recomendado.	Classe 1, C-LD; sem hipoxemia: Classe 3 (sem benefício), B-R
Pressão arterial	Não reduzir a pressão arterial na unidade. O controle intensivo no atendimento pré-hospitalar, com alvo de 130 a 140 mmHg de sistólica, não melhora o desfecho funcional. A Linha de Cuidado do Ministério da Saúde (2020) mantém a exceção: só reduzir se a sistólica for igual ou superior a 220 mmHg ou a diastólica igual ou superior a 120 mmHg. Antes da trombólise, a meta hospitalar é inferior a 185/110 mmHg.	Controle intensivo em campo: Classe 3 (sem benefício), B-R; pré-trombólise: Classe 1, B-NR
Nitrato e nitroglicerina	Proibidos. A nitroglicerina, inclusive a transdérmica, no atendimento pré-hospitalar do acidente vascular cerebral não melhora o desfecho e é potencialmente danosa.	Classe 3 — Dano, nível de evidência A
Via oral	Jejum absoluto até a triagem de deglutição à beira do leito. Isso inclui água, alimentos, medicamentos por via oral e o ácido acetilsalicílico.	Classe 1, C-EO

Procedimento Operacional Padrão – Urgências e Emergências na Atenção Primária à Saúde	Emissão: agosto de 2026 Revisão e Finalização: 06/08/2026 Atualização: Bianual
---	--

[Assinatura]

	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº APS-CAJ-UE-001	Emissão: 06/08/2026	Próxima Revisão: 24 meses
	Procedimento Operacional Padrão – Urgências e Emergências na Atenção Primária à Saúde		Página 30 de 45

Item	Conduta	Classe / nível de evidência
Temperatura	Tratar a hipertermia, buscando a normotermia. Hipotermia induzida e profilaxia de febre não são recomendadas.	Classe 1, B-R; hipotermia induzida: Classe 3 (sem benefício), B-R
Posicionamento	Não há posição obrigatória: 0° e 30° são equivalentes. Priorizar a proteção da via aérea — havendo rebaixamento de consciência, vômito ou risco de aspiração, elevar a cabeceira e lateralizar.	Preferir 0°: Classe 3 (sem benefício), B-R
Eletrocardiograma e acesso venoso	O eletrocardiograma basal é recomendado, mas não deve atrasar a reperfusão. Na unidade básica, acesso venoso e eletrocardiograma só se justificam se não retardarem em nada a saída da ambulância. Puncionar preferencialmente o membro não parético.	Classe 1, C-LD

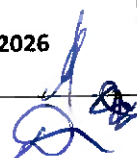
22.4 Janelas terapêuticas — o que a diretriz de 2026 estabelece

As condutas abaixo **não são executadas na Atenção Primária**. Constam deste protocolo porque determinam o que a unidade precisa preservar e informar.

- **Trombólise endovenosa, de 0 a 4,5 horas do último momento visto bem: tenecteplase 0,25 mg/kg, com máximo de 25 mg, OU alteplase 0,9 mg/kg, com máximo de 90 mg** — Classe 1, nível A. *A elevação da tenecteplase à paridade com a alteplase é uma das principais mudanças de 2026.*
- **Janelas estendidas: de 4,5 a 9 horas do último momento visto bem, ou até 9 horas do ponto médio do sono no acidente vascular cerebral do despertar, com seleção por imagem avançada** — Classe 2a. Em oclusão de grande vaso sem acesso a trombectomia, de 4,5 a 24 horas — Classe 2b.
- **Déficit leve não incapacitante: a trombólise não é recomendada** (Classe 3, sem benefício); a conduta é a dupla antiagregação.
- **Trombectomia mecânica, circulação anterior, de 0 a 6 horas:** Classe 1, nível A. De 6 a 24 horas: Classe 1, nível A, inclusive em núcleos isquêmicos maiores em pessoas selecionadas com menos de 80 anos.
- **Trombectomia na circulação posterior — oclusão de artéria basilar, até 24 horas:** Classe 1, nível A. *Recomendação nova em 2026.*

DIVERGÊNCIAS ENTRE A DIRETRIZ DE 2026 E O QUE ESTÁ INCORPORADO AO SUS

Trombolítico: o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas brasileiro (Portaria Conjunta SAES/SECTICS nº 29, de 12 de dezembro de 2023) prevê **somente a alteplase**; a tenecteplase, embora com registro na Anvisa, **não está incorporada ao SUS**. **Janela de trombólise:** o protocolo brasileiro prevê **apenas até 4,5 horas**; as janelas estendidas por imagem avançada **não estão incorporadas**. **Trombectomia:** a Portaria GM/MS nº 1.996, de 24 de novembro de 2023, incorporou o procedimento com janela de **até 24 horas**, restrito à **circulação anterior** — a indicação na circulação posterior, Classe 1 na diretriz de 2026, **não está contemplada**. **Consequência prática para**



	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº APS-CAJ-UE-001	Emissão: 06/08/2026	Próxima Revisão: 24 meses
	Procedimento Operacional Padrão – Urgências e Emergências na Atenção Primária à Saúde		Página 31 de 45

a APS: a conduta municipal permanece a de reconhecer, registrar o horário e regular com máxima prioridade; a definição do que será ofertado cabe ao serviço de referência, dentro do que está incorporado ao SUS.

22.5 Ataque isquêmico transitório.

ATAQUE ISQUÊMICO TRANSITÓRIO É EMERGÊNCIA, NÃO CONSULTA ELETIVA

O risco de acidente vascular cerebral é máximo nas primeiras 48 a 72 horas após o evento. A diretriz de 2026 recomenda, com **Classe 1 e nível de evidência A**, iniciar **dupla antiagregação com ácido acetilsalicílico e clopidogrel, com dose de ataque de clopidogrel, dentro de 24 horas do início dos sintomas, mantida por 21 dias**, seguida de monoterapia antiplaquetária — em pessoas com acidente vascular cerebral isquêmico menor não cardioembólico ou ataque isquêmico transitório de alto risco que não receberam trombólise.

