

**Prefeitura da Cidade de São Paulo
Secretaria Municipal da Saúde
Secretaria Executiva de Atenção Hospitalar
Coordenadoria de Urgências e Emergências
Departamento de Serviço de Atendimento Móvel de Urgência**



**SAMU
192
SÃO PAULO**

**PRÁTICAS AVANÇADAS DO ENFERMEIRO
SUPORTE INTERMEDIÁRIO DE VIDA**

Vários autores. Protocolo de Atendimento Pré-Hospitalar: Práticas Avançadas do Enfermeiro. Suporte Intermediário de Vida. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde - SAMU, 2022. 376 p.

1. Atendimento Pré-Hospitalar
 2. Urgência
 3. Emergência
 4. Práticas Avançadas
 5. Suporte Intermediário de Vida.
1. Serviço Móvel de Urgência. 2. Título

CDU 616.08

Publicado em DOC em 01/11/2022 página 27 – Portaria nº 017/2022/SAMU

PRÁTICAS AVANÇADAS DO ENFERMEIRO SUPORTE INTERMEDIÁRIO DE VIDA

Prefeito

Ricardo Nunes

Secretário da Saúde

Dr. Luiz Carlos Zamarco

Secretária Executiva de Atenção Hospitalar

Dr^a Marilande Marcolin

Diretora do SAMU 192-São Paulo

Maísa Ferreira dos Santos

Gerente Médico SAMU 192-São Paulo

Dr. Mauricio Augusto Gonçalves

Gerente de Enfermagem SAMU 192-São Paulo

Enfermeira Mestre Julianna Letícia Gimenes Cotrick Gomes

Núcleo de Educação Permanente

Jaqueline Costa

2022

PRÁTICAS AVANÇADAS DO ENFERMEIRO SUPORTE INTERMEDIÁRIO DE VIDA

5º EDIÇÃO

Elaboração

Enfermeira Cassia Oliveira Lopes
Enfermeira Celina Hiromi Hoshino Vasconcelos
Enfermeira Mestre Daniela Gurjão Moreira
Enfermeira Profª Mestre Edna Barbosa da Silva
Enfermeiro Prof. Dr. Marcos Antônio Campoy

Fotografia

Enfermeiro Daniel da Paixão Jobim

Colaboradores

Enfermeira Ana Midori Harada
Enfermeiro Carlos Odescio Zanquetta
Enfermeira Celina Hiromi Hoshino Vasconcelos
Drª. Crismere Cicilioti
Dr. Francis Albert Fuji
Enfermeiro Jorge Alejandro Sevillano Aranibar
Enfermeira Mestre Julianna Letícia Gimenes Cotrick Gomes
Dr. Maurício Augusto Gonçalves
Enfermeira Shik Chic Tan Rodrigues
Enfermeira Profª Drª. Valterli Conceição Sanches Gonçalves

2022

PRÁTICAS AVANÇADAS DO ENFERMEIRO SUPORTE INTERMEDIÁRIO DE VIDA

4º EDIÇÃO

2014

Elaboração

Enfermeiro Alexandre M.L. Yague

Enfermeiro Ivanete Fátima Signor

Enfermeira Leia Magna Leite

Prof. Dr. Marcos Campoy

Profª Drª Marisa Amaro Malvestio

Enfermeira Maria Bernadete Fischer Ruiz

Enfermeira Sandra Kadluba

Coordenação

Profª Drª Marisa Amaro Malvestio

Colaboradores

Dr. Marcelo Klinger

Dr. José Caruso

Profª Drª Lucimar Aparecida Françoso

2022

Aos enfermeiros do SAMU-192 São Paulo

O cuidado pré-hospitalar por si só engloba procedimentos e atitudes altamente complexas e que demandam do enfermeiro uma dose extra de tomada de decisões rápidas, raciocínio clínico, espírito de liderança, esforço físico e claro, trabalho em equipe. É um desafio, principalmente em grandes centros urbanos, promover o acesso oportuno ao cuidado pré-hospitalar de excelência, e acreditamos no potencial e no empoderamento dado ao enfermeiro para atingir tal objetivo.

Os avanços contínuos no campo legal, em termos de reconhecimento do exercício profissional do enfermeiro, bem como, o reconhecimento do Suporte Intermediário de Vida (SIV) pelo Conselho Federal de Enfermagem, nos fortalece enquanto um profissional apto a exercer práticas avançadas de enfermagem em seu cotidiano.

Considerando que as práticas avançadas de enfermagem compreendem um profissional experiente, com habilidades para tomar decisões complexas e competência clínica para a prática expandida da enfermagem, o que envolve atributos como: raciocínio clínico e pensamento crítico, autonomia intelectual, habilidades para tomada de decisões complexas, liderança na resolução de problemas, habilidades cognitivas e psicomotoras para a prática competente em ambiente pré-hospitalar; este protocolo traz como ponto principal não apenas o direcionamento daquilo que é vital para o cotidiano do enfermeiro, ou seja, suas habilidades “duras”, como técnicas e conhecimento científico, mas também reforça a importância do julgamento crítico, o qual o enfermeiro intervencionista é capaz de realizar avaliação global da vítima, ao passo que realiza as intervenções adequadas, principalmente aquelas em que sua ação é determinante para a manutenção da vida. E principalmente, este protocolo **respalda** as suas ações.

É com imensa satisfação que levamos até vocês a essência do que compreendemos que é ser enfermeiro do pré-hospitalar. Um profissional comprometido com a vida humana e tudo que envolva o cuidado avançado, primando pela humanização e segurança do paciente durante toda a jornada de seu atendimento, com total responsabilidade, ética e compromisso com seu exercício profissional.

Esperamos que vocês levem consigo esta intenção para cada vítima atendida, para cada familiar consolado, e para si mesmos em vossas consciências, diariamente.

Com os melhores cumprimentos,

Enfermeira Mestre Julianna Letícia Gimenes Cotrick Gomes

Coordenadora de Enfermagem SAMU-192 São Paulo

Responsável Técnica de Enfermagem SAMU-192 São Paulo

Considerações Gerais

A construção do presente protocolo "Práticas Avançadas de Enfermagem no APH do Suporte Intermediário de Vida" teve como base as práticas que podem ser exercidas pelos enfermeiros no atendimento pré-hospitalar, respaldadas em resoluções pelo Conselho Regional e Federal de Enfermagem, com treinamento e capacitação para sua atuação, sob um julgamento e raciocínio clínico para identificação do problema e tomada de decisão visando uma assistência ao munícipe com maior qualidade e segurança.

Sua estrutura foi desenvolvida de forma que possa ser realizadas atualizações periodicamente de acordo com os Guidelines internacionais e Sociedades Brasileiras pertinentes à atuação no atendimento pré-hospitalar e de emergência.

O presente protocolo foi separado por temas centrais como: Sistematização da Assistência de Enfermagem no SAMU 192 São Paulo, Emergências Clínicas, Emergências Traumáticas, Emergências Pediátricas, Emergências Psiquiátricas, Emergências Obstétricas, Atendimento em situação de Múltiplas Vítimas, Especificidades das populações especiais e Tabela de medicações do protocolo SIV.

O SAMU-192 São Paulo possui um contingente de enfermeiros que realizam atendimento à vítimas de alta complexidade, sendo assim é importante a constante busca de aprimoramento e especialização em áreas de interesse pessoal e que agregam ao serviço contribuindo para a qualidade do serviço e excelência no atendimento.

Para os enfermeiros que desejarem partilhar conhecimento e sugerir novos cursos podem enviar suas contribuições através do e-mail: samueducacao@prefeitura.sp.gov.br

Assumimos o compromisso de sempre desenvolver um conteúdo técnico de excelência para o desempenho dos nossos enfermeiros a luz dos valores éticos, profissionais e de acordo com as diretrizes do SUS e políticas de humanização do Sistema Único de Saúde, preconizado pelo Ministério da Saúde.

Jaqueline Costa

Assessoria Técnica

Núcleo de Educação Permanente SAMU-192 São Paulo

SUMARIO

NORMAS E ROTINAS

1.	PAPÉIS E RESPONSABILIDADES DA EQUIPE DE SIV SAMU-192 SÃO PAULO	13
2.	RESPONSABILIDADES COMPLEMENTARES DO ENFERMEIRO OPERACIONAL	23
3.	SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTENCIA DE ENFERMAGEM SAMU - 192 SÃO PAULO	26
4.	RESPONSABILIDADES COMPLEMENTARES CONDUTORES DE VEÍCULO DE URGÊNCIA	39
5.	REGRAS GERAIS DE CONDUÇÃO/ESTACIONAMENTO VEÍCULO DE URGÊNCIA	42
6.	REGRAS DE BIOSSEGURANÇA	46
7.	AVALIAÇÃO DA CENA	48
8.	OCORRÊNCIA ENVOLVENDO PRODUTOS PERIGOSOS	50
9.	SEGURANÇA DA VÍTIMA	52
10.	ACIDENTE COM A EQUIPE NA AMBULÂNCIA SAMU 192-SÃO PAULO.....	55
11.	ACIDENTE DE TRABALHO COM MATERIAL BIOLÓGICO	57
12.	ACIDENTE DE TRABALHO SEM MATERIAL BIOLÓGICO	59
13.	ATENDIMENTO ÀS VÍTIMAS PORTADORAS DE NECESSIDADES ESPECIAIS.....	61
14.	ATENDIMENTO À VÍTIMA ACOMPANHADO DE ANIMAIS (CÃO GUIA OU OUTROS).....	64
15.	ABORDAGEM DA VÍTIMA QUE RECUSA ATENDIMENTO E/OU ENCAMINHAMENTO PARA UNIDADE DE SAÚDE	66
16.	DISPENSA DE VÍTIMA NA CENA.....	68
17.	RECEBIMENTO DE ORDENS DE AUTORIDADE POLICIAL	70
18.	ATENDIMENTO À VÍTIMA NA PRESENÇA DE MÉDICO EXTERNO	72
19.	OCORRÊNCIAS COM INDÍCIO DE CRIME	74
20.	SOLICITAÇÃO DE APOIO DE SUPORTE AVANÇADO DE VIDA	77
21.	REGRAS GERAIS PARA TRANSPORTE AEROMÉDICO	79
22.	ABORDAGEM DE EVENTOS ENVOLVENDO: ATENDIMENTO EM VIA PÚBLICA / PRESENÇA DE IMPRENSA NA CENA / PRESENÇA DE TUMULTO OU AGITAÇÃO SOCIAL	82
23.	EVIDÊNCIA DE MORTE ÓBVIA NO LOCAL DA OCORRÊNCIA.....	84
24.	PASSAGEM DE CASO PARA REGULAÇÃO MÉDICA.....	87
25.	CUIDADOS COM PERTENCES DA VÍTIMA.....	89
26.	PASSAGEM DO CASO NA UNIDADE DE SAÚDE	91

ATENDIMENTO CLÍNICO

27.	AVALIAÇÃO PRIMÁRIA E SECUNDÁRIA DA VÍTIMA COM AGRAVO CLÍNICO	94
28.	OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS POR CORPO ESTRANHO NO ADULTO.....	99
29.	PCR EM ADULTO e RCP	102
30.	INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA.....	110
31.	EXACERBAÇÃO DE ASMA	112
32.	EXACERBAÇÃO DA DPOC.....	116
33.	DESCONFORTO TORÁCICO.....	120
34.	BRADIARRITMIAS.....	124
35.	TAQUIARRITMIAS.....	128
36.	EMERGÊNCIA HIPERTENSIVA	131
37.	HIPERGLICEMIA AGUDA.....	134
38.	HIPOGLICEMIA	137
39.	CRISE CONVULSIVA NO ADULTO.....	140
40.	ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO	143
41.	SÍNDROME DE ABSTINÊNCIA ALCOÓLICA	146
42.	HIPOTERMIA.....	148
43.	REAÇÃO ANAFILÁTICA	151
44.	CÓLICA NEFRÉTICA.....	154
45.	CRISE ÁLGICA DA ANEMIA FALCIFORME	157
46.	ATENDIMENTO NAS INTOXICAÇÕES AGUDAS	159

ATENDIMENTO DE TRAUMA

47.	ATENDIMENTO DA VITIMA DE TRAUMA.....	163
48.	CHOQUE HEMORRÁGICO	167
49.	TRAUMA RAQUIMEDULAR	170
50.	TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO.....	173
51.	TRAUMA OCULAR	177
52.	TRAUMA DE TÓRAX.....	180
53.	TRAUMA ABDOMINAL	183
54.	TRAUMA MUSCULO ESQUELÉTICO	186

55.	ATENDIMENTO A VÍTIMA DE QUEIMADURA	190
56.	ATENDIMENTO A VÍTIMA DE AFOGAMENTO	194
<u>ATENDIMENTO PEDIÁTRICO</u>		
57.	ATENDIMENTO DA CRIANÇA VÍTIMA DE OVACE	198
58.	PARADA RESPIRATÓRIA E CARDIORRESPIRATÓRIA NA CRIANÇA	202
59.	CRISE ASMÁTICA NA CRIANÇA	208
60.	REAÇÃO ANAFILÁTICA NA CRIANÇA	210
61.	DISTÚRBIOS HIDROELETROLÍTICOS EM CRIANÇA	212
62.	HIPOGLICEMIA NO RN E CRIANÇA.....	214
63.	CRISE CONVULSIVA NA CRIANÇA.....	216
64.	FEBRE NA CRIANÇA	218
65.	CRISE FALCIFORME NA CRIANÇA.....	220
<u>ATENDIMENTO OBSTÉTRICO</u>		
66.	TRABALHO DE PARTO.....	223
67.	ATENDIMENTO IMEDIATO AO RECÉM-NASCIDO	228
68.	TRAUMA EM GESTANTE.....	233
69.	SÍNDROME HIPERTENSIVA NA GESTANTE	237
70.	SÍNDROME HEMORRÁGICA PÓS - PARTO	240
<u>ATENDIMENTO PSIQUIÁTRICO</u>		
71.	EMERGÊNCIAS PSIQUIÁTRICAS	243
72.	COMUNICAÇÃO DE MÁ NOTÍCIA	247
<u>PROCEDIMENTO</u>		
73.	LIMPEZA DE SUPERFÍCIE DA AMBULÂNCIA COM PRESENÇA DE MATERIAL BIOLÓGICO	250
74.	LIMPEZA CONCORRENTE DA AMBULÂNCIA	252
75.	LIMPEZA TERMINAL DA AM.....	254
76.	MANOBRA MANUAL DE ABERTURA DE VIAS AÉREAS NO TRAUMA	256
77.	MANOBRA MANUAL DE ABERTURA DE VIAS AÉREAS NO CLÍNICO	259
78.	TÉCNICA DE ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS.....	261
79.	TÉCNICAS PARA USO DE CÂNULA OROFARÍNGEA.....	263

80.	PASSAGEM DE DISPOSITIVO SUPRAGLÓTICO.....	266
81.	TÉCNICA PARA USO DE CATETER DE OXIGÊNIO	270
82.	TÉCNICA PARA USO DE MÁSCARA FACIAL NÃO REINALANTE.....	272
83.	OXIMETRIA	274
84.	VERIFICAÇÃO DE SINAIS VITAIS: PRESSÃO ARTERIAL	276
85.	VERIFICAÇÃO DE SINAIS VITAIS: FREQUÊNCIA CARDÍACA	278
86.	VERIFICAÇÃO DE SINAIS VITAIS: FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA.....	280
87.	VERIFICAÇÃO DA GLICEMIA CAPILAR	282
88.	DIMENSIONAMENTO E APLICAÇÃO DO COLAR CERVICAL	284
89.	RETIRADA DE CAPACETE NA VÍTIMA COM SUSPEITA DE TRAUMA	287
90.	EMPACOTAMENTO	291
91.	TORNIQUETE.....	294
92.	RETIRADA RÁPIDA DA VÍTIMA	297
93.	USO DO KED NA VÍTIMA DE TRAUMA	303
94.	IMOBILIZAÇÃO DA PELVE	311
95.	IMOBILIZAÇÃO DE EXTREMIDADES	315
96.	PRANCHAMENTO EM PÉ.....	320
97.	ROLAMENTO EM BLOCO 90º e 180º.....	324
98.	IMOBILIZAÇÃO E CONTENÇÃO FÍSICA	328
99.	TÉCNICA DE ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	335
100.	ACESSO VASCULAR INTRAÓSSEO.....	339
101.	DEFIBRILADOR EXTERNO AUTOMÁTICO - TOTH EASYSHOCK.....	345
<u>IMV</u>		
102.	INCIDENTES MÚLTIPLAS VÍTIMAS.....	356
<u>URAM</u>		
103.	ATRIBUIÇÕES E RESPONSABILIDADES COMPLEMENTARES DO CONDUTOR DA URAM	366
104.	CARTA DE SINAIS PARA DESLOCAMENTO DA URAM SAMU 192-SÃO PAULO	369
105.	REGRAS GERAIS DE BIOSSEGURANÇA PARA URAM.....	373
106.	REGRAS DE DESLOCAMENTO DA URAM SAMU 192-SÃO PAULO.....	375
107.	REGRAS GERAIS PARA DESLOCAMENTO DE MOTOLÂNCIAS EM COMBOIO.....	378

CONTEÚDOS ESPECIAIS

POPULAÇÕES ESPECIAIS.....	380
MEDICAÇÕES PROTOCOLO SIV.....	384
INFORMAÇÕES ADICIONAIS SOBRE VENTILADORES E MARCAPASSO	390



SAMU
192

SÃO PAULO

PRÁTICAS AVANÇADAS DO ENFERMEIRO
SUORTE INTERMEDIÁRIO DE VIDA

NORMAS E ROTINAS

2022

NORMA

SAMU SP 001

Revisão nº 05

Data emissão: 24/01/2022

Data próxima revisão: 24/01/2024

PAPÉIS E RESPONSABILIDADES DA EQUIPE DE SIV SAMU-192 SÃO PAULO

1. OBJETIVO

Descrever as ações que deverão ser exercidas pelos funcionários/servidores que constituem a equipe de SIV.

2. ÁREAS ENVOLVIDAS

SIV, SBV, SAV, URAM, Central de Regulação, Frota SAMU e Unidade de Saúde.

3. DEFINIÇÃO

As atribuições descritas de maneira clara e organizada servem de base para nortear os funcionários/servidores na execução de suas atividades no SIV.

4. SIGLAS E ABREVIATURAS

AM: Ambulância;

APH: Atendimento Pré-Hospitalar;

CLT: Código das Leis Trabalhistas;

CORE: Coordenador Regional;

DEA: Desfibrilador Externo Automático;

EPI: Equipamento de Proteção Individual;

MR: Médico Regulador;

PPR: Pausa Para Refeição;

RO: Rádio Operador;

SAMU: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência;

SAV: Suporte Avançado de Vida;

SBV: Suporte Básico de Vida;

SIV: Suporte Intermediário de Vida;

URAM: Unidade Rápida de Atendimento por Motociclistas.

5. PROCEDIMENTOS E RESPONSABILIDADES

5.1. Aspectos gerais de conduta pessoal

- Cumprir com pontualidade e assiduidade a escala de trabalho;
- Permanecer de prontidão atendendo aos chamados com presteza e agilidade;
- Apresentar-se uniformizado (macacão padronizado com manga, camiseta e bota de cano longo);
- Adequar hábitos pessoais, linguagem e atitude ao ambiente de trabalho;
- Não fumar, nem permitir que fumem dentro da base e/ou dentro da AM conforme legislação federal;
- Zelar pelo cumprimento dos protocolos institucional, Estatuto do Funcionalismo Público Municipal e das normas do CLT;
- Relacionar de forma ética com diferentes profissionais;
- Tratar com urbanidade os cidadãos;
- Zelar pela imagem do serviço;
- Utilizar a terminologia do Código "Q" (Anexo A) e Alfabeto Fonético (Anexo B) na comunicação com central de regulação.

5.2. Aspectos operacionais

O profissional do SAMU poderá ser remanejado de base para cumprimento de sua carga horaria, conforme necessidade de serviço, respeitando horário de inicio e termino de seu plantão, conforme previsto em Portaria nº 598/2019 SMS G/CR (anexo C).

5.3. Atuação da equipe na base operacional

- Dar QAP individualmente para central de regulação, de forma individualizada;
- Permanecer durante o plantão com os dispositivos de comunicação disponibilizados pela Instituição (HT e celular);
- Realizar o checklist da viatura, informando o CORE caso identificado necessidade de reparo da AM;
- Realizar checklist dos insumos da AM, da oxigenoterapia fixo e portátil e equipamentos de comunicação
- O condutor poderá buscar o profissional de enfermagem remanejado de outra base, seguindo a determinação do CORE.
- Realizar checklist nos primeiros 20 minutos do início do plantão, a fim de garantir segurança assistencial.
- Realizar o checklist TOP 05 (Anexo D) nos chamados priorizados pelo MR:
 1. Testar DEA e conferir eletrodo adesivo;
 2. Conferir cilindro de oxigênio, máscara de oxigênio, ambú e extensão de látex;
 3. Conferir luvas, máscara descartável, gazes e ataduras;
 4. Conferir prancha longa, base e protetor de cabeça e colar cervical;

5. Checar na ambulância: condições do pneu, óleo e combustível.

- A reposição de insumos deverá ser feita no início do plantão e /ou cada atendimento;
- Realizar a limpeza da AM e dos equipamentos conforme protocolos;
- Zelar pela ordem da base operacional.