- A dupla antiagregação é por **21 dias**, seguida de **monoterapia**. A manutenção indefinida da dupla antiagregação é erro frequente e aumenta o risco de sangramento.
- **Registre-se divergência normativa:** a Linha de Cuidado do Acidente Vascular Cerebral do Ministério da Saúde (2020) prescreve **monoterapia com ácido acetilsalicílico 100 mg/dia** e seguimento neurovascular em até 7 dias. Nesse ponto específico, a orientação nacional é **anterior à evidência incorporada pela diretriz de 2026**. A adoção municipal da dupla antiagregação deve ser pactuada com a coordenação técnica e registrada.
- **Conduta vedada:** prescrever ácido acetilsalicílico e liberar para casa em vez de encaminhar para avaliação de perfusão, diante de **déficit em curso** — classificada como **Classe 3 — Dano** pela diretriz de 2026. **Déficit em curso é acionamento do SAMU 192, não prescrição ambulatorial.**
- Considerar a via oral apenas após a triagem de deglutição; havendo déficit em curso, manter jejum.

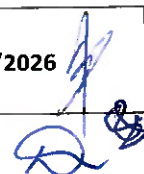
23. CRISE CONVULSIVA E ESTADO DE MAL EPILEPTICO.

Definição temporal vigente: a crise tônico-clônica que ultrapassa **5 minutos** (ponto t1) é anormalmente prolongada e deve ser tratada; a partir de **30 minutos** (ponto t2) há risco de consequências neurológicas de longo prazo (ILAE, 2015). O documento do Ministério da Saúde de 2018 adota a mesma definição operacional, acrescentando as crises em surtos sem recuperação da consciência entre elas e a ausência de resposta a duas doses de diazepam.

23.1 Medidas gerais imediatas.

- Proteger a cabeça, afastar objetos, **não conter os movimentos e não introduzir qualquer objeto na boca.**
- Decúbito lateral após o término da fase tônico-clônica.

Procedimento Operacional Padrão – Urgências e Emergências na Atenção Primária à Saúde	Emissão: agosto de 2026 Revisão e Finalização: 06/08/2026 Atualização: Bianual
---	---



	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº APS-CAJ-UE-001	Emissão: 06/08/2026	Próxima Revisão: 24 meses
	Procedimento Operacional Padrão – Urgências e Emergências na Atenção Primária à Saúde		Página 32 de 45

- Oxigênio suplementar; aspiração de secreções se necessário.
- **Glicemia capilar obrigatória** — corrigir hipoglicemia antes de escalonar o anticonvulsivante.
- Cronometrar a crise; registrar horário de início e de término.
- Aferir temperatura — em crianças, considerar crise febril; investigar meningite quando houver sinais compatíveis.

23.2 Tratamento farmacológico.

Cenário	Conduta	Fonte
Adulto — com acesso venoso	Diazepam 10 mg por via endovenosa lenta. Máximo de 2 doses, com intervalo de 10 minutos entre elas.	MS, 2018
Adulto — sem acesso venoso	Diazepam por via retal, na mesma dose de 10 mg. O documento do Ministério da Saúde é explícito: não administrar diazepam por via intramuscular . Como alternativa sem acesso venoso, o mesmo documento indica midazolam por via intramuscular ou intranasal, 10 mg , conduta convergente com a diretriz da American Epilepsy Society (2016), que estabelece midazolam intramuscular de 10 mg em dose única no adulto.	MS, 2018; AES, 2016
Criança	Diazepam 1 mg por ano de idade, por via endovenosa ou retal (MS, 2018). Referências internacionais (AES, 2016) indicam diazepam endovenoso de 0,2 mg/kg, máximo de 8 mg por dose, podendo repetir uma vez; diazepam retal de 0,2 a 0,5 mg/kg, com máximo de 20 mg por dose; midazolam intranasal ou bucal de 0,2 mg/kg, máximo de 10 mg; midazolam intramuscular de 5 mg entre 13 e 40 kg.	MS, 2018; AES, 2016

PONTO DE ATENÇÃO PARA A EQUIPE

O documento do Ministério da Saúde (2018) **proíbe expressamente o diazepam por via intramuscular**, por absorção errática. Quando não houver acesso venoso, a via de escolha é o **midazolam intramuscular ou intranasal**, ou o **diazepam retal** — nunca o diazepam intramuscular.

Encaminhamento imediato pelo SAMU 192: crise que não cessa após duas doses de benzodiazepínico; crises subentrantes; primeira crise em adulto; crise associada a febre com sinais meníngeos; crise em gestante; déficit neurológico focal persistente após a crise; trauma craniano associado; suspeita de intoxicação.

Procedimento Operacional Padrão – Urgências e Emergências na Atenção Primária à Saúde	Emissão: agosto de 2026 Revisão e Finalização: 06/08/2026 Atualização: Bianual
---	---



	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº APS-CAJ-UE-001	Emissão: 06/08/2026	Próxima Revisão: 24 meses
	Procedimento Operacional Padrão – Urgências e Emergências na Atenção Primária à Saúde		Página 33 de 45

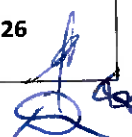
24. HIPOGLICEMIA

Classificação adotada (Linha de Cuidado do Diabetes Mellitus tipo 2 no adulto, Ministério da Saúde): **Nível 1** — glicemia igual ou inferior a 70 mg/dL; **Nível 2** — inferior a 54 mg/dL; **Nível 3** — hipoglicemia grave, que exige assistência de terceiros.