5.4. Atuação da equipe no recebimento do chamado

- Receba e anote o chamado (qualquer integrante da equipe);
- O técnico/auxiliar de enfermagem deve se atentar para as informações relacionadas à vítima;
- A central de regulação informará: endereço, página do guia de ruas, queixa principal, nome da vítima e idade; sendo que outras informações poderão ser passadas pelo rádio operador durante o trajeto, através de solicitação;
- Tempo para saída da base após a recepção do chamado deve ser imediate.

5.5. Atuação da equipe na cena do atendimento

Condutor

- Garantir sua segurança, de sua equipe, circundantes e da vítima.

Equipe de Enfermagem

- Apresentar-se como profissional do SAMU 192;
- Avaliar a vítima e realizar as intervenções necessárias e previstas em protocolo, dentro dos limites ético-profissionais;
- Utilizar EPI durante todo o atendimento;
- Manter o controle da situação, estabelecendo prioridades.

Condutor e equipe de enfermagem

- Apoiar, orientar e acalmar familiares e acompanhantes da vítima;
- Contactar MR, reportando o caso e seguindo as orientações determinadas.

5.6. Atuação da equipe durante o transporte da vítima até a unidade de saúde

Condutor

- Transportar à vítima de forma segura para a unidade de saúde determinada pelo MR;
- Trafegar sempre com o cinto de segurança afivelado;
- Exija a utilização do cinto de segurança a todos os tripulantes;
- Transportar o acompanhante no banco da frente;

Atenção: O número de acompanhantes esta condicionado ao número de cintos de segurança da AM.

Equipe de Enfermagem

- Permaneça no salão da AM durante o transporte, reavaliando continuamente a vítima;
- Preencha de forma completa a ficha de APH em duas vias com letra legível;

- Pertences da vítima: protocolo específico.

5.7. Atuação da equipe na unidade de saúde

Equipe de enfermagem

- Passagem do caso: protocolo específico.
- Pertences da vítima: protocolo específico.

Condutor e equipe de Enfermagem

- Transmita ao rádio-operador os dados referentes ao atendimento, utilizando o recurso de comunicação portátil disponível;
- Agilize a limpeza e reposição de materiais da AM para novas ocorrências;
- Comunique à central de regulação sua disponibilidade tão logo esteja liberado.

Observações

- Permaneça na unidade de saúde em caso de maca retida, respeitando a Portaria 1321/2016 – SMS. G/COMURGE;
- Comunique o CORE e preencha anexo 3 (da referida portaria) em caso de maca retida em tempo superior a 1 hora (Anexo E).
- Informe o CORE sobre qualquer intercorrência relacionada ao equipamento (maca presa);
- Permaneça em QAP, caso de maca retida e atente-se aos dispositivos de comunicação do serviço (HT, rádio e celular) para possíveis acionamentos;
- Conforme normativa 01/2019 (Anexo F) a maca que permanecer presa deve ser desarmada (rebaixada):
 - ✓ Comunique a vítima/familiares e a equipe da unidade de saúde da necessidade de manter a maca rebaixada;
 - ✓ Comunique o CORE quando houver recusa do rebaixamento da maca;
 - ✓ Registre a recusa e a orientação do CORE na ficha de atendimento.

ATENÇÃO

- ✓ O horário de PPR é flexível e deverá ser realizado por 1 hora, contemplando a obtenção do alimento;
- ✓ Devido às características do serviço, as equipes poderão ser acionadas pelo MR durante a refeição. O tempo restante de PPR será realizado após atendimento a vítima.
- ✓ O CORE poderá coordenar PPR mesmo que as equipes não solicitem, garantindo assim que todas realizem o PPR no 2/3 do plantão.

6. FLUXOGRAMA

Não há.

7. REFERÊNCIAS CONSULTADAS

- Protocolo de Atendimento Pré-Hospitalar: Suporte Intermediário de Vida. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde – SAMU, 2014.4ª. Edição 112 p.

- Normativa 01/2019 – SAMU 192 SP.
- Portaria nº 598/2019 - SMS G/CR.
- Portaria 1321/2016 - SMS G/COMURGE.
- Portaria 2048/2002 - SMS G/CR. Disponível em <
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html> Acesso em 20/12/2021.

8. CONTROLE DE REVISÕES

Revisão	Data	Motivo da Alteração
05	24/01/2022	Atualização

9. ANEXOS

Sim.

ANEXO A - CÓDIGO Q

Em linguagem simples para rápido entendimento. Os códigos mais usados.

QSL- entendido.

QAP- na escuta.

QRV- esperando resposta; as ordens.

QRA- nome.

QRT- fora do ar.

QTA- cancelar mensagem.

QAR- desligar.

QRX- espere; estou fixo em um local.

QSM- repetir a mensagem;

QSO- conversa; contato entre operadores.

QSP- ponte, recado.

QTC- mensagem prioritária; mensagem.

QTH- local; endereço.

QTR- hora exata.

QTU- hora.

QRL- ocupado.

QRU- problema.

QRN- interferência.

QRM- interferência humana.

QRZ- fale quem chamou.

QSA- como está recebendo?

QSV- viatura.

QSD- motorista.

QSJ- dinheiro.

TKS- obrigado (em inglês, tanks)

RPT- repita.

VTR- viatura.

NIHIL- nada, nenhum

ANEXO B - ALFABETO FONÉTICO

LETRA	PALAVRA	PROMÚNCIA	LETRA	PALAVRA	PROMÚNCIA
A	Alfa	Al-fa	N	November	No-yem-ber
B	Bravo	Bra-vo	O	Oscar	Os-car
C	Charlie	Char-li	P	Papa	Pa-pa
D	Delta	Del-ta	Q	Quebec	Que-bec
E	Echo	E-co	R	Romeu	Ro-meu
F	Foxtrot	Fox-trot	S	Sierra	Si-e-rra
G	Golf	Golf	T	Tango	Tan-go
H	Hotel	O-tel	U	Uniform	Iu-ni-form
I	India	In-dia	V	Victor	Vic-tor
J	Julieta	Dju-let	W	Whiskey	Uis-qui
K	Kilo	Ki-lo	X	X-ray	Eks-ray
L	Lima	Li-ma	Y	Yankee	Ian-que
M	Mike	Maik	Z	Zulu	Zu-lu

ANEXO C – REMANEJAMENTOS (Portaria nº 598/2019 SMS G/CR)

SAÚDE

GABINETE DO SECRETÁRIO

PROCESSO: 6018.2019/0035981-7

PORTARIA Nº 598/2019-SMS.G/CR

CONSOLIDA AS VINCULAÇÕES DOS PROFISSIONAIS DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS – SAMU 192 AS VIATURAS REGISTRADAS NO CADASTRO NACIONAL DOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE (CNES)

O Secretário Municipal de Saúde, no uso das atribuições que lhe são legalmente conferidas e,

Considerando a Portaria 2048 GM/MS de 05 de novembro de 2002, que aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência de caráter nacional;

Considerando a Portaria nº 2657 GM/MS, de 16 de dezembro de 2004, que estabelece as atribuições das centrais de regulação médica de urgências e o dimensionamento técnico para a estruturação e operacionalização das Centrais SAMU – 192;

Considerando a Portaria GM/MS nº1600, de 07 de julho de 2011, que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui as Redes de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS);

Considerando a Portaria nº 356 SAS/MS, de 8 de abril de 2013, que adequa e norteia o cadastramento do componente assistencial móvel da Rede de Atenção às Urgências no SCNES;

Considerando a Portaria nº 1010 GMMMS, de 21 de maio de 2012, que redefine as diretrizes para a implantação do Serviço Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências;

Considerando a Resolução CFM 2110/2014, de 19 de novembro de 2014, que normatiza fluxos e responsabilidades dos serviços pré-hospitalares móveis de urgência e emergência;

Considerando a Portaria MS nº 1646, de 2 de outubro de 2015, que institui o Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES);

Considerando a Portaria nº 1321 SMS.G, 04 de agosto de 2016, que instituiu os procedimentos operacionais padrão referente ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgências – SAMU 192 e sua interface com a Rede de Urgências e Emergências;

Considerando a Portaria nº 190/2019 – SMS.G, publicada no DOC de 23 de fevereiro de 2019, bem como o Comunicado nº 006/2019 – SMS.G/COGER, DOC de 26 de fevereiro de 2019, e suas subsequentes publicações relacionadas ao processo de descentralização do SAMU 192;

RESOLVE:

Art. 1º - Consolidar no Anexo I desta Portaria, as atualizações das vinculações dos profissionais do Serviço de Atendimento Móvel de Urgências às respectivas viaturas registradas no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES), considerando as ações decorrentes da Portaria nº 190/2019.

Art. 2º - Destacar que as vinculações dos profissionais do Serviço de Atendimento Móvel de Urgências se dão junto as viaturas registradas no CNES. A vinculação das viaturas às bases descentralizadas e determinada pelo cenário atual e poderá ser alterada, de acordo com as necessidades justificadas pela gestão.

Art. 3º - Determinar que as escalas de trabalho decorrentes das atualizações publicadas no Anexo I desta Portaria, devem atender prioritariamente as opções realizadas nos processos de escolha decorrentes da Portaria nº 190/2019 e do Comunicado 006/2019, podendo somente ser alteradas pelo gestor municipal designado, se justificada a necessidade de serviço.

Art. 4º - Considerando a natureza do serviço e a operação do SAMU 192, o profissional do SAMU poderá ser remanejado para cumprimento de sua carga horária prevista, respeitando o local e horário de início e término de seu plantão determinado em escala prévia.

Art. 5º - Determinar que as futuras alterações da vinculação dos profissionais do SAMU 192 ao CNES, somente poderão ser realizadas mediante ciência e anuência dos responsáveis designados pela Coordenadoria Regional de Saúde e da Coordenação do SAMU 192, com deliberação final da Coordenação de Gestão de Pessoas da Secretaria Municipal de Saúde, de acordo com o fluxo vigente e instrumental próprio.

ESCOLHA DE VAGAS GERAL MOVIMENTAÇÃO SAMU-192

ANEXO D – CHECKLIST TOP 05 (CHAMADOS DE PRIORIDADE)



Divisão Técnica de Fiscalização, Comunicações e Informação
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU



ORIENTAÇÃO NORMATIVA 02/19

ACIONAMENTO PARA CHAMADOS DURANTE A REALIZAÇÃO DO CHECKLIST

Considerando que:

- A realização do checklist é ação importante para inúmeros processos de trabalho e condição fundamental para a segurança assistencial;
- O Protocolo do SAMU SP para todas as modalidades (SAV, SBV, e SIV), determina a obrigatoriedade de realização do checklist da viatura no início do plantão;
- A **passagem de plantão** entre as equipes (enfermagem, condutores e médicos) é ato importante para se evitar a solução de continuidade no trabalho e que, neste momento, as equipes já devem informar a situação da viatura e as necessidades de reposição de itens;
- A realização do checklist da viatura **deve ser compartilhada** entre todos os profissionais da viatura, pois a participação de todos agiliza o processo de checagem de todos os itens e otimiza a disponibilidade da equipe para atendimento à população;
- Os casos classificados e regulados como **Delta e Echo devem ser priorizados** para o acionamento e não podem ser retardados;
- Há necessidade de se **garantir a prontidão** das equipes de atendimento no início de cada plantão mesmo diante da necessidade de realização do checklist;
- Não deve ser recusado nenhum acionamento, justificando a recusa ao fato de estar realizando o checklist, o que fere o **Código de Ética Médica e de Enfermagem**;
- O Código de Ética dos profissionais de Enfermagem (Resolução COFEN 564/2017) determina como **direitos**:
 - ✓ Artigo 1º: Exercer a Enfermagem com liberdade, **segurança técnica**, científica e ambiental, autonomia, e ser tratado sem discriminação de qualquer natureza, segundo os princípios e pressupostos legais, éticos e dos direitos humanos;
 - ✓ Artigo 2º: Exercer atividades em locais de trabalho livre de riscos e danos e violências física e psicológica à saúde do trabalhador, em respeito à dignidade humana e à proteção dos direitos dos profissionais de enfermagem.
- O Código de Ética dos profissionais de Enfermagem (Resolução COFEN 564/2017) determina como **deveres**:
 - ✓ Artigo 24º: Exercer a profissão com **justiça, compromisso, equidade, resolutividade, dignidade, competência, responsabilidade, honestidade e lealdade**;
 - ✓ Artigo 36º: **Registrar** no prontuário e em outros **documentos**, as informações inerentes e indispensáveis ao processo de cuidar de forma clara, objetiva cronológica, legível, completa e sem rasuras.

Rua Jaraguá, 858 – Bom Retiro, São Paulo, SP - CEP 01129-000
FABX: 11.3396-1400



Divisão Técnica de Fiscalização, Comunicações e Informação
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU



- O Código de Ética dos profissionais de Enfermagem (Resolução COFEN 564/2017) determina como **proibições**:
 - ✓ Artigo 61º: Executar e/ou determinar atos contrários ao Código de Ética e à legislação que disciplina o exercício da Enfermagem;
 - ✓ Artigo 64º: Provocar, cooperar, ser conivente ou omissivo, diante de qualquer forma ou tipo de violência contra a pessoa, família e coletividade, quando no exercício da profissão;
 - ✓ Artigo 68º: Valer-se, quando no exercício da profissão, de mecanismos de coação, omissão ou suborno, com pessoas físicas ou jurídicas, para conseguir qualquer tipo de vantagem.
- O Código de Ética dos profissionais Médicos em seu Capítulo II, item IV determina que é **direito** do médico, recusar-se a exercer sua profissão em instituição pública ou privada onde as condições de trabalho **não sejam dignas** ou possam prejudicar a própria saúde ou a do paciente, bem como a dos demais profissionais, devendo neste caso, comunicar imediatamente sua decisão à comissão de ética e ao Conselho Regional de Medicina;
- O Código de Ética dos profissionais Médicos em seu Capítulo III, estabelece que é **vedado** ao médico:
 - ✓ Artigo 1º: Causar dano ao paciente, por ação ou omissão, caracterizável como imperícia, imprudência ou negligência;
 - ✓ Artigo 7º: Deixar de atender em setores de urgência e emergência, quando for de sua obrigação fazê-lo, expondo a risco a vida de pacientes, mesmo respaldado por decisão majoritária da categoria.

Fica estabelecido que o checklist da viatura e de seus materiais de SBV, SIV e SAV deve ser realizado nos **primeiros 20 min** de início do plantão a fim de se garantir a segurança assistencial e as boas condições da viatura. Com este objetivo durante esse período:

1. A Central de Operações acionará as equipes apenas para chamados regulados e priorizados de complexidade DELTA e ECHO;
2. Caso uma equipe seja acionada para caso Delta ou Echo antes da finalização do checklist, preconiza-se que seja garantida a rápida checagem dos 5 itens fundamentais à segurança da viatura e à segurança da assistência nestes casos, quais sejam:

TOP 5 - SBV

Checar:

Assistência ventilatória, circulatória, abordagem do trauma, segurança da viatura

1. DEA e eletrodo adesivo
2. Máscara de O2, ambú e cilindro de oxigênio
3. Luvas, gazes e ataduras;
4. Prancha longa, protetor de cabeça e colar cervical;
5. Checagem da ambulância: externa, combustível e novidades no checklist.

TOP 5 – SAV e SIV

Checar:

Assistência ventilatória, circulatória, abordagem do trauma, segurança da viatura

1. Desfibrilador/DEA e eletrodo adesivo/pás;
2. Máscara de O2, ambú, laringoscópio, cânulas IOT/Máscara laríngea e cilindro de oxigênio;
3. Luvas, gazes e ataduras;
4. Prancha longa, protetor de cabeça e colar cervical;
5. Checagem da ambulância: externa, combustível e novidades no checklist.

OBS: Para as equipes de SIV e SAV, recomenda-se ainda a checagem rápida compartilhada dos medicamentos.

São Paulo, 30 de Setembro de 2019.

COORDENAÇÃO GERAL
SAMU 192 - SMS – PMSP

Rua Jaraguá, 858 – Bom Retiro, São Paulo, SP - CEP 01129-000
PABX: 11.3396-1400

ANEXO E – MACA RETIDA – ANEXO 03

TERMO DE RESPONSABILIDADE PELA GUARDA E USO DO EQUIPAMENTO DE TRABALHO DO SAMU 192

Nome da Vítima: _____
 Nº Ficha de Atendimento: _____
 Data e horário do início da Transição Hospitalar: _____
 Prefixo da AM: _____ Numeral de Ordem: _____
 Identificação da maca / Patrimônio: _____
 Responsável pela retenção: _____
 Hospital / Pronto Socorro: _____
 Identificação: _____
 Carimbo/Assinatura: _____

DEVOLUÇÃO

Data da devolução: ___/___/___ Horário: ___:___

Atestamos que o bem foi devolvido em ___/___/___ nas seguintes condições:

- Em perfeito estado
- Apresentando defeito _____
- Faltando peças ou acessórios _____
- Obs.: _____

IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR DO SAMU RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

Nome: _____
 RF: _____

Carimbo/Assinatura (SAMU):



Divisão Técnica de Fiscalização, Comunicações e Informação
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU



ORIENTAÇÃO NORMATIVA 01/2019

MACA REBAIXADA NA TRANSIÇÃO HOSPITALAR

No período de transição do cuidado pré-hospitalar para a unidade de saúde de destino, se esgotadas todas as possibilidades de instalação do paciente em uma maca hospitalar da unidade, a **equipe assistencial do SAMU deve:**

1. Comunicar o risco ao paciente e/ou familiares, se possível, informando sobre as medidas que devem ser consideradas para evitar a queda e a necessidade de rebaixar a maca;
2. Comunicar a equipe de saúde da unidade que a maca será rebaixada;
3. Registrar o rebaixamento da maca na ficha de atendimento com data e horário bem como nome do profissional da equipe do hospital que foi comunicado;
4. **REBAIXAR A MACA COM CUIDADO;**
5. Aguardar a liberação da maca no hospital, conforme norma já estabelecida;

São Paulo, 01 de Novembro de 2019.

Enfª Maísa Ferreira dos Santos
COORDENAÇÃO GERAL
SAMU 192 - SMS/PMSP

Elaboração	Revisão	Aprovação
Cassia Oliveira Lopes	Julianna Letícia G. Cotrick Gomes.	Maísa Ferreira dos Santos

NORMA

SAMU SP 002

Revisão nº 05

Data emissão: 24/01/2022

Data próxima revisão: 24/01/2024

RESPONSABILIDADES COMPLEMENTARES DO ENFERMEIRO OPERACIONAL

1. OBJETIVO

Descrever as responsabilidades complementares do enfermeiro que constitui as equipes de SIV.

2. ÁREAS ENVOLVIDAS

SIV, SBV e Central de Regulação.

3. DEFINIÇÃO

As responsabilidades descritas servem de base para nortear os enfermeiros na execução de suas atividades complementares.

4. SIGLAS E ABREVIATURAS

CORE: Coordenador Regional;

NR: Normas;

SAMU: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência;

SBV: Suporte Básico de Vida;

SIV: Suporte Intermediário de Vida.

5. PROCEDIMENTOS E RESPONSABILIDADES

Ao enfermeiro, adicionalmente a NR SAMU SP 001:

Segundo Portaria 2048/2002 compete:

- Supervisionar, auxiliar e avaliar as ações de enfermagem da equipe básica no Atendimento Pré-Hospitalar Móvel, sendo o enfermeiro responsável pela vítima quando o atendimento for iniciado pelo SBV. O enfermeiro deverá acompanhar sempre a equipe de SBV até unidade de saúde;
- Executar prescrições médicas por telemedicina e segundo Código de Ética, Artigo 46 inciso 2ª. : **“exceto** em casos de urgência e emergência e regulação, é vedado ao profissional de enfermagem o cumprimento de prescrição à distância”;
- Prestar cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica a pacientes graves e com risco de vida, que exijam conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas;
- Prestar a assistência de enfermagem à gestante, a parturiente e ao recém-nascido;
- Realizar partos sem distócia;

- Participar nos programas de treinamento e aprimoramento de pessoal de saúde em urgências particularmente nos programas de educação continuada;
- Fazer controle de qualidade do serviço nos aspectos inerentes à sua profissão;
- Subsidiar os responsáveis pelo desenvolvimento de recursos humanos para as necessidades de educação continuada da equipe.

Segundo COFEN 655/2020 considera:

- Resolução COFEN nº 487, de 25 de agosto de 2015, que veda aos profissionais de Enfermagem o cumprimento da prescrição médica à distância, exceto aquelas decorrentes de situação de urgência e emergência quando realizadas por médico regulador na Central de regulação das urgências;
- Resolução COFEN nº 641, de 02 de junho de 2020, que normatiza a utilização de dispositivo extra glótico (DEG) e outros procedimentos para acesso à via aérea, por Enfermeiros, nas situações de urgência e emergência, nos ambientes intra e pré-hospitalares;
- Resolução COFEN nº 648, de 16 de setembro de 2020, que normatiza a capacitação e atuação do enfermeiro na realização da punção intraóssea em adultos e crianças, em situações de urgência e emergência pré e intra-hospitalares;
- §1º e §2º do art. 1º da Portaria do Ministério da Saúde nº 2.048, de 05 de novembro de 2002, que estabelece, em caráter nacional, aos serviços públicos e privados, os princípios e diretrizes dos Sistemas de Urgência e Emergência, o funcionamento das Centrais de Regulação das Urgências e Emergências e do atendimento pré-hospitalar móvel;
- Art. 44 da subseção III, da seção II, do capítulo I do título II da Portaria de Consolidação do Ministério da Saúde nº. 03, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde;
- Avanços tecnológicos, a especificidade da estruturação da assistência pré-hospitalar móvel e a necessidade de revisão e atualização de parâmetros que subsidiem o planejamento, controle, regulação, atuação e avaliação das atividades assistenciais de enfermagem neste campo de prática.

6. FLUXOGRAMA

Não há.

7. REFERÊNCIAS CONSULTADAS

- Lei Federal nº. 7498/1986, no Decreto Federal nº. 94406/1987. Disponível em < http://www.cofen.gov.br/decreto-n-9440687_4173.html> Acesso em 05/01/2022.
- Protocolo de Atendimento Pré-Hospitalar: Suporte Intermediário de Vida. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde – SAMU, 2014; 4ª. Edição. 112 p.
- Portaria nº. 2048/2002. SMS G/CR. Disponível em< https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html> Acesso em 20/12/2021.
- Resolução COFEN 358/2009. Disponível em < <http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen->

[3582009_4384.html](#)> Acesso 05/01/2022.

➤ Resolução COFEN 564/2017. Disponível em < http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html > Acesso 05/01/2022.

➤ Resolução COFEN 655/2020. Disponível em < http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-655-2020_84045.html > Acesso 05/01/2022.

8. CONTROLE DE REVISÕES

Revisão	Data	Motivo da Alteração
05	24/01/2022	Atualização

9. ANEXOS

Não há.

Elaboração	Revisão	Aprovação
Cassia Oliveira Lopes	Julianna Letícia G. Cotrick Gomes	Maísa Ferreira dos Santos

ROTINA

SAMU SP 003

Revisão nº 00

Data emissão: 24/01/2022

Data próxima revisão: 24/01/2024

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTENCIA DE ENFERMAGEM SAMU - 192 SÃO PAULO

1. OBJETIVO

Descrever para o enfermeiro como será realizado a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) no SAMU- 192 São Paulo, através da apresentação da ficha da SAE e o manual para sua utilização.

2. ÁREAS ENVOLVIDAS

SIV.

3. DEFINIÇÃO

A SAE é a metodologia usada para planejar, executar e avaliar o cuidado, constituindo ferramenta fundamental ao trabalho do enfermeiro (Chaves & Solai, 2013).

Segundo COFEN 358/2009, para a realização da SAE deve-se ter um método científico na qual o cuidado será embasado mediante teorias e processo de enfermagem.

De acordo com os níveis de atenção de saúde, o SAMU-192 São Paulo esta inserido no nível secundário, onde o foco assistencial é o tratamento, portanto, a teoria que norteará a conduta de atendimento será das Necessidades Humanas Básicas (Wanda Horta).

O artigo 2º COFEN 358/2009 relata que Processo de Enfermagem organiza-se em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes: Coleta de dados de enfermagem (ou histórico de enfermagem), diagnóstico de enfermagem, planejamento de enfermagem, implementação e avaliação de enfermagem, e este processo será descrito como uma determinada taxonomia.

O SIV SAMU-192 São Paulo realizara o processo de enfermagem nas etapas descritas acima e utilizará instrumento específico realizado pela Coordenação de Enfermagem atual, garantindo assistência respaldada por conhecimento científico e pensamento crítico, utilizando uma taxonomia segundo CIPE 2019.

4. SIGLAS E ABREVIATURAS

CIPE: Classificação Internacional para as Práticas de Enfermagem;

SAE: Sistematização da Assistência de Enfermagem;

SAMU: Serviço Atendimento Móvel de Urgência;

SIV: Suporte Intermediário de Vida.

5. PROCEDIMENTOS E RESPONSABILIDADES

A SAE deverá ser realizada por todos os enfermeiros do SAMU-192 São Paulo que realizam atendidos às vítimas.

O instrumento utilizado será exposto nos anexos, bem como o manual de preenchimento, neste protocolo.

6. FLUXOGRAMA

Não há.

7. REFERÊNCIAS CONSULTADAS

- COFEN 358/2009. Disponível em <http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html> Acesso em 20/11/2021.
- Chaves, L.D.; Solai, C.A. SAE. Sistematização da Assistência de Enfermagem. Editora Martinari. 2ª edição. 2013. São Paulo.
- CIPE 2019, Disponível em < https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/icnp-Portuguese_translation.pdf> Acesso em 20/11/2021.

8. CONTROLE DE REVISÕES

Revisão	Data	Motivo da Alteração
00	00	-----

9. ANEXO

Sim.

Elaboração	Revisão	Aprovação
Cassia Oliveira Lopes	Julianna Letícia G. Cotrick Gomes	Máisa Ferreira dos Santos

FICHA DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

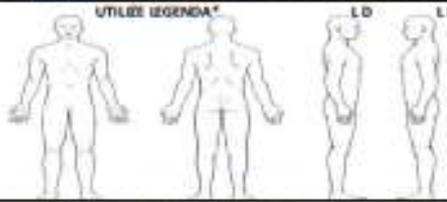
SAMU-192 SÃO PAULO



Secretaria Municipal de Saúde
Secretaria Executiva de Atenção Hospitalar
Coordenadoria de Urgências e Emergências
Departamento de Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - Fundamentada na Teoria das Necessidades Humanas Básicas e CIPE® 2019																																																																													
SAV () SIV () URAM ()		Data do atendimento			Hora																																																																								
NUMERO DE ORDEM	P.G. GLA	BASE	MATURA	CÓDIGO CHAMADO	ACIONAMENTO () CECOM () CET () COBOM () PM () DEMANDA ESPONTÂNEA () VIA PÚBLICA																																																																								
identificação	Nome/descrição da vítima _____ DN ____/____/____																																																																												
	Nome social _____ Documento _____		Sexo biológico () F () M Cor () branco () preto () amarelo () pardo																																																																										
	Nome da mãe da vítima _____																																																																												
	Endereço da ocorrência _____																																																																												
	Endereço da vítima _____ Telefone _____																																																																												
cidade	Nome acompanhante _____ Telefone _____ Documento _____																																																																												
	Situação local () difícil acesso () rua s/descrição () animal agressivo () incêndio () produtos perigosos () outros _____																																																																												
	Situação vítima () já removida () não localizada () recusa atendimento () evadida () tentativa de suicídio () suicídio () Outros _____																																																																												
	Recursos na cena URAM _____ SAMU _____ COBOM _____ Outros _____ Solicitação apoio URAM _____ SAMU _____ COBOM _____ PM _____ Outros _____																																																																												
Clínico () Traumático () Psiquiátrico () Obstétrico () Pediátrico () RN ()																																																																													
ATENIMENTO À VÍTIMA NÃO TRAUMÁTICO () NÃO SE APLICA																																																																													
AVALIAÇÃO PRIMÁRIA	PROBLEMAS IDENTIFICADOS		DIAG. DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES																																																																									
	A () Sem anormalidade () Parada Respiratória () Respiração ruidosa () Presença de corpo estranho () Secreções ou vômitos () Edema de VAS ()		() Ventilação ausente () Processo do sistema respiratório prejudicado () Risco de aspiração () Desobstrução de VAS prejudicada ()	() Abrir vias aéreas () Ventilar com bolsa-válvula-máscara c/ O ₂ 15 l/minuto () Estender pescoço e elevar mento () Aspirar VAS com sonda nº _____ () Retirar manualmente corpo estranho () Realizar manobra de Heimlich () Colocar COF nº _____																																																																									
	B () Sem anormalidade () Dispnéia () Taquipneia () Bradipneia () Assimetria torácica () Estase jugular () M.V. ausente () E () / () M.V. ausente D () E () () Roncos () Estertores () Sibilos () Uso de musculatura acessória () Batimento de asa de nariz () Falta entrecorta da () Incapacidade de ficar DDH () Cianose de extremidades () Dor pleurítica		() Processo do sistema respiratório prejudicado () FR anormal () Saturação O ₂ baixa () Dor ()	() Ventilar com bolsa-válvula-máscara c/O ₂ 15 l/minuto () Beber decúbito em _____ graus () Instalar O ₂ _____ l/min. () máscara () cateter () Verificar oximetria. Saturação _____ % () Realizar escala de dor (0-10) INICIAL _____ FINAL _____ () Realizar analgesia () Dipirona () Toradol () () Adm. Salbutamol: adulto com espaçador 02 jatos: 01 x () 02 xs () () Adm. Salbutamol: criança com espaçador 01 jato: 01 x () 02 xs ()																																																																									
	C () Sem anormalidade () Bradicardia () Pulso radial ausente D () E () () Taquicardia () Pulso arritmico D () E () () Pulso fibrilante D () E () () Período > de 2 seg. D () E () () Palidez () Pele fria () Diaforética () turgor () () Perdas () Dor tônica () Dor abdominal () Bulhas cardíacas arritmicas Ritmo elétrico cardíaco: _____		() Risco/ Desequilíbrio de líquidos () Arritmia () Frequência cardíaca Alterada () Sangramento () Dor ()	() Realizar monitorização cardíaca () Instalar AVP, cateter calibre nº _____ Local _____ / SF PMV () Instalar IO: adulto () infantil () Local _____ / SF PMV () Realizar rep. volêmica _____ ml mantendo PAS 90 mmHg. () Realizar escala de dor (0-10) INICIAL _____ FINAL _____ () Realizar analgesia () Dipirona () Toradol () Buscopan Composto () Administrar AAS 300 mg mastigado. () Administrar Captopril 25 mg.																																																																									
	D () Glasgow () Pupila: D () ● ● ● ● E () ● ● ● ● () Pupilas fotorreagentes Sim () Não () D () E () () Alteração do estado mental/ alteração glicemia () Agitação psicomotora () Espasmos tônico-clônico () Parésia MSD () MSE () MID () MIE () () Parestesia MSD () MSE () MID () MIE () () Plegia MSD () MSE () MID () MIE () () Dor (0-10) _____ Local _____ () <u>Vinciente/ Possível</u> () desvio de rima () queda de MMSS () alteração fala () último horário visto assintomático		() Consciência prejudicada () Tamanho pupilar alterado () Reflexo pupilar ausente () Hipoglicemia () Hiperglicemia () Agitação () Confusão aguda () Convulsão () Dependência de drogas () Afasia () Dor ()	() Glasgow Inicial: MAO: _____ MRV: _____ MMV: _____ Total: _____ <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>Final</th> <th>MAO</th> <th>MRV</th> <th>MMV</th> <th>Total</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>RESPONDE A COMANDO</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>ORIENTADO</td> <td>ORIENTADO</td> <td>ORIENTADO</td> <td>ORIENTADO</td> <td>ORIENTADO</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>ÓSCULO</td> <td>ÓSCULO</td> <td>ÓSCULO</td> <td>ÓSCULO</td> <td>ÓSCULO</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>ABRE O OLHO</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>ABRE A BOCA</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>ABRE O JOELHO</td> </tr> <tr> <td>7</td> <td>ABRE O BRAÇO</td> </tr> <tr> <td>8</td> <td>ABRE A PERNA</td> </tr> <tr> <td>9</td> <td>ABRE O TÓRAX</td> </tr> <tr> <td>10</td> <td>ABRE O ABDOME</td> </tr> <tr> <td>11</td> <td>ABRE O PÉ</td> </tr> </tbody> </table> () Administrar Glicose 50% _____ ampolas com SF 0,9% 300ml. () Realizar contenção física () Administrar Diazepam 1 ampola EV. () Realizar analgesia () Dipirona () Toradol () () Realizar escala de dor pós analgesia (0-10) _____			Final	MAO	MRV	MMV	Total	1	RESPONDE A COMANDO	2	ORIENTADO	ORIENTADO	ORIENTADO	ORIENTADO	ORIENTADO	3	ÓSCULO	ÓSCULO	ÓSCULO	ÓSCULO	ÓSCULO	4	ABRE O OLHO	ABRE O OLHO	ABRE O OLHO	ABRE O OLHO	ABRE O OLHO	5	ABRE A BOCA	ABRE A BOCA	ABRE A BOCA	ABRE A BOCA	ABRE A BOCA	6	ABRE O JOELHO	ABRE O JOELHO	ABRE O JOELHO	ABRE O JOELHO	ABRE O JOELHO	7	ABRE O BRAÇO	8	ABRE A PERNA	9	ABRE O TÓRAX	10	ABRE O ABDOME	11	ABRE O PÉ																								
		Final	MAO	MRV	MMV	Total																																																																							
1	RESPONDE A COMANDO	RESPONDE A COMANDO	RESPONDE A COMANDO	RESPONDE A COMANDO	RESPONDE A COMANDO																																																																								
2	ORIENTADO	ORIENTADO	ORIENTADO	ORIENTADO	ORIENTADO																																																																								
3	ÓSCULO	ÓSCULO	ÓSCULO	ÓSCULO	ÓSCULO																																																																								
4	ABRE O OLHO	ABRE O OLHO	ABRE O OLHO	ABRE O OLHO	ABRE O OLHO																																																																								
5	ABRE A BOCA	ABRE A BOCA	ABRE A BOCA	ABRE A BOCA	ABRE A BOCA																																																																								
6	ABRE O JOELHO	ABRE O JOELHO	ABRE O JOELHO	ABRE O JOELHO	ABRE O JOELHO																																																																								
7	ABRE O BRAÇO	ABRE O BRAÇO	ABRE O BRAÇO	ABRE O BRAÇO	ABRE O BRAÇO																																																																								
8	ABRE A PERNA	ABRE A PERNA	ABRE A PERNA	ABRE A PERNA	ABRE A PERNA																																																																								
9	ABRE O TÓRAX	ABRE O TÓRAX	ABRE O TÓRAX	ABRE O TÓRAX	ABRE O TÓRAX																																																																								
10	ABRE O ABDOME	ABRE O ABDOME	ABRE O ABDOME	ABRE O ABDOME	ABRE O ABDOME																																																																								
11	ABRE O PÉ	ABRE O PÉ	ABRE O PÉ	ABRE O PÉ	ABRE O PÉ																																																																								
E () Sem anormalidade () Tremores () Hipertensão () Hipotermia () Outros _____		() Risco/ Alteração sistema termorregulador	() Cobrir com manta aluminizada () Retirar vestes () Controlar temperatura interna da AM () Segurar a vítima																																																																										
AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA	SAMPLE	Hora: _____ PA _____ X _____ mmHg FC _____ bpm FR _____ mrpm T: _____ °C Glicemia Capilar _____ mg/dl Sintomas _____ Alergia _____ Medicamentos _____ Passado médico _____																																																																											
	ANOTAÇÃO	Hora: _____ PA _____ X _____ mmHg FC _____ bpm SpO ₂ _____ % T: _____ °C FR _____ mrpm Glicemia Capilar _____ mg/dl Último horário ingerida: _____																																																																											
ATEND. OBSTÉTRICO	Antecedentes Pré Natal () sim () não IG _____ semanas DUM _____ / _____ / _____ DPP _____ / _____ / _____ G. Art: N _____ PC _____ Ab _____ ATEND. OBSTÉTRICO NA: _____ () PN _____ hora nascimento () Aborto _____ h.		PROBLEMAS IDENTIFICADOS () NÃO SE APLICA Gestante: () PN c/ Distócia () Convulsão () Movimento fetal ausente desde _____ horas () Perdas _____ RN: 1º Apgar _____ 2º Apgar _____ () Hipotermia () PCR () PR SEXO () MASC. () FEMIN () FETO <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Exatidão</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>FC</td> <td>ausente</td> <td>> 100 e < 160/min</td> <td>> 120 e < 160/min</td> </tr> <tr> <td>FR</td> <td>ausente</td> <td>> 30 e < 60/min</td> <td>> 30 e < 60/min</td> </tr> <tr> <td>RR</td> <td>ausente</td> <td>> 30 e < 60/min</td> <td>> 30 e < 60/min</td> </tr> <tr> <td>Reflexo</td> <td>ausente</td> <td>> 30 e < 60/min</td> <td>> 30 e < 60/min</td> </tr> <tr> <td>Reflexo</td> <td>ausente</td> <td>> 30 e < 60/min</td> <td>> 30 e < 60/min</td> </tr> <tr> <td>Reflexo</td> <td>ausente</td> <td>> 30 e < 60/min</td> <td>> 30 e < 60/min</td> </tr> <tr> <td>Reflexo</td> <td>ausente</td> <td>> 30 e < 60/min</td> <td>> 30 e < 60/min</td> </tr> <tr> <td>Reflexo</td> <td>ausente</td> <td>> 30 e < 60/min</td> <td>> 30 e < 60/min</td> </tr> <tr> <td>Reflexo</td> <td>ausente</td> <td>> 30 e < 60/min</td> <td>> 30 e < 60/min</td> </tr> </tbody> </table>	Exatidão	1	2	3	FC	ausente	> 100 e < 160/min	> 120 e < 160/min	FR	ausente	> 30 e < 60/min	> 30 e < 60/min	RR	ausente	> 30 e < 60/min	> 30 e < 60/min	Reflexo	ausente	> 30 e < 60/min	> 30 e < 60/min	Reflexo	ausente	> 30 e < 60/min	> 30 e < 60/min	Reflexo	ausente	> 30 e < 60/min	> 30 e < 60/min	Reflexo	ausente	> 30 e < 60/min	> 30 e < 60/min	Reflexo	ausente	> 30 e < 60/min	> 30 e < 60/min	Reflexo	ausente	> 30 e < 60/min	> 30 e < 60/min	DIAG. DE ENFERMAGEM () Dor de trabalho de parto () Contrações uterinas alteradas () Edema periférico () Convulsão () Abortamento ()	INTERVENÇÕES () Administrar Sulfato de Magnésio 4 gramas EV em SF 0,9% 200 ml/30 minutos. () Assistir ao Parto/ RN () Prevenir Hipotermia no RN () Transportar gestante DLE () Encaminhar Feto (protocolo) ()																																
	Exatidão	1	2	3																																																																									
FC	ausente	> 100 e < 160/min	> 120 e < 160/min																																																																										
FR	ausente	> 30 e < 60/min	> 30 e < 60/min																																																																										
RR	ausente	> 30 e < 60/min	> 30 e < 60/min																																																																										
Reflexo	ausente	> 30 e < 60/min	> 30 e < 60/min																																																																										
Reflexo	ausente	> 30 e < 60/min	> 30 e < 60/min																																																																										
Reflexo	ausente	> 30 e < 60/min	> 30 e < 60/min																																																																										
Reflexo	ausente	> 30 e < 60/min	> 30 e < 60/min																																																																										
Reflexo	ausente	> 30 e < 60/min	> 30 e < 60/min																																																																										
Reflexo	ausente	> 30 e < 60/min	> 30 e < 60/min																																																																										