Situação	Conduta	Reavaliação
Paciente consciente, deglutindo	Carboidrato de absorção rápida por via oral: 15 a 20 g — por exemplo, uma colher de sopa de açúcar dissolvida em água, ou 30 mL de glicose a 50%, que contém 15 g. (A Linha de Cuidado do Ministério da Saúde registra "30 g" e cita esses mesmos exemplos; registre-se que 30 mL de glicose a 50% correspondem a 15 g. Havendo necessidade, repetir a oferta após a reavaliação.)	Glicemia capilar após 15 minutos. Se não reverter, repetir.
Paciente inconsciente ou sem via oral segura	30 mL de glicose a 50%, diluídos em 100 mL de soro fisiológico a 0,9%, por via endovenosa em acesso calibroso.	Glicemia capilar após 5 minutos. Meta: acima de 70 mg/dL.
Sem acesso venoso, paciente inconsciente	Glucagon por via intramuscular ou subcutânea: 1 mg em pessoas com mais de 25 kg e 0,5 mg em crianças com menos de 25 kg (ISPAD, 2022). Não introduzir alimento ou líquido na boca de paciente com rebaixamento de consciência, pelo risco de broncoaspiração.	Reavaliação clínica e glicêmica contínua; acionar remoção.
Sem acesso venoso, paciente consciente porém com dificuldade de deglutição	15 g de carboidrato de absorção rápida colocados sob a língua ou entre a gengiva e a bochecha, apenas se houver reflexos protetores de via aérea preservados.	Glicemia capilar após 15 minutos.
Criança — hipoglicemia leve a moderada	Aproximadamente 0,3 g/kg de glicose por via oral (ISPAD, 2022).	Glicemia capilar após 15 minutos.
Criança — hipoglicemia grave	0,2 g/kg de glicose por via endovenosa, equivalente a 2 mL/kg de dextrose a 10%, com dose máxima de 0,5 g/kg, ou 5 mL/kg (ISPAD, 2022).	Monitorização contínua; acionar remoção.
Glucagon	Por via subcutânea ou intramuscular: 1 mg em pessoas com mais de 25 kg e 0,5 mg em crianças com menos de 25 kg (ISPAD, 2022). A Linha de Cuidado do Ministério da Saúde não menciona glucagon; a dose no adulto em fonte brasileira não foi confirmada.	—

Após a reversão, investigar a causa: erro de dose, omissão de refeição, atividade física não compensada, insuficiência renal, uso de sulfonilureia, ingestão de álcool. Hipoglicemia por

Procedimento Operacional Padrão – Urgências e Emergências na Atenção Primária à Saúde	Emissão: agosto de 2026 Revisão e Finalização: 06/08/2026 Atualização: Bianual
---	--



	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº APS-CAJ-UE-001	Emissão: 06/08/2026	Próxima Revisão: 24 meses
	Procedimento Operacional Padrão – Urgências e Emergências na Atenção Primária à Saúde		Página 34 de 45

sulfonilureia é prolongada e recorrente — mesmo revertida, exige observação em serviço com capacidade de monitorização, e não alta da unidade básica.

25. SEPSE

FERRAMENTA DE RASTREIO: NÃO UTILIZAR O qSOFA ISOLADAMENTE

As diretrizes da *Surviving Sepsis Campaign* de 2026 recomendam **NEWS**, **NEWS2**, **MEWS** ou **SIRS** em vez do **qSOFA** como ferramenta única de rastreio de sepse (recomendação forte, certeza moderada da evidência), em razão da **baixa sensibilidade do qSOFA**. Registre-se que essa orientação **não é novidade de 2026**: a edição de 2021 já trazia recomendação equivalente. A novidade de 2026 é a sugestão de uso de ferramenta padronizada de rastreio no cenário **pré-hospitalar**, em vez de nenhuma ferramenta — recomendação diretamente aplicável à APS.

25.1 Reconhecimento na UBS

Suspeitar de sepse diante de **foco infeccioso conhecido ou suspeito somado a sinais de disfunção orgânica**. Sinais que devem disparar o alerta:

- Alteração do nível de consciência ou confusão de instalação recente, especialmente em idosos.
- Frequência respiratória elevada; saturação periférica de oxigênio reduzida.
- Hipotensão arterial, taquicardia, extremidades frias, tempo de enchimento capilar prolongado, moteamento cutâneo.
- Redução do volume urinário.
- Temperatura muito elevada ou, ao contrário, **hipotermia** — que é sinal de gravidade, não de benignidade.
- Em crianças e lactentes: recusa alimentar, irritabilidade ou letargia, gemência, livedo reticular, taquipneia.

25.2 Conduta na unidade básica

- **Acionar o SAMU 192 imediatamente** — o tempo até o antimicrobiano e a reanimação determinam a sobrevida.
- Oxigênio suplementar conforme a saturação; monitorização; acesso venoso calibroso.
- **Iniciar cristalóide isotônico** conforme o estado hemodinâmico, sem retardar o transporte.
- Glicemia capilar; aferição completa de sinais vitais, incluindo frequência respiratória, frequentemente omitida.
- Registrar horário de reconhecimento, sinais vitais seriados e volume infundido.

Delimitação do que cabe à APS: o pacote da primeira hora do Instituto Latino-Americano de Sepse (protocolo revisado em agosto de 2018) — lactato arterial, duas hemoculturas de sítios

Procedimento Operacional Padrão – Urgências e Emergências na Atenção Primária à Saúde	Emissão: agosto de 2026 Revisão e Finalização: 06/08/2026 Atualização: Bianual
---	---

	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº APS-CAJ-UE-001	Emissão: 06/08/2026	Próxima Revisão: 24 meses
	Procedimento Operacional Padrão – Urgências e Emergências na Atenção Primária à Saúde		Página 35 de 45

distintos, antimicrobiano de amplo espectro e 30 mL/kg de cristalóide — foi concebido para pronto-socorro e unidade de terapia intensiva; o documento do ILAS **não aborda o cenário de atenção primária e não é integralmente exequível na UBS típica**. As diretrizes de 2026 recomendam antimicrobiano **imediatamente, idealmente em até 1 hora**, no choque séptico e na sepse provável (recomendação forte), e em até 3 horas na sepse possível (recomendação condicional); e sugerem **pelo menos 30 mL/kg de cristalóide nas primeiras 3 horas** (recomendação condicional, certeza baixa), com individualização. **Na UBS, a coleta de lactato e de hemocultura e a administração de antimicrobiano de amplo espectro não devem, em nenhuma hipótese, retardar a remoção.**