ATENDIMENTO À VÍTIMA EM PCR () ADULTO () INFANTIL () RN () Não se aplica							
INTERVENÇÕES () Ausência de pulso central início das manobras _____ Término dos esforços com presença de médico no local da ocorrência _____ Compressão Torácica () Realizar Compressão Torácica _____ VAS () Abrir VAS () Colocar COF nº _____ () Ventilar com bolsa valva máscara 15 l/O ₂ min. () Instalar IOT/MLNº _____ Monitorização e DEA () Instalar DEA: choques Ritmo inicial _____ Ritmo Final _____ () Nº total de ciclos _____ Acesso venoso () Instalar AVP cateter calibre nº _____ Local _____ () Instalar IO adulto () infantil () Local _____ Medicações () Administrar Epinefrina _____ ampolas ou _____ mg () Administrar Amiodarona _____ ampolas ou _____ mg () Administrar Narcan 1 ml IM () Outros (utilizados em SAW) _____							
ATENDIMENTO À VÍTIMA TRAUMÁTICA () NÃO SE APLICA							
MICROENVIO TRAUMÁTICO () queda _____ m () autoagressão/agressão () FAB () FAF () cena suspeita de crime () afogamento () enforcamento () acidente de trânsito () atropelamento		Local vítima encontrada () ambiente fechado () calçada () via automobilística () dentro de veículo () _____	Posição da vítima () em pé () sentada () DDH () DV () DLE () DLD	Vítima () pedestre () passageiro () condutor	Meio de locom. da vítima () automóvel () moto () bicicleta () ônibus () caminhão () pedestre	Outra parte envolvida () automóvel () moto () bicicleta () ônibus () animal () objeto fixo	Dispositivo Proteção () airbag () assento infantil () capacete Retirado capacete por _____ () cinto () nenhum
PROBLEMAS IDENTIFICADOS		DIAG. DE ENFERMAGEM		INTERVENÇÕES			
AVALIAÇÃO PRIMÁRIA	X	() Sem anormalidade () Sangramento venoso/arterial importante.	() Sangramento severo	() Comprimir () Realizar empacotamento () Instalar tomiquete			
	A	() Sem anormalidade () Respiração ruidosa () Presença de corpo estranho () Suspeita de lesão de laringe () Suspeita de lesão cervical	() Processo do sistema respiratório prejudicado () Obstrução de VAS prej. () Suspeita trauma pescoço	() Beber o mento () Tracionar a mandíbula () Colocar COF nº _____ () Estabilizar manualmente a cabeça. () Imobilizar cervical (colar cervical, prancha e head block).			
	B	() Sem anormalidade. () Apnéia () Bradipnéia () taquipnéia () Assimetria torácica () Ferimento soprante () Desvio de traqueia () Estase jugular () IMV diminuído/ausente () Enfisema SC	() Ventilação ausente () Ventilação espontânea ineficaz () Sist. Tegumentar prejudic. () Suspeita de trauma de tórax	() Ventilar com bolsa - válvula-máscara c/O ₂ 15 l/minuto. () Instalar oxímetro. Saturação _____ % () Instalar máscara de O ₂ _____ l/minuto. () Realizar curativo valvulado _____			
	C	() Sem anormalidade. () Pulso radial ausente / rápido / lento / fino () Palidez cutânea () Perfusão > de 2 seg () Crepitação de pelve* () Deformidade de ossos longos* () Bulhas cardíacas ausentes. () Sangramento.	() Freq. pulso radial alterado () Sangramento () Risco/Processo do sistema circulatório prejudic. () Perfusão tissular prejudicada	() Instalar AVP, cateter calibre nº _____ Local _____ / SF PMV () Instalar IO adulto () infantil () Local _____ / SF PMV () Infundir solução RL _____ ml, atingindo PAS 90 mmHg. () Imobilizar a pelve. () Imobilizar ossos longos. Local _____			
	D	() Glasgow () Pupila: D ●●● E ●●● () Pupilas fotoreagentes Sim() Não() D() E () () Convulsão. () Vômitos. () _____ () _____	() Consciência prejudicada () Agitação () Tamanho pupilar alterado () Reflexo pupilar ausente () Convulsão () Sinal de trauma de crânio () _____	() Glasgow Inicial MAO _____ MRV _____ MRM _____ Total _____ Final MAO _____ MRV _____ MRM _____ Total _____ () Se TCE, Infundir SF0,9% _____ ml, atingindo PAS 100 mmHg.			
E	() Sem anormalidade. () Lesões (legenda* de senso do corpo) () Queimadura _____ % ASCQ () Dor Local () Hipotermia. () Hipertermia. () Tremores. () _____	() Alteração sistema musculoesquelético () Sistema tegumentar prejudicado () Dor aguda () Risco/ Alteração do sistema termorregulador () _____	() Imobilizar _____ () Realizar curativo/enfaixamento _____ () Fixar objeto encaixado em região _____ () Cobrir com plástico estéril a região abdominal. () Cobrir a vítima com manta aluminizada. () Infundir solução RL (2 ml/kg X peso X % da ASCQ) _____ ml. () Realizar escala de dor (0-10) INICIAL _____ FINAL _____ () Administrar analgésico _____				
AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA	H	PA _____ X _____ mmHg FC _____ bpm FR _____ rpm	UTILIZE LEGENDA* 				
	SAMPLE	Sintomas _____ Alergia _____ Medicamentos _____ Passado Médico _____ Último horário da ingesta _____ Eventos que antecederam o trauma _____					
LEGENDA*: (1) Abrasão (2) Escoriação (3) Amputação (4) Avulsão (5) Contusão (6) Crepitação óssea (7) Deformação (8) Emulsificação (9) Objeto encaixado (10) Edema (11) FCC (12) Hematoma (13) Queimadura (14) Fratura (15) Esmagamento (16) Desenvolvimento Anotação Hora: _____ PA _____ X _____ mmHg FC _____ bpm SpO ₂ _____ % FR _____ rpm Glicemia Capilar _____ mg/dl							
5	() Identificação com foto () Informação dos procedimentos executados para a vítima () Informação dos procedimentos executados para o acompanhante Transp. até AM () cadeira () maca () prancha () atrelada () transfer ()ambulando/Transp. p/U.S. () maca () cadeira () atrelada () maca resida retobrado						
DESE DHO	Motivo do atendimento		Módulo Projeto de		ENFERMEIRO		MEX./VICENF
	Declínio () Marcar dívida (Preencher impresso próprio)		DECLARAÇÃO DE RECUSA () ATENDIMENTO () REMOÇÃO Eu, abaixo assinado, declaro que o atendimento e/ou cliente dos riscos, não se () atendimento () remoção, assumindo total responsabilidade de tal recusa, isentando o SAMU-192 SP de qualquer e qualquer responsabilidade advinda de este ato. Nome _____ Documento _____ Testemunha _____ Documento _____		CONDUTOR		PROFISSIONAL LIBERADO DE SAÚDE

MANUAL DE PREENCHIMENTO

FICHA DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM (SAE)

OBJETIVO

Este manual foi elaborado para orientar os enfermeiros quanto ao preenchimento das fichas de atendimento pré-hospitalar através da SAE.

Essa orientação visa descrever os campos disponíveis para o registro das ações realizadas pelos enfermeiros e sua equipe, os conceitos associados e nortear o preenchimento de acordo com raciocínio lógico.

ABREVIATURAS PRESENTES NA FICHA DA SAE

Ab.: Aborto

ADM: Administrar.

AM: Ambulância.

ASCQ: Área da Superfície Corpórea Queimada.

AVP: Acesso Venoso Periférico.

CET: Companhia de Engenharia de Tráfego.

COBOM: Corpo de Bombeiro.

COF: Cânula Orofaríngea.

D: Direito.

DDH: Decúbito Dorsal Horizontal.

DEA: Desfibrilador Externo automático.

DLD: Decúbito Lateral Direito.

DLE: Decúbito Lateral Esquerdo.

DN: Data de Nascimento.

DPP: Data Provável do Parto.

DUM: Data da Última Menstruação.

DV: Decúbito Ventral.

E: Esquerdo.

EV: Endovenoso.

FAB: Ferimento Arma Branca.

FAF: Ferimento Arma de Fogo.

FR: Frequência Respiratória.

G.ANT: Gestação anterior.

IG: idade gestacional.

IO: Intraóssea.

IOT: Intubação Oro traqueal.

MAO: Melhor Abertura Ocular (escala Glasgow).

MID: Membro Inferior Direito.

MIE: Membro Inferior Esquerdo.

ML: Máscara Laríngea.

MRM: Melhor Resposta Motora (escala Glasgow).

MRV: Melhor Resposta Verbal (escala Glasgow).

MSD: Membro Superior Direito.

MSE: Membro Superior Esquerdo.

N: Normal.

O₂: Oxigênio.

PC: Parto Cesárea.

PG: Página.

PM: Polícia Militar.

PMV: Para Manter Veia.

REP: Reposição.

RL: Ringer Lactato.

RN: Recém-Nascido.

SAE: Sistematização da Assistência de Enfermagem.

SAV: Suporte Avançado de Vida.

SC: Subcutâneo.

SF: Soro Fisiológico.

SIV: Suporte Intermediário de Vida.

TCE: Traumatismo Cranioencefálico.

TRANSP.: Transporte.

URAM: Unidade Rápida de Atendimento de Motolância.

US: Unidade de Saúde.

VA: Via Aérea.

ATENÇÃO

A SAE deverá ser feita em duas vias, sendo a via carbonada da Unidade de Saúde.

Em qualquer modalidade que o enfermeiro estiver (SIV, SAV, URAM) deverá preencher apenas a ficha da SAE.

DESCRIÇÃO PARA PREENCHIMENTO

1. Cabeçalho da ficha SAE

1.1. Teoria e Taxonomia



Secretaria Municipal da Saúde
Secretaria Executiva de Atenção Hospitalar
Coordenadoria de Urgências e Emergências
Departamento de Serviço de Atendimento
Móvel de Urgência - SAMU 192



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - Fundamentada na Teoria das Necessidades Humanas Básicas e CIPE®2019

O cabeçalho da ficha tem a fundamentação da assistência de enfermagem de acordo com as características específicas do serviço. Entendeu-se que a Teoria das Necessidades Humanas Básicas é a que nortearia a conduta do enfermeiro, pois a garantia da assistência adequada à vítima com risco iminente de morte é um dos maiores objetivos no SAMU-192 São Paulo.

Sabe-se que todo o processo de enfermagem necessita de uma taxonomia adotada pelo serviço. De acordo com as especificações do SAMU-192 São Paulo, a coordenação de enfermagem, juntamente com grupo de enfermeiros do próprio serviço entendeu que a Classificação Internacional para as Práticas de Enfermagem (CIPE 2019) é o que atinge melhor suas especificações.

1.2. Modalidade e descrição da ocorrência

SAV () SIV () URAM ()		Data do atendimento _____ / _____ / _____			Hora: _____	
NUMERO DE ORDEM	PG. GUIA	BASE	VIATURA	CÓDIGO CHAMADO	ACIONAMENTO () CECOM () CET () COBOM () PM () DEMANDA ESPONTÂNEA () VIA PÚBLICA	
IDENTIFICAÇÃO	Nome/descrição da vítima _____ DN _____ / _____ / _____					
	Nome social _____ Documento _____		Sexo biológico () F () M Cor () branco () preto () amarelo () pardo			
	Nome da mãe da vítima _____					
	Endereço da ocorrência _____					
	Endereço da vítima _____			Telefone _____		
	Nome acompanhante _____			Telefone _____ Documento _____		

A 1ª linha deverá ser preenchida pelo enfermeiro de acordo com a modalidade que esta inserido, visto que as condutas deverão condizer com a modalidade pontuada (por exemplo: uso de morfina pois esta atuando com a modalidade SAV)

Na resolução COFEN 358/2009, a SAE deve conter data e hora, motivo pelo qual deverá ser preenchido na 1ª linha.

Na 2ª linha temos a descrição do numeral de ordem (respaldo legal da saída da ambulância) que deverá conter no mínimo os seis últimos números da ocorrência; após termos a descrição da página do guia fornecido pela central de operações. Deverá ser descrito a base que o enfermeiro esta e o prefixo da ambulância.

O código do chamado deverá ser registrado ou queixa principal, como por exemplo: quase desmaio ou 31, vale ressaltar que a informação é de suma importância, visto que o início do chamado será de fato confirmado no final do chamado, quando o enfermeiro descrever o motivo final da ocorrência.

Na 1ª linha temos também a descrição por qual meio ocorreu o acionamento.

1.3. Identificação da vítima e acompanhante

Na identificação da vítima é imprescindível que o enfermeiro preencha o nome da vítima, a data de nascimento (DN), número de CPF ou RG e nome da mãe, pois estes dados permitem busca em toda nacional.

Caso não seja possível a identificação da vítima com documentação e alteração do nível de consciência ou déficit, descreva minuciosamente sobre a mesma (altura, cor, raça, cicatrizes, roupas, etc)

A descrição do nome social tem sido usada, pois é através dessa informação que a vítima deverá ser chamada, respeitando seu direito de escolha, porém importante é descrevermos na ficha de atendimento o sexo biológico, visto que nossa área de atuação e assistência é biológica.

O local da ocorrência poderá ser descrito quando a central de operações comunicar o chamado, assim quando a vítima comunicar o seu próprio endereço o enfermeiro irá preencher no campo correto.

Caso o endereço do chamado seja o mesmo, preencha o endereço da ocorrência e no item endereço da vítima escreva "O mesmo da ocorrência".

A coleta de informações do acompanhante é importante, principalmente, caso haja busca futuras de informações, realize o preenchimento do telefone e documentação.

1.4. Cenário e tipo de atendimento

CENÁRIO	Situação local	() difícil acesso	() rua s/identificação	() animal agressivo	() incêndio	() produtos perigosos	() outros _____
	Situação vítima	() já removida	() não localizada	() recusa atendimento	() evadida	() tentativa de suicídio	() suicídio () Outros _____
	Recursos na cena	URAM _____	SAMU _____	COBOM _____	Outros _____		
	Solicitação apoio	URAM _____	SAMU _____	COBOM _____	PM _____	Outros _____	
Clínico () Traumático () Psiquiátrico () Obstétrico () Pediátrico () RN ()							

O relato da situação do local e da vítima é de fundamental importância para respaldo legal da equipe. A dificuldade de acesso com vítima grave deve ser relatada e pedido de apoio deve ser feito para que haja uma assistência próxima do ideal, o relato desse fato demonstra a atuação do enfermeiro e sua equipe.

Em alguns casos temos a presença de outros recursos na cena, que já iniciaram o atendimento a vítima, é necessário que o enfermeiro descreva qual o recurso iniciou o atendimento e o que foi realizado pelos mesmos.

A solicitação de apoio, caso seja feita pelo enfermeiro deverá ser descrita no campo do cenário.

TIPO DE CHAMADO: Assinale qual o tipo de atendimento que será realizado quando chegar ao local, independente do que foi passado pela central de operações. por exemplo: clínico pediátrico.

ATENÇÃO

A partir do tipo de ocorrência, a SAE será realizada de acordo com o tipo de atendimento.

A SAE esta dividida em 04 tipos de atendimento:

1. Não traumático (clínico, psiquiátrico, pediátrico);
2. Obstétrico e RN;
3. PCR e
4. Traumático

Caso o atendimento for clínico, o enfermeiro deverá assinalar nos demais tipos de atendimento “não se aplica”. Observação: O ideal é que o enfermeiro assinale no final da ocorrência quais os tipos de atendimento foram realizados, pois um exemplo é a vítima clínica evoluir para PCR.

2. Atendimento à vítima não traumático (clínico, pediátrico e psiquiátrico)

ATENDIMENTO À VÍTIMA NÃO TRAUMÁTICO () NÃO SE APLICA				
	PROBLEMAS IDENTIFICADOS	DIAG. DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES	
AVALIAÇÃO PRIMÁRIA	A	<input type="checkbox"/> Sem anormalidade <input type="checkbox"/> Parada Respiratória <input type="checkbox"/> Respiração ruidosa <input type="checkbox"/> Presença de corpo estranho <input type="checkbox"/> Secreções ou vômitos <input type="checkbox"/> Edema de VAS <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ventilação ausente <input type="checkbox"/> Processo do sistema respiratório prejudicado <input type="checkbox"/> Risco de aspiração <input type="checkbox"/> Desobstrução de VAS prejudicada <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Abrir vias aéreas <input type="checkbox"/> Ventilar com bolsa-válvula-máscara c/ O ₂ 15 l/minuto <input type="checkbox"/> Estender pescoço e elevar mento <input type="checkbox"/> Aspirar VAS com sonda nº _____ <input type="checkbox"/> Retirar manualmente corpo estranho <input type="checkbox"/> Realizar manobra de Heimlich <input type="checkbox"/> Colocar COF nº _____
	B	<input type="checkbox"/> Sem anormalidade <input type="checkbox"/> Dispneia () Taquipneia () Bradipneia <input type="checkbox"/> Assimetria torácica () Estase jugular <input type="checkbox"/> MVdiminuído D () E () / () MVausente D () E () <input type="checkbox"/> Roncos () Estertores () Sibilos <input type="checkbox"/> Uso de musculatura acessória <input type="checkbox"/> Batimento de asa de nariz () Fala entrecortada () Incapacidade de ficar DDH <input type="checkbox"/> Cianose de extremidades () Dor pleurítica	<input type="checkbox"/> Processo do sistema respiratório prejudicado <input type="checkbox"/> FR anormal <input type="checkbox"/> Saturação O ₂ baixa <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ventilar com bolsa-válvula-máscara c/O ₂ 15 l/minuto <input type="checkbox"/> Elevar decúbito em _____ graus <input type="checkbox"/> Instalar O ₂ _____ L/min. () máscara () cateter <input type="checkbox"/> Verificar oximetria. Saturação _____ % <input type="checkbox"/> Realizar escala de dor (0-10) INICIAL _____ FINAL _____ <input type="checkbox"/> Realizar analgesia () Dipirona () Toradol () _____ <input type="checkbox"/> Adm. Salbutamol: adulto com espaçador O ₂ jatos: 01 x () 02 xs () <input type="checkbox"/> Adm. Salbutamol: criança com espaçador 01 jato: 01 x () 02 xs ()
	C	<input type="checkbox"/> Sem anormalidade <input type="checkbox"/> Bradicardia () Pulso radial ausente D () E () <input type="checkbox"/> Taquicardia () Pulso arritmico D () E () <input type="checkbox"/> Pulso filiforme D () E () <input type="checkbox"/> Perfusão > de 2 seg. D () E () <input type="checkbox"/> Palidez () Pele Fria () Diaforética () turgor <input type="checkbox"/> Perdas _____ <input type="checkbox"/> Dor torácica () Dor abdominal <input type="checkbox"/> Bulhas cardíacas arritmicas Ritmo elétrico cardíaco: _____	<input type="checkbox"/> Risco/ Desequilíbrio de líquidos <input type="checkbox"/> Arritmia <input type="checkbox"/> Frequência cardíaca Alterada <input type="checkbox"/> Sangramento <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Realizar monitorização cardíaca. <input type="checkbox"/> Instalar AVP, cateter calibre nº _____ Local _____ / SF PMV <input type="checkbox"/> Instalar IO adulto () infantil () Local _____ / SF PMV <input type="checkbox"/> Realizar rep. volêmica _____ ml, mantendo PAS 90 mmHg. <input type="checkbox"/> Realizar escala de dor (0-10) INICIAL _____ FINAL _____ <input type="checkbox"/> Realizar analgesia () Dipirona () Toradol () Buscopan Composto <input type="checkbox"/> Administrar AAS 300 mg mastigado. <input type="checkbox"/> Administrar Captopril 25 mg . <input type="checkbox"/>
	D	<input type="checkbox"/> Glasgow <input type="checkbox"/> Pupila: D () ● ● ● E () ● ● ● <input type="checkbox"/> Pupilas fotorreagentes Sim() Não() D () E () <input type="checkbox"/> Alteração do estado mental/ alteração glicemia <input type="checkbox"/> Agitação psicomotora <input type="checkbox"/> Espasmos tônico - clônico <input type="checkbox"/> Paresia MSD () MSE () MID () MIE () <input type="checkbox"/> Parestesia MSD () MSE () MID () MIE () <input type="checkbox"/> Plegia MSD () MSE () MID () MIE () <input type="checkbox"/> Dor (0-10) _____ Local _____ <input type="checkbox"/> Cincinati Positivo: () desvio de rima () queda de MMSS () alteração fala / Último horário visto assintomático	<input type="checkbox"/> Consciência prejudicada <input type="checkbox"/> Tamanho pupilar alterado <input type="checkbox"/> Reflexo pupilar ausente <input type="checkbox"/> Hipoglicemia <input type="checkbox"/> Hiperglicemia <input type="checkbox"/> Agitação <input type="checkbox"/> Confusão aguda <input type="checkbox"/> Convulsão <input type="checkbox"/> Dependência de drogas <input type="checkbox"/> Afasia <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Glasgow Inicial MAO: _____ MRV _____ MRM _____ Total: _____ <input type="checkbox"/> Glasgow Final MAO: _____ MRV _____ MRM _____ Total: _____
	E	<input type="checkbox"/> Sem anormalidade () Tremores () Hipertermia <input type="checkbox"/> Hipotermia () Outros _____	<input type="checkbox"/> Risco / Alteração sistema termorregulador	<input type="checkbox"/> Cobrir com manta aluminizada () Retirar vestes <input type="checkbox"/> Controlar temperatura interna da AM () Secar a vítima

Lembre-se que respaldados pela Teoria das Necessidades Humanas Básicas, nossa Sistematização será realizada através da avaliação primária e secundária, de acordo com a especificidade do serviço de APH.

A avaliação primária esta dividida sistematicamente pelo mnemônico ABCDE (esquerda) na ficha. Teremos os problemas relacionados de cada foco de prioridade, e ao lado (direito) já teremos o diagnóstico relacionado e a atuação realizada de acordo com o protocolo institucional das Práticas avançadas no APH – SIV.

Importante

Nem sempre teremos problemas em todos os segmentos de observação, caso isso ocorra assinale “sem anormalidades”.

As medicações descritas na ficha estão contempladas no protocolo SIV, porém caso o enfermeiro esteja na modalidade SAV poderá preencher novos itens nos espaços de preenchimento manual.

O técnico/auxiliar de enfermagem poderá realizar intervenções solicitadas pelo enfermeiro e isto poderá ser assinalado na ficha do SAE (lembre-se que os profissionais que compõem a equipe realizam as prescrições), sendo assim, não deverão preencher ficha de básico, mas assinarão a ficha da SAE juntamente com o enfermeiro.

Lembretes

As características verificadas nos sinais e sintomas com fatores relacionados nos direcionam para o diagnóstico de enfermagem e as intervenções necessárias.

Através dos sinais e sintomas poderemos ter mais de 01 diagnóstico de enfermagem.

Quando há risco, não temos sinais e sintomas, mas a vítima pode evoluir. Prevendo a ocorrência do evento podemos intervir, por exemplo: Diagnóstico: RISCO para alteração do sistema termorregulador: Intervenção: Cobrir manta aluminizada.

Algumas escalas foram colocadas para auxiliar o enfermeiro na verificação precisa do nível de consciência (Escala de Glasgow e Cincinatti).

AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA	SAMPLE	Hora : PA X mmHg FC bpm FR mrpm T: °C Glicemia Capilar mg/dl. Sintomas _____ Alergia _____ Medicamentos _____ Passado médico _____ Último horário ingesta : _____
	ANOTAÇÃO	Hora: : PA X mmHg FC bpm SpO ₂ % T: °C FR mrpm Glicemia Capilar mg/dl _____ _____ _____

A avaliação secundária será descrita pelo enfermeiro e os SSVV, atende-se que a saturação inicial está na avaliação primária.

Caso haja necessidade de alguma anotação será feita após o SAMPLER e os SSVV realizados na chegada da Unidade de Saúde serão descrito neste espaço. Lembre-se que este é caso clínico e toda a informação deverá ser realizada aqui.

3. Atendimento Obstétrico e RN

ATENDE. OBSTÉTRICO	Antecedentes	PROBLEMAS IDENTIFICADOS () NÃO SE APLICA	DIAG. DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES																							
	Pré Natal () sim () não IG _____ semanas DUM ____/____/____ DPP ____/____/____ G. Ant.: N ____ PC ____ Ab ____ ATEND. OBSTÉTRICO ATUAL () PN _____ hora nascimento () Aborto _____ h.	Gestante: () PN c/ Distócia () Convulsão () Movimento fetal ausente desde _____ horas () Perdas _____ RN: 1º Apgar _____ 2º Apgar _____ () Hipotermia () PCR () PR SEXO () MASC. () FEMIN () FETO <table border="1"> <thead> <tr> <th>Escala Apgar</th> <th>0</th> <th>1</th> <th>2</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>FC</td> <td>AUSENTE</td> <td>< 100 BPM/MIN</td> <td>> 100 BPM/MIN</td> </tr> <tr> <td>RESPIRAÇÃO</td> <td>AUSENTE</td> <td>LENTA/IRREGULAR</td> <td>FORTE/CHORO</td> </tr> <tr> <td>TONUS MUSCULAR</td> <td>FLÁCIDO</td> <td>FLEXÕES DOS MEMBROS</td> <td>MOVIMENTO ATIVO</td> </tr> <tr> <td>REFLEXO</td> <td>SEM RESPOSTA</td> <td>CARETA</td> <td>TOSSE/ESPIRRO</td> </tr> <tr> <td>COR PELE</td> <td>CIANOSECENTRAL/ PALIDEZ</td> <td>CORPO ROSADO /CIANOSE EXTREMIDADE</td> <td>ROSADO</td> </tr> </tbody> </table>	Escala Apgar	0	1	2	FC	AUSENTE	< 100 BPM/MIN	> 100 BPM/MIN	RESPIRAÇÃO	AUSENTE	LENTA/IRREGULAR	FORTE/CHORO	TONUS MUSCULAR	FLÁCIDO	FLEXÕES DOS MEMBROS	MOVIMENTO ATIVO	REFLEXO	SEM RESPOSTA	CARETA	TOSSE/ESPIRRO	COR PELE	CIANOSECENTRAL/ PALIDEZ	CORPO ROSADO /CIANOSE EXTREMIDADE	ROSADO	() Dor de trabalho de parto () Contrações uterinas alteradas () Edema periférico () Convulsão () Abortamento () _____
Escala Apgar	0	1	2																								
FC	AUSENTE	< 100 BPM/MIN	> 100 BPM/MIN																								
RESPIRAÇÃO	AUSENTE	LENTA/IRREGULAR	FORTE/CHORO																								
TONUS MUSCULAR	FLÁCIDO	FLEXÕES DOS MEMBROS	MOVIMENTO ATIVO																								
REFLEXO	SEM RESPOSTA	CARETA	TOSSE/ESPIRRO																								
COR PELE	CIANOSECENTRAL/ PALIDEZ	CORPO ROSADO /CIANOSE EXTREMIDADE	ROSADO																								

Caso a ocorrência seja uma gestante o enfermeiro poderá realizar o atendimento e já realizar a SAE diretamente no atendimento obstétrico, salvo se a questão da gestante não estiver relacionada a gestação ou parto, nesse caso, o enfermeiro deverá realizar o SAE conforme queixa, por exemplo: trauma de gestante.

O enfermeiro deverá realizar a entrevista com a gestante mediante os antecedentes obstétricos e anotar.

Os problemas encontrados neste item são da gestante e do RN, e os diagnósticos e intervenções estão relacionado ao lado esquerdo da ficha.

A escala de apgar foi descrita para que o enfermeiro descreva com precisão sobre o RN no nascimento. Lembrando que o apgar deverá ser feito no 1º e 5º minuto após o nascimento.

Caso seja aborto, o diagnóstico e intervenções estão pontuados na ficha e deverão ser checados, seguindo o protocolo específico.

4. Atendimento à vítima em PCR

Caso a ocorrência seja inicialmente PCR o enfermeiro deverá realizar o SAE diretamente neste item; porém há casos que a vítima evolui, sendo que se inicia o SAE no caso clínico e posteriormente ocorre a PCR, neste caso o enfermeiro deverá assinalar as intervenções iniciais feitas e também as intervenções frente a PCR.

Caso ocorra reversão da PCR, o enfermeiro deverá assinalar as intervenções feitas durante e após reversão (em local específico, de acordo com a queixa principal)

ATENDIMENTO À VÍTIMA EM PCR () ADULTO () INFANTIL () RN () Não se aplica	
INTERVENÇÕES	() Ausência de pulso central Início das manobras _____ : _____ Término dos esforços com presença de médico no local da ocorrência _____ : _____
	Compressão Torácica () Realizar Compressão Torácica
	VAS () Abrir VAS () Colocar COF nº _____ () Ventilar com bolsa valva máscara 15 l/O ₂ /min () Instalar IOT/ML nº _____
	Monitorização e DEA () Instalar DEA: _____ choques Ritmo inicial _____ Ritmo Final _____ () Nº total de ciclos _____
	Acesso venoso () Instalar AVP cateter calibre nº _____ Local _____ () Instalar IO adulto () infantil () Local _____
Medicações () Administrar Epinefrina _____ ampolas ou _____ mg () Administrar Amiodarona _____ ampolas ou _____ mg () Administrar Narcan 1 ml IM () Outros (utilizados em SAV)	

Na vítima em PCR será pontuado apenas um problema: ausência de pulso central. No caso pediátrico o enfermeiro descrevera em local específico < FC, gasping e diminuição do nível de consciência (específico para a idade que determine início das manobras de reanimação) então preencherá o atendimento que caracteriza PCR.

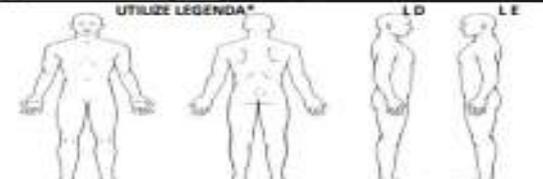
Os termos da manobra de reanimação só ocorrerão no local da ocorrência se médico presente, o enfermeiro deverá descrever o horário que o médico determinou a cessação dos esforços.

Todos os itens contemplados nas intervenções estão relacionados à modalidade SIV, porém caso o enfermeiro componha SAV descreverá condutas específicas.

5. Atendimento à vítima traumática

ATENDIMENTO À VÍTIMA TRAUMÁTICA () NÃO SE APLICA													
MECANISMO TRAUMA	() queda _____ m	Local vítima encontrada	Posição da vítima	ACIDENTE TRÂNSITO	Vítima	Meio de locomoção da vítima	Outra parte envolvida	Dispositivo Proteção					
	() autoagressão/agressão								() ambiente fechado	() em pé	() pedestre	() automóvel	() assento infantil
	() FAB () FAF								() calçada	() sentada	() passageiro	() moto	() capacete
	() cena suspeita de crime								() via automobilística	() DDH	() condutor	() bicicleta	Retirado capacete por _____
	() afogamento								() dentro de veículo	() DV	() pedestre	() ônibus	() cinto
	() enforcamento								() _____	() DLE	() pedestre	() animal	() nenhum
	() acidente de trânsito								() _____	() DLD	() pedestre	() objeto fixo	() nenhum
	() atropelamento								() _____	() DLD	() pedestre	() objeto fixo	() nenhum

No atendimento a vítima com trauma o mecanismo é um dos fatores principais para verificarmos a gravidade presenciada ou esperada durante o atendimento, portanto na 1º coluna o enfermeiro irá assinalar qual o mecanismo do trauma, nas 2º e 3º colunas o enfermeiro pontuará onde e como a vítima foi encontrada e nas próximas colunas estão especificadas detalhadamente questões importantes relacionadas apenas ao acidente de trânsito.

		PROBLEMAS IDENTIFICADOS	DIAG. DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES
AVALIAÇÃO PRIMÁRIA	X	() Sem anormalidade () Sangramento venoso/arterial importante.	() Sangramento severo	() Comprimir () Realizar empacotamento () Instalar torniquete
	A	() Sem anormalidade () Respiração ruidosa () Presença de corpo estranho () Suspeita de lesão de laringe () Suspeita de lesão cervical	() Processo do sistema respiratório prejudicado () Desobstrução de VAS prej. () Suspeita trauma pescoço	() Elevar o mento () Tracionar a mandíbula () Colocar COF nº _____ () Estabilizar <u>manualmente</u> a cabeça. () Imobilizar cervical (colar cervical, prancha e head block)
	B	() Sem anormalidade. () Apnéia () bradipnéia () taquipnéia () Assimetria torácica () Ferimento soprante () Desvio de traqueia () Estase jugular () MV diminuído/ausente () Enfisema SC	() Ventilação ausente () Ventilação espontânea ineficaz () Sist. Tegumentar prejudic. () Suspeita de trauma de tórax	() Ventilar com bolsa- válvula-máscara c/ O ₂ , 15 l /minuto. () Instalar oximetria - Saturação _____ % () Instalar máscara de O ₂ _____ l/minuto. () Realizar curativo valvulado _____ () _____ () _____
	C	() Sem anormalidade. () Pulso radial ausente / rápido / lento / fino. () Palidez cutânea () Perfusão > de 2 seg. () Crepitação de pele* () Deformidade de ossos longos* () Bulhas cardíacas ausentes. () Sangramento	() Freq. pulso radial alterado () Sangramento () Risco/Processo do sistema circulatório prejudic. () Perfusão tissular prejudicada	() Instalar AVP, cateter calibre nº _____ Local _____ / SF PMV () Instalar ID adulto () infantil () Local _____ /SF PMV () Infundir solução RL _____ mL, atingindo PAS 90 mmHg. () Imobilizar a pele. () Imobilizar ossos longos. Local _____ () _____
	D	() Glasgow () Pupila: D ● ● ● ● E ● ● ● ● () Pupilas fotorreagentes Sim () Não () D () E () () Convulsão. () Vômitos. () _____ () _____	() Consciência prejudicada () Agitação () Tamanho pupilar alterado () Sangramento () Reflexo pupilar ausente () Convulsão () Sinal de trauma de crânio () _____	() Glasgow Inicial MAO: _____ MRV: _____ MRM: _____ Total: _____ Final MAO: _____ MRV: _____ MRM: _____ Total: _____ () Se TCE, infundir SF0,9% _____ mL, atingindo PAS 100 mmHg
E	() Sem anormalidade. () Lesões (legenda* desenho do corpo) () Queimadura _____ % ASCQ. () Dor Local _____ () Hipotermia. () Hipertermia. () Tremores. () _____	() Alteração sistema musculoesquelético () Sistema tegumentar prejudicado () Dor aguda () Risco/ Alteração sistema termorregulador () _____	() Imobilizar _____ () Realizar curativo/ enfaixamento _____ () Fixar objeto encravado em região _____ () Cobrir com plástico estéril a região abdominal. () Cobrir a vítima com manta aluminizada. () Infundir solução RL (2 ml/kg X peso X % da ASCQ) _____ ml. () Realizar escala de dor (0-10) INICIAL _____ FINAL _____ () Administrar analgésico _____	
AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA	H	PA _____ X _____ mmHg FC _____ bpm FR _____ mrpm		
	SAMPLE	Sintomas _____ Alergia _____ Medicamentos _____ Passado Médico _____ Último horário da ingesta _____ Eventos que antecederam o trauma _____		UTILIZE LEGENDA* 
LEGENDA*: (1) Abrasão (2) Escoriação (3) Amputação (4) Avulsão (5) Contusão (6) Crepitação óssea (7) Deformação (8) Evisceração (9) Objeto encravado (10) Edema (11) FCC (12) Hematoma (13) Queimadura (14) Fratura (15) Esmagamento (16) Desenvolvimento				
Anotação Hora: _____ PA _____ X _____ mmHg FC _____ bpm SpO ₂ _____ % FR _____ mrpm Glicemia Capilar _____ mg/dl				

A SAE para vítima com trauma terá o mesmo princípio para as demais mencionadas, utilizaremos o mnemônico XABCDE na avaliação primária, com os achados assinalados pelo enfermeiro ou a verificação dos riscos e através disso o enfermeiro verificará qual o diagnóstico que conduzirá sua intervenção.

A escala de Glasgow esta inserida na avaliação neurológica a fim de facilitar a realização da mesma e com precisão.

Atenção: No mnemônico C (circulação) temos um asterisco em alguns problemas, que indicam a utilização do desenho. O enfermeiro utilizará a legenda relacionada abaixo do desenho, e colocará no modelo do corpo onde ocorreu a lesão, por exemplo: No desenho do corpo colocará nº 7 na coxa, se a vítima apresentar deformidade em fêmur. O mesmo irá acontecer no mnemônico E, onde várias lesões poderão ser relatadas no desenho do corpo utilizando a legenda.

Na avaliação secundária teremos o SAMPLE e os SSVV lembre-se que saturação esta na avaliação primária e a anotação deverá estar relacionada a novos achados e informações, atente-se que este campo de anotação esta relacionado a vítima de trauma.

6. Segurança da vítima (S)

Atenção: As seguranças de todas as vítimas deverão ser descritas neste item.

S	<input type="checkbox"/> Identificação com foto <input type="checkbox"/> Informação dos procedimentos executados para a vítima <input type="checkbox"/> Informação dos procedimentos executados para o acompanhante
	<input type="checkbox"/> Transp. até AM <input type="checkbox"/> cadeira <input type="checkbox"/> maca <input type="checkbox"/> prancha <input type="checkbox"/> afivelada <input type="checkbox"/> transfer <input type="checkbox"/> deambulando/Transp. p/ U.S. <input type="checkbox"/> maca <input type="checkbox"/> cadeira <input type="checkbox"/> afivelada <input type="checkbox"/> maca retida rebaixada

A 1º linha esta relacionada à identificação e orientação da vítima e do acompanhante, a 2ª linha esta relacionada ao transporte da vítima do local encontrado até a ambulância e da ambulância até a unidade de saúde.

Atente-se para o último item que indica que maca esta retida e foi rebaixada pela equipe do SAMU-192 São Paulo, garantindo segurança a vítima, caso isso não seja autorizado pela equipe da unidade de saúde proceda conforme protocolo 01 do SIV.

7. Desfecho

DESFECHO	Motivo do atendimento	Médico Regulador	ENFERMEIRO	AUX./TEC.ENF	
	Destino				
	<input type="checkbox"/> Morte óbvia (Preencher impresso próprio)				
	DECLARAÇÃO DE RECUSA <input type="checkbox"/> ATENDIMENTO <input type="checkbox"/> REMOÇÃO Eu, abaixo assinado, devidamente orientado e ciente dos riscos, recuso <input type="checkbox"/> atendimento <input type="checkbox"/> remoção, assumindo total responsabilidade de tal recusa, isentando o SAMU -192 SP de qualquer responsabilidade advinda deste ato. Nome _____ Documento _____ Testemunha _____ Documento _____		CONDUTOR	PROFISSIONAL UNIDADE DE SAUDE	

Após todo o atendimento o enfermeiro deverá preencher qual o motivo final do atendimento, a Unidade de Saúde regulada pelo médico regulador e ao lado desta informação já escreva o nome do médico.

Caso a vítima recuse atendimento ou remoção deverá ser assinalado e assinado a recusa, sendo necessário o documento da vítima, bem como testemunha da recusa.

No lado direito a equipe deverá assinar e carimbar a ficha, bem como o profissional da unidade de saúde.

NORMA

SAMU SP 004

Revisão nº 05

Data emissão: 24/01/2022

Data próxima revisão: 24/01/2024

RESPONSABILIDADES COMPLEMENTARES DOS CONDUTORES DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA

1. OBJETIVO

Descrever as responsabilidades complementares do condutor de veículo de emergência que constituem as equipes de SIV.

2. ÁREAS ENVOLVIDAS

SIV, Central de Regulação e CET.

3. DEFINIÇÃO

As responsabilidades descritas servem para nortear os condutores na execução de suas atividades complementares.

4. SIGLAS E ABREVIATURAS

AM: Ambulância;

CET: Companhia de Engenharia de Tráfego;

CTB: Código de Trânsito Brasileiro;

CORE: Coordenador Regional;

NR: Normas;

SBV: Suporte Básico de Vida;

SIV: Suporte Intermediário de Vida.

5. PROCEDIMENTOS E RESPONSABILIDADES

Ao condutor do veículo de urgência compete, adicionalmente a NR 001:

- Respeitar as regras de trânsito previstas no CTB para veículos de emergência;
- Portar os documentos referentes à sua habilitação e da AM durante todo plantão;
- Conhecer toda malha viária e as principais referências da região;
- Utilizar adequadamente o sistema de comunicação (rádio);
- Acionar sinais sonoros (sirene) e luminosos (high light) no início do deslocamento da AM para ocorrência;
- Usar as luzes intermitentes frontais sem sinais sonoros no deslocamento da AM sem ocorrência;

- Quando em deslocamento, manter sempre os faróis acessos;
- Plantão noturno manter sempre as luzes do salão acessa;
- Conhecer o protocolo institucional do SAMU - 192 São Paulo;
- Estacionar sempre de ré, em condições de saída imediata;
- Informar à central de regulação via rádio ou dispositivo institucional: deslocamento da AM, chegada ao local da ocorrência, saída do local de ocorrência, chegada à unidade de saúde, saída da unidade de saúde, retorno à base e o encerramento do deslocamento;
- Solicitar autorização exclusiva do CORE para encaminhamento da AM a manutenção ou conserto;
- Informar a Central de Operações, e solicitar autorização para abastecimento:
 - ✓ ¼ do marcador de combustível, abastecimento deverá ocorrer imediatamente;
 - ✓ ½ do marcador de combustível, o abastecimento poderá ser feito após a próxima ocorrência;
 - ✓ O ideal é que a viatura esteja sempre abastecida antes de chegar a ¼;
 - ✓ Comunicar no final do abastecimento a quantidade de litros.
- Verificar antes do deslocamento da AM: nível do óleo do motor e km da troca; nível e estado da água do radiador; fluído de freio; tensão da correia do motor; estado geral da bateria; possíveis vazamentos; presença de fumaça anormal no sistema de escapamento; fixação e estado do escapamento; ruídos anormais; eventuais peças soltas dentro e fora da viatura; fixação e estado dos para-choques; funcionamento dos limpadores de para-brisa; sistemas elétricos, luminosos e sonoros; calibragem e estado de conservação dos pneus e estepe; existência de triângulo de sinalização, macaco e chave de rodas; arranhões e amassados na cabine e carroceria; limpeza geral externa da viatura; nível do combustível; marcador de temperatura do motor; ajuste do banco do motorista e cinto de segurança; ajuste dos espelhos retrovisores; estado, carga e fixação do extintor de incêndio; relatórios de trabalho; sistema de rádio e comunicação; estado e conservação de todos os cintos de segurança da viatura; funcionamento da maca.
- Verificar durante o deslocamento da AM: ruídos anormais; eventuais peças soltas; estado dos freios; funcionamento do rádio fixo.

Mediante Portaria 2048/02, ao condutor de veículo de urgência:

- Auxiliar a equipe para atendimento básico a vítima, mantendo portas e janelas da ambulância trancadas quando em ambientes internos (casa, prédio entre outros) enquanto o atendimento estiver acontecendo;
- Auxiliar a equipe de SIV quanto às manobras de suporte básico de vida, a imobilização da vítima, e seu transporte o mais breve possível à viatura, quando os atendimentos ocorrerem em ambientes externos (via pública), evitando exposição desnecessária da equipe e da(s) vítima(s) na cena.
- Identificar todos os tipos de materiais existentes na AM, a fim de auxiliar a equipe de saúde, a fim de auxiliar a equipe de saúde a realizar manobras de reanimação cardiorrespiratória e ações de sua competência.

6. FLUXOGRAMA

Não há.

7. REFERÊNCIAS CONSULTADAS

- Código de Transito Brasileiro, 2020. Disponível em <
<https://dhg1h5j42swfq.cloudfront.net/2021/01/11120314/codigo-de-transito-atualizado-lei-14-071-20-para-prf-2021.pdf>> Acesso em 20/12/2021.
- Protocolo de Atendimento Pré-Hospitalar: Suporte Intermediário de Vida. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde – SAMU, 2014; 4ª. Edição 112 p.
- Portaria nª. 2048/2002 - SMS G/CR. Disponível em<
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html> Acesso em 20/12/2021.

8. CONTROLE DE REVISÕES

Revisão	Data	Motivo da Alteração
05	24/01/2022	Atualização

9. ANEXO

Não há.

Elaboração	Revisão	Aprovação
Cassia Oliveira Lopes	Julianna Letícia G. Cotrick Gomes	Maísa Ferreira dos Santos

NORMA

SAMU SP 005

Revisão nº 05

Data emissão: 24/01/2022

Data próxima revisão: 24/01/2024

REGRAS GERAIS DE CONDUÇÃO/ESTACIONAMENTO DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA

1. OBJETIVO

Descrever as regras de condução e estacionamento para os condutores de veículo de emergência que constituem as equipes de SIV.