26. CRISE DE ASMA GRAVE E INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA AGUDA

O manejo detalhado da exacerbação de asma consta do protocolo municipal de asma e doença pulmonar obstrutiva crônica (APS-CAJ-CRO-003). Reproduzem-se aqui apenas os critérios que caracterizam emergência e determinam remoção imediata:

- Cianose, sudorese, exaustão ou alteração do estado mental.
- Incapacidade de completar frases; uso importante de musculatura acessória.
- **Murmúrio vesicular diminuído ou tórax silencioso** — sinal de gravidade extrema, não de melhora.
- **Frequência respiratória superior a 30 por minuto no adulto; frequência cardíaca superior a 120 batimentos por minuto.**
- **Saturação periférica de oxigênio inferior a 90% em ar ambiente.**
- **Pico de fluxo expiratório igual ou inferior a 50% do previsto.**
- Ausência de melhora após a terapia de resgate inicial.

Enquanto se aguarda a remoção: oxigênio titulado, beta-2-agonista de curta duração por via inalatória em doses repetidas, corticosteroide sistêmico precoce e monitorização contínua.

27. SITUAÇÕES ESPECIAIS

27.1 Intoxicação por opioides

- Deve ser administrado antagonista opioide, como a naloxona, a pessoas em parada respiratória por suspeita de superdosagem de opioide (AHA 2025, Parte 10).
- Durante a ressuscitação de parada cardiorrespiratória por presumida superdosagem, a administração do antagonista pode ser razoável **desde que não interrompa a ressuscitação de alta qualidade. A naloxona nunca antecede nem atrasa as compressões.**
- **Recomendação nova em 2025:** adultos e crianças tratados por superdosagem de opioide **devem receber antagonista opioide e orientação no momento da alta** — ação de prevenção de recidiva diretamente aplicável à APS.

Procedimento Operacional Padrão – Urgências e Emergências na Atenção Primária à Saúde	Emissão: agosto de 2026 Revisão e Finalização: 06/08/2026 Atualização: Bianual
---	---

	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº APS-CAJ-UE-001	Emissão: 06/08/2026	Próxima Revisão: 24 meses
	Procedimento Operacional Padrão – Urgências e Emergências na Atenção Primária à Saúde		Página 36 de 45

- **Limitação declarada:** as recomendações da Parte 10 das Diretrizes AHA 2025 consultadas **não especificam dose em miligramas nem via de administração** da naloxona. A posologia deve seguir a bula do produto padronizado na rede municipal.

27.2 Afogamento

EXCEÇÃO FORMAL À PRIORIZAÇÃO DA DESFIBRILAÇÃO

Nas Diretrizes AHA 2025 (Parte 10), na parada cardiorrespiratória decorrente de afogamento, a **ressuscitação com ventilações deve ser iniciada ANTES da aplicação do desfibrilador externo automático** (Classe 1, Nível de Evidência B-NR). A hipóxia é o mecanismo primário.

- Após a retirada da água, iniciar ressuscitação **com ventilações e compressões**.
- Socorristas treinados **devem fornecer oxigênio suplementar** quando disponível.
- É razoável ventilar pelo primeiro meio disponível — máscara de bolso, bolsa-válvula-máscara — para evitar qualquer atraso na ventilação.
- O uso do desfibrilador externo automático é razoável, **após iniciadas as ventilações**.

27.3 Hipotermia acidental

- Pessoas com hipotermia ambiental ameaçadora à vida **podem sobreviver com bom desfecho neurológico mesmo após parada prolongada**; devem ser **reaquecidas simultaneamente às manobras de ressuscitação**, e não em sequência (AHA 2025, Parte 10).
- Na UBS: manter as manobras, remover roupas molhadas, isolar termicamente, aplicar aquecimento ativo externo e **não declarar óbito precocemente**.
- **Limitação declarada:** não foi localizada, nas seções consultadas da Parte 10 (2025), recomendação de adiar a desfibrilação ou suspender fármacos abaixo de um limiar específico de temperatura central. Esse limiar **não deve ser aplicado como se fosse recomendação da AHA 2025**.

28. REGISTRO EM PRONTUÁRIO

Todo atendimento de urgência deve gerar registro no prontuário eletrônico com, no mínimo:

- Horário de início do atendimento e de reconhecimento do agravo.
- Sinais vitais completos, incluindo frequência respiratória, saturação periférica de oxigênio, temperatura e **glicemia capilar**.
- Descrição da avaliação primária e dos achados relevantes.
- Todas as intervenções, com **medicamento, dose em miligramas, via, horário e tempo de infusão em minutos**.
- Número de choques aplicados e energia utilizada, quando houver desfibrilação.

Procedimento Operacional Padrão – Urgências e Emergências na Atenção Primária à Saúde	Emissão: agosto de 2026 Revisão e Finalização: 06/08/2026 Atualização: Bianual
---	---

	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº APS-CAJ-UE-001	Emissão: 06/08/2026	Próxima Revisão: 24 meses
	Procedimento Operacional Padrão – Urgências e Emergências na Atenção Primária à Saúde		Página 37 de 45

- Horário do acionamento do 192, nome do médico regulador e conduta pactuada.
- Horário de saída do paciente e condição clínica na transferência.
- Comunicação realizada aos familiares.