2. ÁREAS ENVOLVIDAS

SIV e Central de Regulação.

3. DEFINIÇÃO

As responsabilidades descritas servem para nortear os condutores na execução de suas atividades complementares, pertinentes a condução e ao estacionamento do veículo de emergência.

4. SIGLAS E ABREVIATURAS

SIV: Suporte Intermediário de Vida;

CTB: Código de Trânsito Brasileiro;

CET: Companhia de Engenharia de Tráfego.

5. PROCEDIMENTOS E RESPONSABILIDADES

Regras fundamentais de condução de veículos de emergência

- A sua segurança, de sua equipe e do cidadão é prioritária sempre;
- O condutor deve seguir as regras previstas no CTB;
- O número de passageiros permitido deve ser igual ao número de cintos de segurança disponíveis e em condições de uso, incluindo a vítima (CTB artigo 65);
- Usos de dispositivos sonoros e de iluminação devem ser utilizados somente em efetiva prestação de serviço de emergência (CTB artigo 29);
- Recomenda-se que, além dos sinais luminosos e das sirenes, se utilize o farol baixo, tanto durante o dia quanto à noite;
- O veículo de emergência não tem direito a ultrapassar a velocidade permitida pela via e pode sofrer sanções punitivas, mesmo se comprovada à efetiva prestação de serviços de urgência. Se ocorrer excesso de velocidade e houver acidentes, o condutor será responsabilizado;

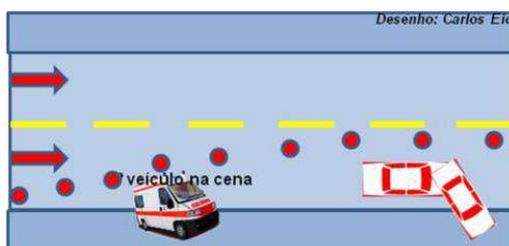
- O veículo de emergência tem o privilégio de solicitar passagem e ultrapassar sempre pela esquerda. Para isso, o condutor deve utilizar os recursos sonoros e de iluminação, incluindo os faróis, para alertar os outros condutores de sua aproximação e já posicionar a ambulância na faixa de rolamento à esquerda. O veículo de emergência não deve ser conduzido no espaço entre faixas de rolamento;

Para elevar a segurança nas situações acima, o condutor deve:

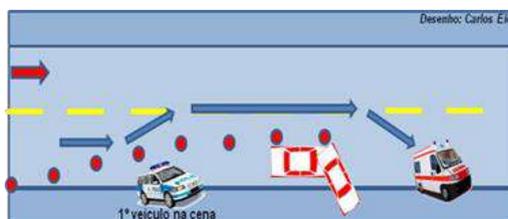
- ✓ Solicitar apoio de policiais ou de agentes do trânsito presentes no local;
- ✓ Manter sirene ligada;
- ✓ Acidentes durante trajeto é de responsabilidade do condutor, bem como recebimento de multas;
- ✓ O condutor deverá autorizar o desembarque da equipe.

Comportamento de segurança no trânsito

- Evite freadas e acelerações bruscas;
- Evite mudanças desnecessárias de faixa de rolamento (evite “costurar”);
- Não use pisca - alerta quando em movimento;
- Utilize velocidade compatível com o procedimento necessário à vítima;
- Posicione corretamente a viatura na cena (rotocolo de segurança de cena);
- Sinalize adequadamente a viatura e a via quando parado (protocolo de segurança de cena);
- Estacione antes do evento e sinalize o local, se o veículo for o primeiro a chegar à cena, deve:



- Estacione após o evento, se a cena já estiver sinalizada:



- A ambulância deve ser parada no sentido da via, com os sinais luminosos ligados e a uma distância segura do evento;
- Para decidir pela distância segura observe a existência de vazamento de óleo, combustível, gases, fumaça, fogo, etc;
- A sinalização pode ser realizada com cones ou similar;

- Solicite à Central de Regulação que acione apoio da CET, caso a equipe não tenha condições de efetivar a sinalização;
- Estabeleça a distância para a primeira sinalização, usando a velocidade máxima permitida para a via como referência:

DISTÂNCIA DO ACIDENTE PARA INÍCIO DA SINALIZAÇÃO			
Tipo da via	Velocidade máxima permitida	Distância para início da sinalização (pista seca)	Distância para início da sinalização (chuva, neblina, fumaça, noite)
Via local	30 km/h	30 passos longos	60 passos longos
Via coletora	40 km/h	40 passos longos	80 passos longos
Via arterial	60 km/h	60 passos longos	120 passos longos
Via de trânsito rápido	80 km/h	80 passos longos	160 passos longos
Rodovia de pista simples	100 km/h	100 passos longos	200 passos longos
Rodovia de pista dupla	110 km/h	110 passos longos	220 passos longos
Estrada (não pavimentada)	60 km/h	60 passos longos	120 passos longos

6. FLUXOGRAMA

Não há.

7. REFERÊNCIAS CONSULTADAS

- Código de Trânsito Brasileiro, 2020. Disponível em <
<https://dhg1h5j42swfq.cloudfront.net/2021/01/11120314/codigo-de-transito-atualizado-lei-14-071-20-para-prf-2021.pdf>> Acesso em 20/12/2021.
- Lei nº 9503, de 23 de setembro de 1997. Disponível em <
<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1997/lei-9503-23-setembro-1997-372348-publicacaooriginal-1-pl.html>> Acesso em 20/12/2021.
- Protocolo de Atendimento Pré-Hospitalar: Suporte Intermediário de Vida. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde – SAMU, 2014; 4ª. Edição. 112 p.
- Portaria nº. 2048/2002 - SMS G/CR. Disponível em<
https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html> Acesso em 20/12/2021.

8. CONTROLE DE REVISÕES

Revisão	Data	Motivo da Alteração
05	24/01/2022	Atualização

9. ANEXOS

Não há.

Elaboração	Revisão	Aprovação
Cassia Oliveira Lopes	Julianna Letícia G. Cotrick Gomes.	Maísa Ferreira dos Santos

NORMA

SAMU SP 006

Revisão nº 05

Data emissão: 24/01/2022

Data próxima revisão: 24/01/2024

REGRAS DE BIOSSEGURANÇA

1. OBJETIVO

Descrever as regras voltadas para a prevenção, proteção dos profissionais, vítima e do meio ambiente, minimizando riscos inerentes ao atendimento no APH.

2. ÁREAS ENVOLVIDAS

SIV, Central de Regulação e Unidade de Saúde.

3. DEFINIÇÃO

Segundo ANVISA, a biossegurança é definida como a condição de segurança alcançada por um conjunto de ações destinadas a prevenir, controlar, reduzir ou eliminar riscos inerentes às atividades que possam comprometer a saúde humana, animal e o meio ambiente.

4. SIGLAS E ABREVIATURAS

AM: Ambulância;

ANVISA: Agência Nacional de Vigilância Sanitária;

APH: Atendimento Pré-Hospitalar;

EPI: Equipamento Proteção Individual;

SAMU: Serviço Atendimento Móvel de Urgência;

SIV: Suporte Intermediário de Vida.

5. PROCEDIMENTOS E RESPONSABILIDADES

5.1. Durante o Atendimento

- Avalie segurança da cena e solicitar apoio à central de regulação, S/N;
- Utilize EPI;
- Despreze materiais perfurocortantes no coletor apropriado da AM;
- Acidente de trabalho durante o atendimento: Protocolos específicos.

5.2. Após o atendimento

- Recolha todo o lixo produzido no atendimento para ser descartado na lixeira da AM;

- Despreze o lixo produzido no atendimento no coletor de lixo hospitalar específico (saco branco leitoso infectante), exceto os perfurocortantes;
- Não deixe o coletor perfurocortante fechado na base e nem saco coletor infectante, despreze na área hospitalar;
- Lave cuidadosamente as mãos e antebraços, com água e sabão e seque;
- Proceda à limpeza e a desinfecção concorrente da ambulância (principalmente das superfícies tocadas) e equipamentos utilizados conforme protocolo.

6. FLUXOGRAMA

Não há.

7. REFERÊNCIAS

- Protocolo de Atendimento Pré-Hospitalar: Suporte Intermediário de Vida. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde – SAMU, 2014; 4ª. Edição. 112 p.
- Portaria nº. 2048/2002- SMS G/CR. Disponível em < https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html > Acesso em 20/12/2021.
- ANVISA. Biossegurança. Conceitos e Definições. Disponível em < <http://antigo.anvisa.gov.br/> > Consultado em 12 de dezembro de 2021.

8. CONTROLE DE REVISÕES

Revisão	Data	Motivo da Alteração
05	24/01/2022	Atualização

9. ANEXO

Não há.

Elaboração	Revisão	Aprovação
Cassia Oliveira Lopes	Julianna Letícia G. Cotrick Gomes	Maísa Ferreira dos Santos

ROTINA

POP SAMU SP 007

Revisão nº 05

Data emissão: 24/01/2022

Data próxima revisão: 24/01/2024

AVALIAÇÃO DA CENA

1. OBJETIVO

Descrever as regras gerais para os profissionais do SAMU 192 - São Paulo a fim de avaliar a segurança da cena antes de iniciar qualquer atendimento a vítima.

2. ÁREAS ENVOLVIDAS

SIV, Central de Regulação, Corpo de Bombeiros, Polícia, CET, Sabesp, Companhia de rede elétrica, etc.

3. DEFINIÇÃO

Verificação da segurança para que os profissionais realizem o atendimento a vítima sem nenhum risco para si e/ou outrem.

4. SIGLAS E ABREVIATURAS

CET: Companhia de Engenharia de Tráfego;

SAMU: Serviço Atendimento Móvel de Urgência;

SIV: Suporte Intermediário de Vida.

5. PROCEDIMENTOS E RESPONSABILIDADES

A avaliação da cena deve ser a primeira prioridade para todos.

Passos para avaliação da cena:

1. Qual é a situação?

Considere informações passadas pela central de regulação, por outras equipes no local e/ou por testemunhas. Ao chegar à cena observe imediatamente o mecanismo envolvido, situações de risco para as equipes como: fogo, fumaça, animais, produtos perigosos, inundação, instabilidade de estruturas, fios elétricos energizados, acesso difícil, tráfego intenso na via, armamento, aglomeração, numero de vítimas, presença de outros serviços, entre outros.

ATENÇÃO

Em caso de risco o atendimento deve ser adiado até que a cena esteja segura para atuação da equipe do SAMU.

2. Para onde a situação pode ir?

- Considere a evolução da situação nos próximos minutos e horas, por exemplo: explosão, intoxicação por fumaça, rompimento de estrutura, choque elétrico, violência interpessoal, vazamento de produtos, contaminação do ambiente, engavetamento, aumento do número de vítimas, etc;
- Comunique a Central de Regulação.

3. Como controlar a situação?

- Seguir regras gerais de estacionamento da AM;
- Seguir as regras gerais de biossegurança;
- Diante de riscos óbvios, posicione-se em local seguro e próximo:
 - ✓ Rede elétrica envolvida, posicionar a AM após os postes intactos;
 - ✓ Fumaça tóxica, o profissional deve se posicionar com o vento batendo nas costas;
 - ✓ Presença de fogo, manter distância superior a 35 metros;
 - ✓ Vazamento de substância tóxica, se manter na direção contrária ao escoamento.

6. FLUXOGRAMA

Não há.

7. REFERÊNCIAS CONSULTADAS

- Protocolo de Atendimento Pré-Hospitalar: Suporte Intermediário de Vida. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde – SAMU, 2014; 4ª. Edição 112 p.
- PHTLS. Atendimento Pré Hospitalar ao Traumatizado. 9ª edição. NAEMT. SP, 2021.

8. CONTROLE DE REVISÕES

Revisão	Data	Motivo da Alteração
05	24/01/2022	Atualização

9. ANEXO

Não há.

Elaboração	Revisão	Aprovação
Cassia Oliveira Lopes	Julianna Letícia G. Cotrick Gomes	Maísa Ferreira dos Santos

ROTINA

SAMU SP 008

Revisão nº 05

Data emissão: 24/01/2022

Data próxima revisão: 24/01/2024

OCORRÊNCIA ENVOLVENDO PRODUTOS PERIGOSOS

1. OBJETIVO

Descrever as regras gerais para os profissionais do SAMU 192 - São Paulo diante de ocorrência envolvendo produtos perigosos.

2. AREAS ENVOLVIDAS

SIV, Corpo de Bombeiros e Central de Regulação.

3. DEFINIÇÃO

Ocorrência envolvendo a presença de substância e/ou artefatos que em contato com seres humanos e animais possam provocar risco para a saúde e danos para o meio ambiente.

4. SIGLAS E ABREVIATURAS

CORE: Coordenador Regional;

MR: Médico Regulador;

SAMU: Serviço Atendimento Móvel de Urgência;

SIV: Suporte Intermediário de Vida.

5. PROCEDIMENTOS E RESPONSABILIDADES

- Posicione-se com o vento batendo nas costas, evitando assim inalação do produto;
- Aproxime-se mantendo distância segura (protocolo específico) suficiente para identificar o produto nas placas fixadas no veículo;
- Identifique o número ONU do painel de segurança e os dados do rótulo de segurança, caso sejam os primeiros a chegar à cena (Anexo A);
- Informe o MR das características do produto identificado;
- Mantenha-se em local seguro até a chegada de autoridade local (Bombeiro/Polícia);
- Acesse a vítima somente depois de autorizado por autoridade na cena (Bombeiro ou Policial Militar).

ATENÇÃO

Cabe a central de regulação identificar o produto no guia, orientar quanto aos cuidados necessários e informar equipes para o apoio.

6. FLUXOGRAMA

Não há.

7. REFERÊNCIAS CONSULTADAS

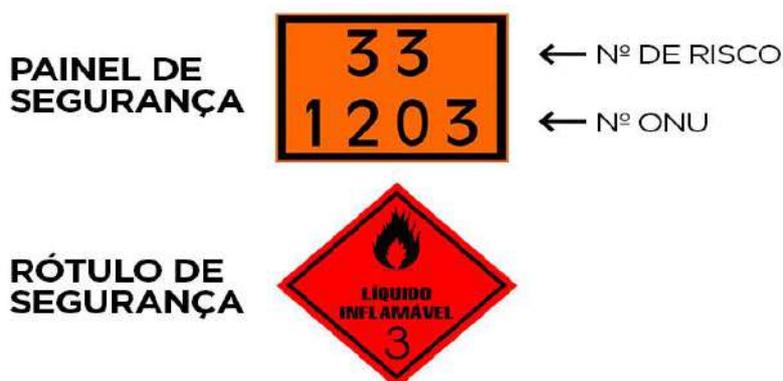
- Normatização Operacional 31/03/2015. Pacientes envolvidos em acidentes com produtos perigosos transportados em vias públicas.
- Portaria nº.2048/2002. Disponível em <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html> Acesso em 20/12/2021.
- PHTLS. Atendimento Pré-Hospitalar ao Traumatizado. National Association of Emergency Medical Technician, 2021. 9ª edição. 762 páginas.

8. CONTROLE DE REVISÕES

Revisão	Data	Motivo da Alteração
05	24/01/2022	Atualização

9. ANEXO

Anexo A



<https://gestran.com.br/2018/11/sinalizacao-no-transporte-de-cargas-entenda-as-diferentes-regras>

Elaboração	Revisão	Aprovação
Cassia Oliveira Lopes Edna Barbosa da Silva	Julianna Letícia G. Cotrick Gomes	Maísa Ferreira dos Santos

ROTINA

SAMU SP 009

Revisão nº 05

Data emissão: 24/01/2022

Data próxima revisão: 24/01/2024

SEGURANÇA DA VÍTIMA

1. OBJETIVO

Descrever como o enfermeiro poderá garantir a segurança da vítima frente suas práticas assistenciais cotidianas.

2. ÁREAS ENVOLVIDAS

SIV e Central de Regulação.

3. DEFINIÇÃO

Refere-se às ações aplicadas com objetivo de promover segurança no atendimento.

4. SIGLAS E ABREVIATURAS

SAMU: Serviço Atendimento Móvel de Urgência;

SIV: Suporte Intermediário de Vida;

MR: Médico Regulador.

5. PROCEDIMENTOS E RESPONSABILIDADES

A Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP) propõe os seguintes cuidados:

- Que a identificação da vítima, sempre que possível, seja feita através do documento com foto;
- Utilize letra legível na ficha de atendimento;
- Garanta que todos os materiais e equipamentos estejam em condições de uso;
- Observe prazo de validade, integridade do material e funcionalidade dos equipamentos;
- Que os procedimentos sejam realizados com competência técnica;
- Que a vítima esteja corretamente fixada por tirantes na prancha;
- Que a prancha esteja fixada com tirantes na maca;
- Desarme a maca quando retida na unidade de saúde;
- Utilize comunicação clara e objetiva;
- Encoraje a presença de um acompanhante no encaminhamento da vítima para unidade de saúde;

- Anote o nome e documento do acompanhante na ficha de atendimento;
- Oriente o acompanhante a portar documento dele e da vítima;
- Informe a vítima antes de realizar qualquer procedimento;
- Informe o acompanhante dos procedimentos realizados, quando a vítima estiver inconsciente.

ATENÇÃO

A identificação das vítimas inconscientes, confusas, desacompanhadas e sem documentação deve ser feita pelas vestes e descrição detalhada das características físicas como presença de tatuagem e/ou cicatrizes. Faça busca ativa por documentos no bolso ou nos pertences e anote o local onde a vítima se encontrava na chegada da equipe.

Prevenção de queda durante o atendimento

- Mantenha cintos afivelados e grades da maca elevadas durante o transporte;
- Auxilie no deslocamento sempre que necessário;
- Considere contenção física nas vítimas agitadas e/ou confusas conforme protocolo institucional;
- Registre os casos de queda ocorridos no APH;
- Registre na ficha de APH, a presença dos seguintes fatores de risco para queda:
- Idade ≤ 5 ou ≥ 65 anos;
- Alteração neurológica (confusão e/ou agitação);
- Déficit sensorial;
- Uso de sedativos;
- Dificuldades de marcha.

6. FLUXOGRAMA

Não há.

7. REFERÊNCIAS CONSULTADAS

- Portaria nº.2048/2002. Disponível em <
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html> Acesso em 20/12/2021.
- COREN/ REBRAENSP, 2010. Disponível em <
<http://enfermagemesaude.com.br/downloads/124/cartilha-10-passos-para-a-seguranca-do-paciente>>
 Acesso em 20/12/2021.

8. CONTROLE DE REVISÕES

Revisão	Data	Motivo da Alteração

05	24/01/2022	Atualização
----	------------	-------------

9. ANEXO

Não há.

Elaboração	Revisão	Aprovação
Edna Barbosa da Silva	Julianna Letícia G. Cotrick Gomes.	Maísa Ferreira dos Santos

ROTINA

SAMU SP 010

Revisão nº 05

Data emissão: 24/01/2022

Data próxima revisão: 24/01/2024

ACIDENTE COM A EQUIPE NA AMBULÂNCIA SAMU 192-SÃO PAULO

1. OBJETIVO

Descrever procedimentos que deverão ser realizados quando equipe da ambulância SAMU 192 - São Paulo sofre algum acidente, durante período de atendimento, estando com ou sem vítima.

2. ÁREAS ENVOLVIDAS

SIV e Central de Regulação.

3. DEFINIÇÃO

Os procedimentos descritos em caso de acidentes com a equipe na AM SAMU 192 - São Paulo, são processos sistematizados que visam o atendimento e o direcionamento das atividades dos setores envolvidos, zelando pela eficácia e eficiência dos mesmos.

4. SIGLAS E ABREVIATURAS

AM: Ambulância;

CORE: Coordenador Regional;

MR: Médico Regulador;

SAMU: Serviço Atendimento Móvel de Urgência;

SIV: Suporte Intermediário de Vida.

5. PROCEDIMENTOS E RESPONSABILIDADES

5.1. Acidente que ocorre durante o deslocamento para o chamado ou no retorno à base:

- Informe ao MR sobre o momento do acidente: endereço, existência de vítima no acidente (da equipe ou outros veículos, etc.) e situação no local;
- Sinalize o local para garantia de segurança ou solicitar apoio para tal;
- Atenda às vítimas conforme protocolo;

Cabe ao MR tomar as decisões e acionar os recursos necessários para o atendimento à equipe acidentada.

- Comunique o CORE: tipo de acidente, avaria na AM; necessidade de guincho.

ATENÇÃO

CORE entrará em contato com o coordenador de frota;

CORE irá liberar equipe para realizar boletim de ocorrência (BO) e troca de AM s/n.

5.2. Acidente que ocorre durante o deslocamento para a unidade de saúde com vítima embarcada:

- Sinalize o local para garantia de segurança;
- Avalie e tranquilizar a vítima/ familiar (já embarcada) na AM;
- Atenda às vítimas do acidente, conforme protocolo;
- No caso de acidente sem vítimas na cena, e AM em condições de transporte, comunique o MR e prossiga para a unidade de saúde;
- Comunique o CORE: tipo de acidente, avaria na AM e necessidade de guincho.

ATENÇÃO

CORE entrará em contato com o coordenador de frota;

CORE irá liberar equipe para realizar boletim de ocorrência (BO) e troca de AM s/n.

6. FLUXOGRAMA

Não há.