29. ANEXO I — CARRO DE EMERGÊNCIA: CONFERÊNCIA DIÁRIA

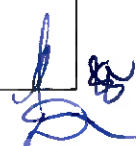
29.1 Equipamentos

- ☐ Desfibrilador externo automático, com bateria carregada e pás de adulto e pediátricas dentro da validade
- ☐ Cilindro de oxigênio com carga conferida, válvula redutora e fluxômetro
- ☐ Bolsa-válvula-máscara de adulto, infantil e neonatal, com reservatório
- ☐ Máscaras faciais de tamanhos variados
- ☐ Cânulas orofaríngeas em todos os tamanhos
- ☐ Aspirador portátil funcionando e sondas de aspiração
- ☐ Oxímetro de pulso
- ☐ Esfigmomanômetro com manguitos de adulto, obeso e infantil, e estetoscópio
- ☐ Glicosímetro com fitas dentro da validade e lancetas
- ☐ Termômetro
- ☐ Eletrocardiógrafo com eletrodos e papel (nas unidades que dispõem do equipamento)
- ☐ Prancha rígida para compressões
- ☐ Manta térmica
- ☐ Tourniquete comercial e compressas para pacotamento de ferida

29.2 Medicamentos e soluções

- ☐ Adrenalina 1 mg/mL — quantidade suficiente para uma reanimação completa e para tratamento de anafilaxia
- ☐ Amiodarona injetável
- ☐ Atropina injetável
- ☐ Glicose hipertônica a 50%
- ☐ Diazepam injetável
- ☐ Midazolam injetável
- ☐ Hidrocortisona ou metilprednisolona injetável

Procedimento Operacional Padrão – Urgências e Emergências na Atenção Primária à Saúde	Emissão: agosto de 2026 Revisão e Finalização: 06/08/2026 Atualização: Bianual
---	--



	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº APS-CAJ-UE-001	Emissão: 06/08/2026	Próxima Revisão: 24 meses
	Procedimento Operacional Padrão – Urgências e Emergências na Atenção Primária à Saúde		Página 38 de 45

- ☐ Anti-histamínico injetável
- ☐ **Glucagon injetável** — necessário para a hipoglicemia sem acesso venoso e para a anafilaxia refratária em pessoa em uso de betabloqueador
- ☐ **Naloxona**, quando padronizada na rede — necessária na parada respiratória por suspeita de superdosagem de opioide
- ☐ Ácido acetilsalicílico comprimido de 100 mg **simples, não revestido** — para a dose de ataque mastigada de 2 a 3 comprimidos
- ☐ Nitrato sublingual
- ☐ Broncodilatador de curta duração para nebulização ou aerossol, com espaçador
- ☐ Soro fisiológico a 0,9% e Ringer lactato
- ☐ Sais de reidratação oral

29.3 Material de acesso e insumos

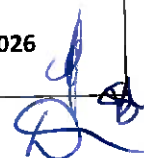
- ☐ Cateteres venosos periféricos de calibres variados, incluindo calibrosos
- ☐ Equipos, extensores, torneiras de três vias e seringas de vários volumes
- ☐ Agulhas, garrote, antisséptico, gaze, esparadrapo e película transparente
- ☐ Luvas de procedimento e estéreis, óculos de proteção, máscaras e aventais
- ☐ Recipiente para descarte de perfurocortantes

Responsável pela conferência: enfermeiro da unidade ou profissional por ele designado, com registro diário datado e assinado. Qualquer item ausente, vencido ou não funcionando deve ser comunicado formalmente à coordenação no mesmo dia.

30. ANEXO II — CARTÃO DE BOLSO: DOSES E PARÂMETROS ESSENCIAIS

Situação	Adulto	Criança
Compressões — frequência	100 a 120/min	100 a 120/min
Compressões — profundidade	≥ 5 cm e < 6 cm	≥ 1/3 do diâmetro anteroposterior (≈ 4 cm no lactente; ≈ 5 cm na criança)
Relação compressão-ventilação	30:2	30:2 com 1 socorrista; 15:2 com 2 socorristas
Ventilação com via aérea avançada	1 a cada 6 s (10/min)	1 a cada 2 a 3 s (20 a 30/min)
Adrenalina na parada	1 mg IV/IO a cada 3 a 5 min	0,01 mg/kg (0,1 mg/mL), máx. 1 mg, a cada 3 a 5 min
Amiodarona	300 mg, depois 150 mg	5 mg/kg (máx. 300 mg)

Procedimento Operacional Padrão – Urgências e Emergências na Atenção Primária à Saúde	Emissão: agosto de 2026 Revisão e Finalização: 06/08/2026 Atualização: Bianual
---	---



	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº APS-CAJ-UE-001	Emissão: 06/08/2026	Próxima Revisão: 24 meses
	Procedimento Operacional Padrão – Urgências e Emergências na Atenção Primária à Saúde		Página 39 de 45

Situação	Adulto	Criança
Lidocaína	1 a 1,5 mg/kg, depois 0,5 a 0,75 mg/kg	1 mg/kg
Desfibrilação	Bifásico: 120 a 200 J (ou máximo disponível). Monofásico: 360 J	1º choque 2 J/kg; seguintes 4 J/kg; máx. 10 J/kg ou dose do adulto
Adrenalina na anafilaxia (IM, coxa)	0,01 mg/kg de 1 mg/mL — máx. 0,5 mg	0,01 mg/kg de 1 mg/mL — máx. 0,3 mg
Hipoglicemia, paciente inconsciente	30 mL de glicose 50% em 100 mL de SF 0,9% IV. Sem acesso: glucagon 1 mg IM/SC	0,2 g/kg IV = 2 mL/kg de dextrose 10% (máx. 0,5 g/kg)
Crise convulsiva com acesso venoso	Diazepam 10 mg IV lento (máx. 2 doses)	Diazepam 1 mg por ano de idade, IV ou retal
Crise convulsiva sem acesso venoso	Diazepam 10 mg retal ou midazolam 10 mg IM ou intranasal. Nunca diazepam IM	Diazepam retal; midazolam intranasal ou bucal
Ácido acetilsalicílico na suspeita de SCA	150 a 300 mg mastigados	Não se aplica

31. ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO ASSISTENCIAL

O cuidado é multiprofissional. Apresentam-se a seguir as atribuições de cada categoria no âmbito deste protocolo, respeitados os limites legais de cada profissão.

31.1 Atribuições comuns a todos os profissionais

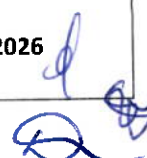
- Reconhecer os sinais de gravidade e acionar a equipe imediatamente.
- Conhecer a localização do carro de emergência e do desfibrilador externo automático.
- Manter atualizado o treinamento de suporte básico de vida.
- Registrar horários com precisão.