7. REFERÊNCIAS CONSULTADAS

- Estatuto dos Servidores Públicos do Município de São Paulo (Lei nº. 8.989, de 29 de outubro de 1979).
- Protocolo de Atendimento Pré-Hospitalar: Suporte Intermediário de Vida. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde – SAMU, 2014; 4ª. Edição. 112 p.

8. CONTROLE DE REVISÕES

Revisão	Data	Motivo da Alteração
05	24/01/2022	Atualização

9. ANEXO

Não há.

Elaboração	Revisão	Aprovação
Cassia Oliveira Lopes	Julianna Letícia G. Cotrick Gomes	Maísa Ferreira dos Santos

ROTINA

SAMU SP 011

Revisão nº 05

Data emissão: 24/01/2022

Data próxima revisão: 24/01/2024

ACIDENTE DE TRABALHO COM MATERIAL BIOLÓGICO

1. OBJETIVO

Descrever as condutas que deverão ser tomadas, após os profissionais do SAMU - 192 São Paulo sofrerem acidente de trabalho com materiais biológicos.

2. ÁREAS ENVOLVIDAS

SIV, Central de Regulação, Supervisor de Base e Coordenação Regional.

3. DEFINIÇÃO

É um tipo específico de acidente de trabalho, cujo risco de infecção envolve o contato com fluídos orgânicos potencialmente contaminantes (COVISA).

4. SIGLAS E ABREVIATURAS

AM: Ambulância.

CAT: Comunicado de Acidente de Trabalho.

CORE: Coordenador Regional.

COGESS: Coordenação de Gestão de Saúde do Servidor.

MR: Médico Regulador.

SAMU: Serviço Atendimento Móvel de Urgência.

SF: Soro Fisiológico.

SIV: Suporte Intermediário de Vida.

5. PROCEDIMENTOS E RESPONSABILIDADES

Caso haja perda de continuidade da pele do profissional e ocorrer contaminação por sangue/ secreções da vítima:

- Lavar imediatamente com água e sabão ou SF 0,9%;
- Realizar curativo oclusivo com perda da continuidade do tecido;
- Se atingir olhos, lavar com SF 0,9%, em abundância;

- Comunicar o acidente ao MR e ao CORE;
- Abrir ficha de atendimento pré-hospitalar do funcionário acidentado e comunicar o acidente ao médico que recebeu a vítima, para coleta de sorologia;
- Será realizado o preenchimento da ficha de notificação de acidentes biológicos em três vias (pela unidade de saúde) e CAT;
- Comunicar ao supervisor da base, assim que possível, e
- Comparecer, a sua respectiva coordenação regional, no prazo máximo de 48 horas, para que seja encaminhado para o COGESS (registro do CAT e perícia médica).

6. FLUXOGRAMA

Não há.

7. REFERÊNCIAS CONSULTADAS

- Estatuto dos Servidores Públicos do Município de São Paulo (Lei n.8.989, de 29 de outubro de 1979).
- Protocolo de Atendimento Pré-Hospitalar: Suporte Intermediário de Vida. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde – SAMU, 2014; 4ª. Edição 112 p.
- Portaria nº. 2048/2002- SMS G/CR. Disponível em <
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html> Acesso em 20/12/2021.

8. CONTROLE DE REVISÕES

Revisão	Data	Motivo da Alteração
05	24/01/2022	Atualização

9. ANEXO

Não há.

Elaboração	Revisão	Aprovação
Cassia Oliveira Lopes	Julianna Letícia G. Cotrick Gomes	Maísa Ferreira dos Santos

ROTINA

SAMU SP 012

Revisão nº 05

Data emissão: 24/01/2022

Data próxima revisão: 24/01/2024

ACIDENTE DE TRABALHO

1. OBJETIVO

Descrever as condutas que deverão ser tomadas após os profissionais do SAMU - 192 São Paulo sofrerem acidente de trabalho.

2. ÁREAS ENVOLVIDAS

SIV, Central de Regulação, Supervisor de Base e Coordenação Regional.

3. DEFINIÇÃO

Conforme dispõe o art. 19 da Lei nº 8.213/91, "acidente de trabalho é o que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço da empresa ou pelo exercício do trabalho dos segurados referidos no inciso VII do art. 11 desta lei, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte, ou a perda ou redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho".

4. SIGLAS E ABREVIATURAS

CORE: Coordenador Regional;

CAT: Comunicado de Acidente de Trabalho;

COGESS: Coordenação de Gestão de Saúde do Servidor;

MR: Médico Regulador;

SAMU: Serviço Atendimento Móvel de Urgência;

SIV: Suporte Intermediário de Vida.

5. PROCEDIMENTOS E RESPONSABILIDADES

Conduta se o acidente ocorrer durante o horário de trabalho

- Comunicar o acidente ao CORE imediatamente;
- A própria equipe deve prestar o atendimento inicial conforme o caso, ou aguardar a chegada de outras equipes de socorro;
- O MR fará a orientação sobre o encaminhamento à unidade de saúde;
- Preencher a ficha de atendimento pré-hospitalar.
- Se o acidente ocorrer no trajeto para a base ou no retorno para casa, é facultado ao servidor solicitar

atendimento do SAMU ou dirigir-se ao serviço médico de sua preferência.

ATENÇÃO

Testemunha do acidente é fundamental para acionamento posterior.

- Assim que possível, o servidor (ou seu representante legal), deve informar à coordenação regional sobre a ocorrência;
- O servidor deverá comparecer à sua respectiva coordenação regional, no prazo máximo de 48h, portando a documentação referente ao atendimento médico recebido, para preenchimento do CAT e a coordenação regional encaminhará o funcionário ao COGESS, setor de acidente do trabalho para o registro e perícia médica;
- Nas situações em que ocorra a internação hospitalar do servidor, um familiar ou representante do mesmo deverá comparecer à respectiva coordenação regional para receber orientações sobre os procedimentos cabíveis.

6. FLUXOGRAMA

Não há.

7. REFERÊNCIAS CONSULTADAS

- Estatuto dos Servidores Públicos do Município de São Paulo (Lei n.8.989, de 29 de outubro de 1979). Disponível em < https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/chamadas/Servidores%20-%20Estatuto_1265987442.pdf> Acesso em 20/12/2021.
- Protocolo de Atendimento Pré-Hospitalar: Suporte Intermediário de Vida. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde – SAMU, 2014; 4ª. Edição. 112 p.
- Portaria nº. 2048/2002- SMS G/CR. Disponível em< https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html> Acesso em 20/12/2021.

8. CONTROLE DE REVISÕES

Revisão	Data	Motivo da Alteração
05	24/01/2022	Atualização

9. ANEXO

Não há.

Elaboração	Revisão	Aprovação
Cassia Oliveira Lopes	Julianna Letícia G. Cotrick Gomes	Maísa Ferreira dos Santos

ROTINA

SAMU SP 013

Revisão nº 05

Data emissão: 24/01/2022

Data próxima revisão: 24/01/2024

ATENDIMENTO ÀS VÍTIMAS PORTADORAS DE NECESSIDADES ESPECIAIS

1. OBJETIVO

Descrever regras gerais para que os profissionais do SIV SAMU 192 - São Paulo preste atendimento adequado às vítimas portadoras de necessidades especiais.

2. ÁREAS ENVOLVIDAS

SIV e Central de Regulação.

3. DEFINIÇÃO

Realizar o atendimento levando em consideração as necessidades especiais em cada indivíduo, segundo a Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens definiu “deficiência como: toda perda ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica; a incapacidade como toda restrição ou falta - devido a uma deficiência - da capacidade de realizar uma atividade na forma ou na medida em que se considera normal para um ser humano; e a desvantagem como uma situação prejudicial para um determinado indivíduo, em consequência de uma deficiência ou uma incapacidade, que limita ou impede o desempenho de um papel que é normal em seu caso (em função da idade, sexo e fatores sociais e culturais) OMS, 1989”.

4. SIGLAS E ABREVIATURAS

APH: Atendimento Pré-Hospitalar;

CORE: Coordenador Regional;

COREN: Conselho Regional de Enfermagem;

OMS: Organização Mundial de Saúde;

SAMU: Serviço Atendimento Móvel de Urgência;

SIV: Suporte Intermediário de Vida.

5. PROCEDIMENTOS E RESPONSABILIDADES

Para todas as vítimas com necessidades especiais

- Identifique-se pelo nome e função;
- Transmita segurança;

- Solicite a presença de um familiar ou responsável durante o atendimento;
- Explique para a vítima/familiar, os procedimentos a serem realizados;
- Use palavras simples e de fácil compreensão, repetindo se necessário.

Portador de deficiência auditiva

- Fale pausadamente para que ele possa fazer leitura labial;
- Utilize à escrita, se necessário.

Portador de deficiência visual

- Verbalize os procedimentos a serem realizados;
- Mantenha contato físico constante (com o braço sobre o ombro da vítima).

Portador de déficit de desenvolvimento intelectual

- Mantenha comunicação constante;
- Dê tempo para que ele responda suas perguntas.

Idoso

- Respeite suas limitações;
- Compreenda os sentimentos de angústia e medo;
- Evite exposição/pudor (Estatuto do Idoso).

Criança

- É obrigatória a presença do responsável no acompanhamento da criança (ECA Lei 8069/1990);
- Permita que a criança leve um objeto de estimação;
- Utilize linguagem adequada para cada faixa etária, se possível, mantenha-se na mesma altura.

Em situação de rua

- Permita que leve os pertences mínimos, desde que não comprometa o atendimento e não coloque a equipe em situação de risco ou exposição à contaminação.

Vítimas sem condições de decidir (inconsciente, sob efeito de substância) e/ou acompanhado de menor de 18 anos de idade, ou maior de 65 anos.

- Informe o MR sobre o atendimento em questão;
- Solicite que um vizinho ou conhecido acompanhe a vítima à unidade de saúde;
- Solicite ao vizinho/conhecido, que abrigue o menor de 18 anos ou acompanhante que requer auxílio;
- Registre na ficha de APH o nome, endereço e o telefone da pessoa que acompanhou;
- Informe ao vizinho ou conhecido a unidade de saúde de destino;
- Anote todos os dados obtidos e orientações dadas na ficha de atendimento;

- Informe ao enfermeiro da unidade de saúde sobre a ausência de acompanhante;
- Informe ao enfermeiro da unidade de saúde da presença de acompanhante sem condição de decidir;
- Registre nome e COREN do enfermeiro que recebeu as informações passadas;
- Comunique a central de regulação sobre o fechamento do chamado e o nome do profissional que recebeu a vítima.

ATENÇÃO

É de competência da unidade de saúde de destino à localização do familiar, bem como, o acionamento do conselho tutelar para menores.

6. FLUXOGRAMA

Não há.

7. REFERÊNCIAS CONSULTADAS

- Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens. OMS, 1989. Disponível em < https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42407/9788531407840_por.pdf?sequence=111> Acesso em 20/12/2021.
- Estatuto da Criança e Adolescente. Lei 8069/1990. Disponível em < <https://www.gov.br/mdh/pt-br/centrais-de-conteudo/crianca-e-adolescente/estatuto-da-crianca-e-do-adolescente-versao-2019.pdf> > Acesso em 20/12/2021.
- Estatuto do Idoso. Lei 10.741/ 2003. Disponível em < https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estatuto_idoso_3edicao.pdf > Acesso em 20/02/2021.
- Protocolo de Atendimento Pré-Hospitalar: Suporte Intermediário de Vida. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde – SAMU, 2014; 4ª. Edição. 112 p.
- Portaria nº.2048/2002. Disponível em < https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html> Acesso em 20/12/2021.

8. CONTROLE DE REVISÕES

Revisão	Data	Motivo da Alteração
05	24/01/2022	Atualização

9. ANEXO

Não há.

Elaboração	Revisão	Aprovação
Cassia Oliveira Lopes Edna Barbosa da Silva	Julianna Letícia G. Cotrick Gomes	Maísa Ferreira dos Santos

ROTINA

SAMU SP 014

Revisão nº 05

Data emissão: 24/01/2022

Data próxima revisão: 24/01/2024

ATENDIMENTO À VÍTIMA ACOMPANHADO DE ANIMAIS (CÃO GUIA OU OUTROS)

1. OBJETIVO

Descrever como os profissionais SIV deve atender a vítima acompanhada de animais.

2. ÁREAS ENVOLVIDAS

SIV e Central de Regulação.

3. DEFINIÇÃO

As leis 13.146/2015 e 10.741/2003 relatam que as pessoas com necessidades específicas, possuem o direito de entrar em qualquer local junto com seu animal, visto que são usados como auxílio de locomoção.

Vale ressaltar, que há restrições para esta atividade quando a prioridade de atendimento é a vítima; sendo as exceções descritas em procedimentos.

4. SIGLAS E ABREVIATURAS

OMS: Organização Mundial de Saúde;

SAMU: Serviço Atendimento Móvel de Urgência;

SIV: Suporte Intermediário de Vida;

CET: Companhia de Engenharia de Tráfego.

5. PROCEDIMENTOS E RESPONSABILIDADES

- Siga as regras gerais feitas na abordagem de portador de necessidades especiais;
- Atenção para animais agressivos que possam oferecer risco à equipe;
- No atendimento prestado ao dono, o animal não deve ser abandonado;
- Solicite que um vizinho/conhecido assuma a guarda do animal;
- Registre na ficha de atendimento os dados do vizinho/conhecido que assumiu a guarda do animal;
- Em caso de cão-guia, todos os esforços devem ser feitos para mantê-lo junto à vítima;
- O animal deve acompanhar a vítima, exceto: quando a sua presença dificulta a execução dos procedimentos; coloca a equipe em risco, ou ainda, cause danos aos equipamentos;

- Caso o animal não possa acompanhar a vítima, a equipe deverá solicitar à central, que providencie meio de transporte alternativo como: conhecido que tenha familiaridade com o animal, viatura do policiamento, Bombeiros e Zoonose;
- Registre na ficha de atendimento o destino do animal;
- Informe à central de regulação.

6. FLUXOGRAMA

Não há.

7. REFERÊNCIAS CONSULTADAS

- Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens. OMS, 1989. Disponível em < https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42407/9788531407840_por.pdf?sequence=111> Acesso em 20/12/2021.
- Estatuto da Criança e Adolescente. Lei 8069/1990. Disponível em < <https://www.gov.br/mdh/pt-br/centrais-de-conteudo/crianca-e-adolescente/estatuto-da-crianca-e-do-adolescente-versao-2019.pdf> > Acesso em 20/12/2021.
- Estatuto do Idoso. Lei 10.741/ 2003. Disponível em < https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estatuto_idoso_3edicao.pdf > Acesso em 20/02/2021.
- Protocolo de Atendimento Pré-Hospitalar: Suporte Intermediário de Vida. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde – SAMU, 2014; 4ª edição. 112 p.
- Portaria nº.2048/2002. Disponível em < https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html> Acesso em 20/12/2021.

8. CONTROLE DE REVISÕES

Revisão	Data	Motivo da Alteração
05	24/01/2022	Atualização

9. ANEXO

Não há.

Elaboração	Revisão	Aprovação
Edna Barbosa da Silva	Julianna Letícia G. Cotrick Gomes.	Maísa Ferreira dos Santos

ROTINA

SAMU SP 015

Revisão nº 05

Data emissão: 24/01/2022

Data próxima revisão: 24/01/2024

**ABORDAGEM DA VÍTIMA QUE RECUSA ATENDIMENTO E/OU ENCAMINHAMENTO
PARA UNIDADE DE SAÚDE**

1. OBJETIVO

Descrever como os profissionais devem proceder à frente da recusa de atendimento e/ou transporte.

2. ÁREAS ENVOLVIDAS

SIV e Central de Regulação.

3. DEFINIÇÃO

A recusa de atendimento e/ou transporte a unidade de saúde é direito do cidadão, salvo vítimas portadoras de necessidades especiais ou quando em risco, considerando Resolução nº 2.232, de 17 de julho de 2019 - Diário Oficial da União.

4. SIGLAS E ABREVIATURAS

MR: Médico Regulador;

PM: Polícia Militar;

SAMU: Serviço Atendimento Móvel de Urgência;

SAV: Suporte Básico de Vida;

SIV: Suporte Intermediário de Vida.

5. PROCEDIMENTOS E RESPONSABILIDADES

- É vetada a vítima portadora de necessidades especiais à recusa de atendimento e/ou encaminhamento a unidade de saúde;
- Informe ao MR, após ter realizado avaliação primária e secundária da vítima, que as mesmas com condições de decisão, e sem risco de morte, recusaram o atendimento e/ou encaminhamento;
- Informe ao MR, após ter realizado avaliação primária e secundária da vítima, que as mesmas com condições de decisão, e com risco de morte, recusaram o atendimento e/ou encaminhamento. Solicite apoio SAV e/ou PM e aguarde a orientação do MR;
- Caso ocorra liberação do MR para manter vítima no local, registre detalhadamente todas as informações sobre o fato;

- Solicite a assinatura da vítima e de alguma pessoa que tenha testemunhado a recusa.

6. FLUXOGRAMA

Não há.

7. REFERÊNCIAS CONSULTADAS

- Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens. OMS, 1989. Disponível em < https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42407/9788531407840_por.pdf?sequence=111> Acesso em 20/12/2021.
- Estatuto da Criança e Adolescente. Lei 8069/1990. Disponível em < <https://www.gov.br/mdh/pt-br/centrais-de-conteudo/crianca-e-adolescente/estatuto-da-crianca-e-do-adolescente-versao-2019.pdf> > Acesso em 20/12/2021.
- Estatuto do Idoso. Lei 10.741/ 2003. Disponível em < https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estatuto_idoso_3edicao.pdf > Acesso em 20/02/2021.
- Protocolo de Atendimento Pré-Hospitalar: Suporte Intermediário de Vida. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde – SAMU, 2014. 4ª edição. 112 p.
- Portaria n°.2048/2002. Disponível em < https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html> Acesso em 20/12/2021.
- Resolução nº 2.232, de 17 de julho de 2019 - Diário Oficial da União. Disponível em < <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-n-2.232-de-17-de-julho-de-2019-216318370?fbclid=iwar2qoo56n-tammbnkvnthxwyeugasqw4xzzynoicifw6a8yjus7vrecl00#:~:text=regional%20de%20medicina.-,art.,da%20recusa%20terap%c3%aaautica%20do%20paciente.>> Acesso em 20/12/2021.

8. CONTROLE DE REVISÕES

Revisão	Data	Motivo da Alteração
05	24/01/2022	Atualização

9. ANEXO

Não há.

Elaboração	Revisão	Aprovação
Cassia Oliveira Lopes Edna Barbosa da Silva	Julianna Letícia G. Cotrick Gomes	Maísa Ferreira dos Santos

ROTINA

SAMU SP 016

Revisão nº 05

Data emissão: 24/01/2022

Data próxima revisão: 24/01/2024

DISPENSA DE VÍTIMA NA CENA

1. OBJETIVO

Orientar o enfermeiro do SAMU 192 - São Paulo que a dispensa da vítima, não é de competência profissional.

2. ÁREAS ENVOLVIDAS

SIV e Central de Regulação.

3. DEFINIÇÃO

A dispensa da vítima, mesmo avaliada pelo enfermeiro, não é permitida pelo Conselho Regional da Profissão.

4. SIGLAS E ABREVIATURAS

SAMU: Serviço Atendimento Móvel de Urgência;

SIV: Suporte Intermediário de Vida.

5. PROCEDIMENTOS E RESPONSABILIDADES

A dispensa da vítima na cena está condicionada só a presença do médico intervencionista do SAMU 192 São Paulo.

Caso haja médico externo, proceder conforme protocolo específico.

Não é permitida a dispensa da vítima pela equipe de enfermagem.

6. FLUXOGRAMA

Não há.

7. REFERÊNCIAS

- PARECER COREN SP nº. 006/2020. Disponível em < <https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2020/06/Parecer-006.2020-Possibilidade-de-dispensa-de-paciente-com-classifica%C3%A7%C3%A3o-de-risco-nas-cores-azul-e-verde-pelo-Enfermeiro-2020-jun-rev.pdf>
- Protocolo de Atendimento Pré-Hospitalar: Suporte Intermediário de Vida. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde – SAMU, 2014; 4ª. Edição. 112 p.

8. CONTROLE DE REVISÕES

Revisão	Data	Motivo da Alteração
05	24/01/2022	Atualização

9. ANEXO

Não há.

Elaboração	Revisão	Aprovação
Cassia Oliveira Lopes Edna Barbosa da Silva	Julianna Letícia G. Cotrick Gomes	Máisa Ferreira dos Santos

ROTINA

SAMU SP 017

Revisão nº 05

Data emissão: 24/01/2022

Data próxima revisão: 24/01/2024

RECEBIMENTO DE ORDENS DE AUTORIDADE POLICIAL

1. OBJETIVO

Descrever como os profissionais do SIV SAMU - 192 São Paulo devem proceder frente a autoridade policial.

2. ÁREAS ENVOLVIDAS

SIV, Central de Regulação, Corpo de Bombeiros, PM e Polícia Civil.

3. DEFINIÇÃO

Esse protocolo refere-se à ordem dada por autoridade policial aos profissionais do SIV do SAMU-192 São Paulo, presentes na cena.

4. SIGLAS E ABREVIATURAS

MR: Médico Regulador.

PM: Polícia Militar.