31.2 Agente Comunitário de Saúde

- Identificar, no território, as pessoas que se enquadram nos critérios de inclusão deste protocolo e comunicá-las à equipe.
- Reforçar, na visita domiciliar, as orientações fornecidas em consulta.
- Realizar busca ativa de faltosos e comunicar intercorrências à equipe.
- Registrar as visitas e os achados no sistema de informação.

31.3 Auxiliar e Técnico de Enfermagem

- Executar compressões torácicas de alta qualidade e revezar a cada 2 minutos.
- Acionar a equipe, buscar materiais e instalar infusões sob supervisão.
- Aferir sinais vitais seriados e glicemia capilar.
- Apoiar a documentação e o registro de horários.



	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº APS-CAJ-UE-001	Emissão: 06/08/2026	Próxima Revisão: 24 meses
	Procedimento Operacional Padrão – Urgências e Emergências na Atenção Primária à Saúde		Página 40 de 45

31.4 Enfermeiro

- Manter a via aérea pérvia e ventilar com bolsa-válvula-máscara acoplada a oxigênio.
- Obter acesso venoso periférico, preparar e administrar medicações sob prescrição.
- Operar o desfibrilador externo automático e garantir a segurança da equipe no choque.
- Coordenar a conferência diária do carro de emergência e a validade dos insumos.

31.5 Médico

- Exercer a liderança clínica do atendimento e definir todas as condutas.
- Realizar o contato médico-médico com o médico regulador do SAMU 192, transmitindo a informação no formato SBAR.
- Decidir, quando aplicável, sobre o encerramento das manobras, em pactuação com o médico regulador e com registro integral.
- Comunicar-se com a família.

31.6 Profissional designado para comunicação e registro

- Acionar o 192 e transferir a ligação ao médico.
- Cronometrar o atendimento e anotar cada dose, cada choque e cada checagem de ritmo.
- Recepcionar e orientar a equipe de remoção.

31.7 Gestão da unidade e Diretoria de Atenção Primária à Saúde

- Garantir a disponibilidade dos insumos, dos medicamentos e dos equipamentos previstos.
- Organizar a agenda e o fluxo de acesso de modo a viabilizar a aplicação deste protocolo.
- Promover a educação permanente das equipes.
- Monitorar os indicadores e devolver os resultados às equipes.

32. MONITORIZAÇÃO

As unidades deverão monitorar a aplicação deste protocolo por meio de:

- Conferência diária do carro de emergência, registrada em impresso próprio, com verificação de integridade, validade e funcionamento.
- Inventário mensal do desfibrilador externo automático, das pás e das baterias.
- Simulação de parada cardiorrespiratória na própria unidade, no mínimo semestral, com cronometragem e reunião de análise (*debriefing*) registrada.
- Auditoria amostral dos prontuários de todo atendimento de urgência realizado na unidade.
- Análise de todo caso de óbito ocorrido na unidade ou logo após a remoção, com identificação do ponto de falha assistencial e plano de correção.

Procedimento Operacional Padrão – Urgências e Emergências na Atenção Primária à Saúde	Emissão: agosto de 2026 Revisão e Finalização: 06/08/2026 Atualização: Bianual
---	---

	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº APS-CAJ-UE-001	Emissão: 06/08/2026	Próxima Revisão: 24 meses
Procedimento Operacional Padrão – Urgências e Emergências na Atenção Primária à Saúde			Página 41 de 45

32.1 Indicadores

Indicador	Meta	Fonte de verificação
Proporção de unidades com carro de emergência conferido diariamente	100%	Impresso de conferência diária
Proporção de unidades com desfibrilador externo automático funcionando, com bateria e pás dentro da validade	100%	Inventário mensal
Proporção de profissionais com treinamento de suporte básico de vida atualizado nos últimos 12 meses	≥ 90%	Registro da educação permanente
Proporção de atendimentos de urgência com glicemia capilar registrada	≥ 95%	Auditoria amostral de prontuários
Proporção de casos de suspeita de síndrome coronariana aguda com eletrocardiograma realizado e interpretado em até 10 minutos	≥ 90%	Auditoria de prontuários
Proporção de casos de suspeita de acidente vascular cerebral com horário do último momento visto bem registrado	≥ 95%	Auditoria de prontuários
Proporção de acionamentos do 192 com registro do nome do médico regulador e da conduta pactuada	≥ 90%	Auditoria de prontuários
Realização de simulação de parada cardiorrespiratória na unidade	≥ 2 por ano	Registro de simulação com debriefing

33. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ao final de cada referência, entre colchetes, indica-se a **seção deste protocolo em que ela foi utilizada**, conforme solicitado no padrão editorial da Secretaria Municipal de Saúde de Cajamar.

1. AMERICAN HEART ASSOCIATION. 2025 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation*, 22 out. 2025. Partes 1 a 12. Disponível em: <https://cpr.heart.org>. [Utilizada em: Metodologia de busca da literatura; Diagnóstico clínico ou situacional; Contraindicações; Organização da resposta na unidade]
2. AMERICAN HEART ASSOCIATION. Part 7: Adult Basic Life Support — 2025 AHA Guidelines for CPR and ECC. *Circulation*, 2025. DOI 10.1161/CIR.0000000000001369. [Utilizada em: Parada cardiorrespiratória no adulto; Obstrução de via aérea por corpo estranho]
3. AMERICAN HEART ASSOCIATION. Part 9: Adult Advanced Life Support — 2025 AHA Guidelines for CPR and ECC. *Circulation*, 2025. DOI 10.1161/CIR.0000000000001376. [Utilizada em: Parada cardiorrespiratória no adulto — suporte avançado; Contraindicações]
4. AMERICAN HEART ASSOCIATION; AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Part 6: Pediatric Basic Life Support — 2025 AHA Guidelines for CPR and ECC. *Circulation*, 2025. DOI 10.1161/CIR.0000000000001370. [Utilizada em: Parada cardiorrespiratória na criança e no lactente]

Procedimento Operacional Padrão – Urgências e Emergências na Atenção Primária à Saúde	Emissão: agosto de 2026 Revisão e Finalização: 06/08/2026 Atualização: Bianual
---	---

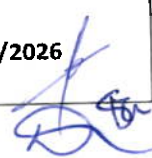
	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº APS-CAJ-UE-001	Emissão: 06/08/2026	Próxima Revisão: 24 meses
	Procedimento Operacional Padrão – Urgências e Emergências na Atenção Primária à Saúde		Página 42 de 45

5. AMERICAN HEART ASSOCIATION; AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Part 8: Pediatric Advanced Life Support — 2025 AHA Guidelines for CPR and ECC. *Circulation*, 2025. DOI 10.1161/CIR.0000000000001368. [Utilizada em: Parada cardiorrespiratória na criança e no lactente; bradicardia com má perfusão]
6. AMERICAN HEART ASSOCIATION. Part 10: Adult and Pediatric Special Circumstances of Resuscitation — 2025 AHA Guidelines for CPR and ECC. *Circulation*, 2025. DOI 10.1161/CIR.0000000000001380. [Utilizada em: Parada cardiorrespiratória na gestante; anafilaxia; opioides; afogamento; hipotermia]
7. AMERICAN HEART ASSOCIATION. Part 11: Post-Cardiac Arrest Care — 2025 AHA Guidelines for CPR and ECC. *Circulation*, 2025. DOI 10.1161/CIR.0000000000001375. [Utilizada em: Cuidados após o retorno da circulação espontânea]
8. AMERICAN HEART ASSOCIATION. Part 12: Resuscitation Education Science — 2025 AHA Guidelines for CPR and ECC. *Circulation*, 2025. DOI 10.1161/CIR.0000000000001374. [Utilizada em: Organização da resposta na unidade — educação permanente]
9. AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS. *Advanced Trauma Life Support (ATLS) — Student Course Manual*. 11. ed. Chicago: ACS Committee on Trauma, 2025. [Utilizada em: Avaliação primária — sequência xABCDE; restrição de movimento da coluna]
10. NATIONAL ASSOCIATION OF EMERGENCY MEDICAL TECHNICIANS (NAEMT). *PHTLS: Prehospital Trauma Life Support*. 10. ed. Burlington: Jones & Bartlett Learning, 2023. (Edição brasileira: *PHTLS — Atendimento Pré-Hospitalar ao Traumatizado*. 10. ed. Rio de Janeiro: Di Livros, 2023.) [Utilizada em: Avaliação primária — sequência XABCDE; tempo de cena e transporte]
11. BRASIL. Ministério da Saúde. *Protocolos de Intervenção para o SAMU 192 — Protocolos de Suporte Básico de Vida*. 2. ed. Brasília: Editora MS, 2016. [Utilizada em: Metodologia de busca da literatura; Acionamento do SAMU 192 e regulação médica]
12. BRASIL. Ministério da Saúde. *Protocolos de Intervenção para o SAMU 192 — Protocolos de Suporte Avançado de Vida*. 2. ed. Brasília: Editora MS, 2016. [Utilizada em: Metodologia de busca da literatura; Acionamento do SAMU 192 e regulação médica]
13. BRASIL. Ministério da Saúde. *Regulação Médica das Urgências*. Brasília: Editora MS, 2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos.) [Utilizada em: Acionamento do SAMU 192 e regulação médica]
14. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.048, de 5 de novembro de 2002. Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Brasília: MS, 2002. [Utilizada em: Fundamentação e base normativa; Critérios de inclusão e de exclusão]
15. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017 — Anexo III: Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE). Brasília: MS, 2017. (Consolida, entre outras, a Portaria GM/MS nº 1.600/2011.) [Utilizada em: Fundamentação e base normativa]
16. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 2.110, de 25 de setembro de 2014. Normatiza o funcionamento dos serviços pré-hospitalares móveis de urgência. Brasília: CFM, 2014. [Utilizada em: Acionamento do SAMU 192 e regulação médica; Organização do processo assistencial]
17. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Brasília: MS, 2017. (Consolidada no Anexo XXII da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2/2017.) [Utilizada em: Fundamentação e base normativa]
18. CARDONA, V. et al. *World Allergy Organization Anaphylaxis Guidance 2020*. *World Allergy Organization Journal*, v. 13, n. 10, 100472, 2020. [Utilizada em: Anafilaxia]
19. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ALERGIA E IMUNOLOGIA (ASBAI). Departamento Científico de Anafilaxia. *ASBAI Esclarecendo nº 19*. São Paulo: ASBAI, nov. 2024. [Utilizada em: Anafilaxia — dose de adrenalina intramuscular]

Procedimento Operacional Padrão – Urgências e Emergências na Atenção Primária à Saúde	Emissão: agosto de 2026 Revisão e Finalização: 06/08/2026 Atualização: Bianual
---	---

	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº APS-CAJ-UE-001	Emissão: 06/08/2026	Próxima Revisão: 24 meses
	Procedimento Operacional Padrão – Urgências e Emergências na Atenção Primária à Saúde		Página 43 de 45

20. SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Departamento Científico de Alergia. *Anafilaxia: atualização 2021*. Rio de Janeiro: SBP, 2021. [Utilizada em: *Anafilaxia — dose pediátrica e tempo de observação*]
21. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. *Diretriz Brasileira de Atendimento à Dor Torácica na Unidade de Emergência — 2025*. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 122, n. 9, e20250620, 2025. [Utilizada em: *Síndrome coronariana aguda e dor torácica*]
22. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. V *Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnível do Segmento ST*. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 105, n. 2, supl. 1, 2015. [Utilizada em: *Síndrome coronariana aguda — dose de ácido acetilsalicílico e metas de reperfusão*]
23. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. *Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Angina Instável e Infarto Agudo do Miocárdio sem Supradesnível do Segmento ST — 2021*. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 117, n. 1, p. 181-264, 2021. [Utilizada em: *Síndrome coronariana aguda — nitrato e antiagregação*]
24. BRASIL. Ministério da Saúde. *Linha de Cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio e Protocolo de Síndromes Coronarianas Agudas*. Brasília: MS. Disponível em: <https://linhasdecuidado.saude.gov.br>. [Utilizada em: *Síndrome coronariana aguda — conduta imediata na unidade*]
25. PRABHAKARAN, S. et al. 2026 Guideline for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: A Guideline From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, 26 jan. 2026. DOI 10.1161/STR.0000000000000513. (Substitui as diretrizes de 2018 e a atualização de 2019.) [Utilizada em: *Acidente vascular cerebral (integralmente); Contraindicações*]
26. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. *Linha de Cuidado do Acidente Vascular Cerebral (AVC) no adulto*. Brasília: MS, 2020. [Utilizada em: *Acidente vascular cerebral — conduta padronizada no SUS*]
27. BRASIL. Ministério da Saúde; CONITEC. *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Acidente Vascular Cerebral Isquêmico Agudo*. Brasília: MS, 2023. (Portaria Conjunta SAES/SECTICS nº 29, de 12 de dezembro de 2023.) [Utilizada em: *Acidente vascular cerebral — janela de trombólise incorporada ao SUS*]
28. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.996, de 24 de novembro de 2023. Inclui na Tabela de Procedimentos do SUS o procedimento de trombectomia mecânica para o tratamento do acidente vascular cerebral isquêmico agudo, com janela de até 24 horas. Brasília: MS, 2023. [Utilizada em: *Acidente vascular cerebral — trombectomia incorporada ao SUS*]
29. PRESCOTT, H. C. et al. *Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock 2026*. Intensive Care Medicine, 2026. SCCM/ESICM. [Utilizada em: *Sepse — ferramenta de rastreamento e pacote inicial*]
30. INSTITUTO LATINO-AMERICANO DE SEPSE (ILAS). *Implementação de Protocolo Gerenciado de Sepsis — Protocolo Clínico*. São Paulo: ILAS, revisão de agosto de 2018. [Utilizada em: *Sepsis — delimitação do que cabe à Atenção Primária*]
31. TRINKA, E. et al. A definition and classification of status epilepticus — Report of the ILAE Task Force on Classification of Status Epilepticus. *Epilepsia*, v. 56, n. 10, p. 1515-1523, 2015. [Utilizada em: *Crise convulsiva — definição temporal do estado de mal epilético*]
32. BRASIL. Ministério da Saúde. *Avaliação e Conduta da Epilepsia na Atenção Básica e na Urgência e Emergência*. Brasília: MS, 2018. [Utilizada em: *Crise convulsiva — doses e vias; Contraindicações*]
33. GLAUSER, T. et al. Evidence-Based Guideline: Treatment of Convulsive Status Epilepticus in Children and Adults — American Epilepsy Society. *Epilepsy Currents*, v. 16, n. 1, p. 48-61, 2016. [Utilizada em: *Crise convulsiva — doses de referência*]
34. BRASIL. Ministério da Saúde. *Linha de Cuidado do Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) no adulto — módulo Unidade de Atenção Primária*. Brasília: MS. Disponível em: <https://linhasdecuidado.saude.gov.br>. [Utilizada em: *Hipoglicemia*]



	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº APS-CAJ-UE-001	Emissão: 06/08/2026	Próxima Revisão: 24 meses
	Procedimento Operacional Padrão – Urgências e Emergências na Atenção Primária à Saúde		Página 44 de 45

35. INTERNATIONAL SOCIETY FOR PEDIATRIC AND ADOLESCENT DIABETES (ISPAD). *Clinical Practice Consensus Guidelines 2022* — capítulo de hipoglicemia. Pediatric Diabetes, 2022. *[Utilizada em: Hipoglicemia — condutas pediátricas]*
36. CRASH-2 TRIAL COLLABORATORS. Effects of tranexamic acid on death, vascular occlusive events, and blood transfusion in trauma patients with significant haemorrhage (CRASH-2): a randomised, placebo-controlled trial. *The Lancet*, v. 376, n. 9734, p. 23-32, 2010. *[Utilizada em: Avaliação primária no trauma — ácido tranexâmico]*
37. CRASH-2 COLLABORATORS. The importance of early treatment with tranexamic acid in bleeding trauma patients: an exploratory analysis of the CRASH-2 randomised controlled trial. *The Lancet*, v. 377, n. 9771, p. 1096-1101, 2011. *[Utilizada em: Avaliação primária no trauma — janela de 3 horas do ácido tranexâmico]*
38. BRASIL. Ministério da Saúde. *Dengue: diagnóstico e manejo clínico — adulto e criança*. 6. ed. Brasília: MS/SVSA, 2024. *[Utilizada em: Parada cardiorrespiratória na criança — remissão ao protocolo de dengue]*

Procedimento Operacional Padrão – Urgências e Emergências na Atenção Primária à Saúde	Emissão: agosto de 2026 Revisão e Finalização: 06/08/2026 Atualização: Bianual
---	---

	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº APS-CAJ-UE-001	Emissão: 06/08/2026	Próxima Revisão: 24 meses
	Procedimento Operacional Padrão – Urgências e Emergências na Atenção Primária à Saúde		Página 45 de 45

Elaboração e ciência:

Elaborado por:	Função	Assinatura
Jaqueline G. Silva	Coordenadora de Enfermagem APS	Jaqueline Gomes da Silva Coord. de Enfermagem COREN-SP 403936
Antônio Victor S. Pepe	Coordenador Médico APS	Dr. Antonio Victor Silva Pepe Coordenador Médico da APS CRM-SP 167714

Aprovado:	Função	Assinatura
Daniel Freitas	Secretário de Saúde	

Procedimento Operacional Padrão – Urgências e Emergências na Atenção Primária à Saúde	Emissão: agosto de 2026 Revisão e Finalização: 06/08/2026 Atualização: Bianual
---	---