SAMU: Serviço Atendimento Móvel de Urgência.

SIV: Suporte Intermediário de Vida.

5. PROCEDIMENTOS E RESPONSABILIDADES

- Informe ao MR da presença de autoridade e conduta solicitada;
- Esclareça a autoridade, quando a ordem ferir o regulamento do SAMU 192 - São Paulo;
- Acate a determinação somente se a ordem estiver de acordo com o protocolo institucional;
- Aguarde orientação do MR;
- Registre detalhadamente a decisão tomada na ficha de atendimento.

6. FLUXOGRAMA

Não há.

7. REFERÊNCIAS CONSULTADAS

- Protocolo de Atendimento Pré-Hospitalar: Suporte Intermediário de Vida. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde – SAMU, 2014; 4ª edição. 112 p.

8. CONTROLE DE REVISÕES

Revisão	Data	Motivo da Alteração
05	24/01/2022	Atualização

9. ANEXO

Não há.

Elaboração	Revisão	Aprovação
Cassia Oliveira Lopes Edna Barbosa da Silva	Julianna Letícia G. Cotrick Gomes	Máisa Ferreira dos Santos

ROTINA

SAMU SP 018

Revisão nº 05

Data emissão: 24/01/2022

Data próxima revisão: 24/01/2024

ATENDIMENTO À VÍTIMA NA PRESENÇA DE MÉDICO EXTERNO

1. OBJETIVO

Descrever como os profissionais do SAMU - 192 São Paulo devem proceder frente ao profissional médico externo.

2. ÁREAS ENVOLVIDAS

SIV, Central de Regulação e profissional médico externo.

3. DEFINIÇÃO

As ordens recebidas pela regulação médica e o protocolo institucional, são o que nortearão as condutas da equipe do SAMU SP para o atendimento às vítimas, caso o médico externo tiver documentação e liberação do MR, poderá intervir frente à equipe.

4. SIGLAS E ABREVIATURAS

APH: Atendimento Pré-Hospitalar;

CRM: Conselho Regional de Medicina

MR: Médico Regulador;

PM: Polícia Militar;

SAMU: Serviço Atendimento Móvel de Urgência;

SIV: Suporte Intermediário de Vida.

5. PROCEDIMENTOS E RESPONSABILIDADES

- Comunique ao MR, a presença do profissional médico externo na ocorrência;
- Solicite apresentação de documento comprobatório (CRM);
- Coloque o médico externo em contato no rádio com o médico da regulação antes da conduta instituída;
- Aguarde liberação do MR para seguir as orientações/procedimentos do médico externo;
- Registre detalhadamente os fatos na ficha de atendimento e coloque nome e CRM;
- Solicite ao profissional que registre a intervenção executada na ficha de APH, assinando e colocando o CRM.

6. FLUXOGRAMA

Não há.

7. REFERÊNCIAS CONSULTADAS

- Protocolo de Atendimento Pré-Hospitalar: Suporte Intermediário de Vida. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde – SAMU, 2014; 4ª. Edição. 112 p.

8. CONTROLE DE REVISÕES

Revisão	Data	Motivo da Alteração
05	24/01/2022	Atualização

9. ANEXO

Não há.

Elaboração	Revisão	Aprovação
Cassia Oliveira Lopes Edna Barbosa da Silva	Julianna Letícia G. Cotrick Gomes	Maísa Ferreira dos Santos

ROTINA

SAMU SP 019

Revisão nº 05

Data emissão: 24/01/2022

Data próxima revisão: 24/01/2024

OCORRÊNCIAS COM INDÍCIO DE CRIME

1. OBJETIVO

Descrever as ocorrências com indício de crime e quais as condutas do profissional SAMU – 192 São Paulo frente a esta ocorrência.

2. ÁREAS ENVOLVIDAS

SIV, Central de Regulação, PM e Polícia Civil.

3. DEFINIÇÃO

É o atendimento realizado em vítimas que apresentam sinais sugestivos de crime como: agressão, auto-agressão, lesões na vítima morta. Segundo Código Processo Penal, Art. 239: “Considera-se indício a circunstância conhecida e provada, que, tendo relação com o fato, autorize, por indução, concluir-se a existência de outra, ou outras circunstâncias”.

4. SIGLAS E ABREVIATURAS

APH: Atendimento Pré-Hospitalar;

CORE: Coordenador Regional;

COREN: Conselho Regional de Enfermagem;

PM: Polícia Militar;

RF: Registro Funcional;

SAMU: Serviço Atendimento Móvel de Urgência;

SIV: Suporte Intermediário de Vida.

5. PROCEDIMENTOS E RESPONSABILIDADES

- Garanta a segurança da equipe;
- Mantenha distância segura;
- Comunique a central de regulação;
- Se necessário, solicite recursos como: policiamento, bombeiros, etc;
- Evite alterar a cena, exceto para garantir o atendimento à vítima;

- Não toque nos objetos sem luva;
- Não toque em nenhum local e/ou objeto com as luvas sujas de sangue;
- Movimente a vítima apenas para avaliar e realizar procedimentos;
- Não manipule o corpo nos casos de morte evidente;
- Descreva na ficha de atendimento as lesões e posição encontrada em caso de morte;
- Arrole todos os pertences da vítima em impresso próprio;
- Vítimas sem acompanhante: os pertences deverão ser entregues para a enfermeira do hospital de destino que deverá assinar e anotar o COREN na folha de rol;
- Nos casos de morte na cena sem acompanhante, os pertences devem ser arrolados e entregues ao policial responsável pela ocorrência;
- Registre na ficha de APH o nome, RF e prefixo da viatura do policial que recebeu os pertences;
- Nos ferimentos penetrantes, retire as vestes evitando cortar sobre a perfuração no tecido;
- Em caso de enforcamento sem sinais de morte óbvia, retire a vítima da forca para iniciar reanimação, evitando cortar no local do nó, tentando preservar o instrumento usado como: fios, cordas, etc.

Cuidados em relação à cena

- Não mexa e nem movimente a arma na cena;
- Se tiver arma próxima da vítima, não mexa e não permita que nenhum integrante da equipe o faça;
- Informe a autoridade policial da necessidade de movimentar móveis e objetos para prestar atendimento;
- Informe sobre a luminosidade encontrada na cena e se houve necessidade de acender e/ou abrir janela;
- Recolha da cena todo o material hospitalar utilizado no atendimento, como luvas, invólucros e etc;
- Não limpe e nem retire objetos do local;
- Circule na cena apenas o necessário para prestar o atendimento.
- Solicite à regulação, policiamento para o local na evidência de crime;
- Em casos de morte óbvia, não toque e nem movimente a vítima;
- Se a sua equipe for a primeira a chegar, não permita a presença de familiares e/ou curiosos na cena do crime;
- Anote todos os horários com exatidão;
- Anote nomes das instituições presentes na cena, incluindo prefixos de viaturas;
- Descreva com exatidão a posição em que o corpo foi encontrado e da necessidade de movimentá-lo;
- Descreva com exatidão os procedimentos invasivos realizados;
- Anote o nome do policial para o qual foram passadas as informações relacionadas ao atendimento.

6. FLUXOGRAMA

Não há.

7. REFERÊNCIAS CONSULTADAS

- Protocolo de Atendimento Pré-Hospitalar: Suporte Intermediário de Vida. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde – SAMU, 2014; 4ª. Edição 112 p.
- Código Processo Penal Brasileiro.

8. CONTROLE DE REVISÕES

Revisão	Data	Motivo da Alteração
05	24/01/2022	Atualização

9. ANEXO

Não há.

Elaboração	Revisão	Aprovação
Edna Barbosa da Silva	Julianna Letícia G. Cotrick Gomes.	Maísa Ferreira dos Santos

ROTINA

SAMU SP 020

Revisão nº 05

Data emissão: 24/01/2022

Data próxima revisão: 24/01/2024

SOLICITAÇÃO DE APOIO DE SUPORTE AVANÇADO DE VIDA

1. OBJETIVO

Definir em quais condições o enfermeiro do SIV poderá pedir apoio ao SAV.

2. ÁREAS ENVOLVIDAS

SIV, SAV e Central de Regulação.

3. DEFINIÇÃO

A solicitação de apoio do SAV é uma avaliação feita pelo enfermeiro no local de atendimento à vítima grave, em que as práticas avançadas do profissional não garantem uma melhor assistência, tendo em vista a dificuldade de retirada da vítima no local, em outros.

4. SIGLAS E ABREVIATURAS

MR: Médico Regulador;

SAMU: Serviço Atendimento Móvel de Urgência;

SAV: Suporte Avançado de Vida;

SIV: Suporte Intermediário de Vida;

TCE: Traumatismo Cranioencefálico.

5. PROCEDIMENTOS E RESPONSABILIDADES

O enfermeiro deve solicitar ao MR o acionamento do SAV nas seguintes condições:

- Politraumatizado grave (Glasgow \leq 8) e/ou com previsão de transporte demorado;
- Vítima com TCE inconsciente;
- Instabilidade hemodinâmica e neurológica identificada em local de difícil acesso;
- Gravidade confirmada após avaliação primária em local de difícil acesso;
- Acidente com o membro preso em máquina, soterrado ou preso em escombros;
- Grande queimado (analgesia);
- Queimadura de vias aéreas com risco de comprometimento respiratório;
- Ocorrência envolvendo mais que uma vítima grave;

- Parto distócio;
- Tentativa de suicídio;
- Incidente com múltiplas vítimas.

6. FLUXOGRAMA

Não há.

7. REFERÊNCIAS CONSULTADAS

- Protocolo de Atendimento Pré-Hospitalar: Suporte Intermediário de Vida. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde – SAMU, 2014; 4ª edição. 112 p.

8. CONTROLE DE REVISÕES

Revisão	Data	Motivo da Alteração
05	24/01/2022	Atualização

9. ANEXO

Não há.

Elaboração	Revisão	Aprovação
Cassia Oliveira Lopes Edna Barbosa da Silva	Julianna Letícia G. Cotrick Gomes	Maísa Ferreira dos Santos

ROTINA

SAMU SP 021

Revisão nº 05

Data emissão: 24/01/2022

Data próxima revisão: 24/01/2024

REGRAS GERAIS PARA TRANSPORTE AEROMÉDICO

ATENÇÃO

A equipe de SIV poderá pedir acionamento do apoio aeromédico para o MR.

1. OBJETIVO

Descrever as indicações para solicitação do apoio aeromédico e a atuação da equipe de SIV até o embarque da vítima.

2. ÁREAS ENVOLVIDAS

SIV, Central de Regulação e COBOM.

3. DEFINIÇÃO

Estabelece regras para que a equipe do SIV solicite ao MR apoio aeromédico e orienta os procedimentos necessários durante o deslocamento até o embarque da vítima.

4. SIGLAS E ABREVIATURAS

AM: Ambulância;

CORE: Coordenador Regional;

COBOM: Corpo de Bombeiro;

MR: Médico Regulador;

SAMU: Serviço Atendimento Móvel de Urgência;

SIV: Suporte Intermediário de Vida.

TARM: Técnico Auxiliar da Regulação Médica.

5. PROCEDIMENTOS E RESPONSABILIDADES

Indicação para solicitação de apoio aeromédico

- Vítima com sinais de trauma raquimedular;
- Vítima grave em: congestionamento, grandes distâncias para o hospital de referência, alagamentos e interdições de vias;

Acionamento do transporte aeromédico

- Solicita o recurso para MR de acordo com as indicações acima descritas,
- Informa o MR quando o acionamento foi feito pelas equipes do Corpo de Bombeiros e/ou da Polícia Militar.

ATENÇÃO

As equipes do SAMU devem conhecer as regras de segurança para aproximação e embarque da vítima na aeronave.

Regras específicas

- Realize cobertura das lesões;
- Na ausência do apoio militar, aguarde orientação do rádio operador para o deslocamento da AM até o local de embarque na aeronave;
- Na presença do apoio militar, aguarde junto à vítima a chegada da equipe aeromédica;
- Permita à avaliação e realização dos procedimentos a vítima pela equipe aeromédica;
- Aproxime-se pela frente, no campo visual do piloto;
- Mantenha distância segura da AM durante o embarque e o desembarque;
- Aproxime-se da aeronave com o tronco ligeiramente encurvado para frente;
- Aproxime-se sempre no mesmo plano da aeronave;
- Mantenha o cabelo preso, não use adereços e bonés;
- Passe o caso para a equipe aeromédica;
- Mantenha as portas e janelas da AM fechadas no momento do pouso e decolagem;
- Informe à central o nome do médico e a unidade de saúde.

6. FLUXOGRAMA

Não há.

7. REFERÊNCIAS CONSULTADAS

- PHTLS. Atendimento Pré Hospitalar ao Traumatizado. 9ª edição. NAEMT. SP, 2021.
- Portaria nº.2048/2002. Disponível em <
https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html> Acesso em 20/12/2021.

8. CONTROLE DE REVISÕES

Revisão	Data	Motivo da Alteração
05	24/01/2022	Atualização

9. ANEXO

Não há.

Elaboração	Revisão	Aprovação
Cassia Oliveira Lopes Edna Barbosa da Silva	Julianna Letícia G. Cotrick Gomes.	Maísa Ferreira dos Santos

ROTINA

SAMU SP 022

Revisão nº 05

Data emissão: 24/01/2022

Data próxima revisão: 24/01/2024

**ABORDAGEM DE EVENTOS ENVOLVENDO: ATENDIMENTO EM VIA PÚBLICA /
PRESENÇA DE IMPRENSA NA CENA / PRESENÇA DE TUMULTO OU AGITAÇÃO SOCIAL**

1. OBJETIVO

Descrever como o enfermeiro deverá proceder frente aos eventos pontuados, afim de não ferir nenhum princípio ético, legal e institucional.

2. ÁREAS ENVOLVIDAS

SIV e Central de Regulação.

3. DEFINIÇÃO

Os atendimentos em que a vítima inicialmente é exposta, por atendimento urgente é justificável, porém sua exposição desnecessária fere o princípio constitucional federal no Artigo 5º, inciso X: “são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, sendo passível de punição de quem o infringir”.

4. SIGLAS E ABREVIATURAS

MR: Médico Regulador.

SAMU: Serviço Atendimento Móvel de Urgência.

SIV: Suporte Intermediário de Vida.

5. PROCEDIMENTOS E RESPONSABILIDADES

Atendimento em via pública

- Observe as regras gerais de avaliação da segurança da cena;
- Realize avaliação primária e execute as ações necessárias;
- Finalize os procedimentos dentro da ambulância, com as portas fechadas;
- Solicite o isolamento da área, na presença de policiamento na cena.

Presença da imprensa na cena

- Observe as regras gerais de avaliação da segurança da cena;
- Trate os profissionais da imprensa com urbanidade e educação;

- Não conceda entrevista, tampouco, à tomada de imagens;
- Não se preocupe em impedir a filmagem;
- Solicite o isolamento da área, na presença de policiamento na cena.
- Não forneça informações relacionadas à vítima e/ou ao caso;
- Realize os procedimentos dentro da ambulância, com as portas fechadas.

Presença de tumulto ou agitação social com risco para a equipe

- Observe as regras gerais de avaliação da segurança da cena;
- Comunique o MR sobre a situação e a necessidade de apoio;
- Considere as orientações do policiamento na cena sobre: manutenção de distâncias seguras, aproximação e estacionamento da viatura;
- Realize os procedimentos dentro da ambulância, com as portas fechadas;
- Não circule na cena;
- Não manifeste suas opiniões sobre os fatos do conflito.

6. FLUXOGRAMA

Não há.

7. REFERÊNCIAS CONSULTADAS

- Constituição Federal Artigo 05, inciso X/ 88. Disponível em < <https://www.jusbrasil.com.br/topicos/10730704/inciso-x-do-artigo-5-da-constituicao-federal-de-1988>> Acesso 20/12/2021.
- Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Resolução COFEN nº 567/2018. Disponível em < http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofeno-567-2018_60340.html> Acesso em 20/12/2021.
- Protocolo de Atendimento Pré-Hospitalar: Suporte Intermediário de Vida. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde – SAMU, 2014; 4ª. Edição 112 p.

8. CONTROLE DE REVISÕES

Revisão	Data	Motivo da Alteração
05	24/01/2022	Atualização

9. ANEXO

Não há.

Elaboração	Revisão	Aprovação
Cassia Oliveira Lopes Edna Barbosa da Silva	Julianna Letícia G. Cotrick Gomes	Maísa Ferreira dos Santos

ROTINA

SAMU SP 023

Revisão nº 05

Data emissão: 24/01/2022

Data próxima revisão: 24/01/2024

EVIDÊNCIA DE MORTE ÓBVIA NO LOCAL DA OCORRÊNCIA

1. OBJETIVO

Descrever os sinais de morte óbvia e a atuação do enfermeiro frente à família e ao corpo.

2. ÁREAS ENVOLVIDAS

SIV e Central de Regulação.

3. DEFINIÇÃO

A morte óbvia é caracterizada por sinais de morte ocorridos por um período superior à 01 hora e/ou onde há constatação evidente de morte fatal.

4. SIGLAS E ABREVIATURAS

MR: Médico Regulador.

SAMU: Serviço Atendimento Móvel de Urgência.

SIV: Suporte Intermediário de Vida.

5. PROCEDIMENTOS E RESPONSABILIDADES

A morte óbvia é caracterizada pelos sinais:

- Evidente estado de decomposição;
- Decapitação;
- Segmentação do tronco;
- Esmagamento (compressão até dilacerar, arrebentar) do crânio e/ou tronco;
- Carbonização total do corpo;
- Presença de “rigor mortis” (rigidez dos músculos da mastigação que inicia entre 1 a 6 horas após a morte e avança no sentido craniocaudal);
- Presença de “livor mortis” (estase sanguínea que se apresenta de acordo com a posição do corpo, inicia entre 1h 30minutos a 2 horas, atingindo o máximo entre 8 a 12 horas).

Ações do enfermeiro

- Preencha a ficha de atendimento com descrição detalhada do fato e a ficha de “Evidência de Morte

Óbvia na Cena”;

- Comunique ao MR;
- Entregue a ficha de “Evidência de Morte Óbvia na Cena” para familiares;
- Solicite à central de regulação a presença do policiamento, na ausência de familiar.

ATENÇÃO

Caso haja outros achados que considere importante (hematomas, escoriações, deformidades), anote na ficha de atendimento.

- Anote o nome do familiar que recebeu a ficha e o número da identidade, e siga com as orientações abaixo:
 - ✓ Com documento de identificação da vítima e do familiar, ambos com foto e a ficha de “Evidência de Morte Óbvia”, dirija-se a delegacia mais próxima.
 - ✓ Caso a família tenha um médico responsável pela vítima, poderá acioná-lo para fornecer a declaração de óbito.

ATENÇÃO

Caso haja algum risco à integridade física da equipe, transporte à vítima, mesmo em morte óbvia, a unidade de saúde.

- Coloque o corpo na cama ou sofá, caso a cena **não** seja suspeita de crime.
- Utilize protocolo específico nos indícios de crime.

6. FLUXOGRAMA

Não há.

7. REFERÊNCIAS CONSULTADAS

- COFEN 653/2020. Disponível em < http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-653-2020_82933.html>
Acesso em 10/01/2022
- Suporte Intermediário de Vida. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde – SAMU, 2014; 4ª. Edição
112 p.

8. CONTROLE DE REVISÕES

Revisão	Data	Motivo da Alteração
05	24/01/2022	Atualização

9. ANEXO

Não há.

Elaboração	Revisão	Aprovação
Cassia Oliveira Lopes Edna Barbosa da Silva	Julianna Letícia G. Cotrick Gomes	Maísa Ferreira dos Santos

ROTINA

SAMU SP 024

Revisão nº 05

Data emissão: 24/01/2022

Data próxima revisão: 24/01/2024

PASSAGEM DE CASO PARA REGULAÇÃO MÉDICA

1. OBJETIVO

Descrever os dados que serão passados ao MR, desde os achados e até as intervenções realizadas à vítima pelo enfermeiro.

2. ÁREAS ENVOLVIDAS

SIV e Central de Regulação.

3. DEFINIÇÃO

São informações passadas de forma sistematizada e detalhada ao MR sobre a vítima atendida pela equipe do SBV.

4. SIGLAS E ABREVIATURAS

MR: Médico Regulador.

SAMU: Serviço Atendimento Móvel de Urgência.

SIV: Suporte Intermediário de Vida.

5. PROCEDIMENTOS E RESPONSABILIDADES

Ao final da avaliação primária e das intervenções realizadas, o enfermeiro deve passar o caso para o MR informando:

- Idade e sexo da vítima;
- Motivo do chamado;
- Relato do que foi encontrado na cena incluindo a queixa e mecanismo da lesão;
- Problemas identificados na avaliação primária e secundária e procedimentos realizados.

6. FLUXOGRAMA

Não há.

7. REFERÊNCIAS CONSULTADAS

- Protocolo de Atendimento Pré-Hospitalar: Suporte Intermediário de Vida. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde – SAMU, 2014; 4ª. Edição 112 p.

8. CONTROLE DE REVISÕES

Revisão	Data	Motivo da Alteração
05	24/01/2022	Atualização

9. ANEXO

Não há.

Elaboração	Revisão	Aprovação
Edna Barbosa da Silva	Julianna Letícia G. Cotrick Gomes	Maísa Ferreira dos Santos

ROTINA

SAMU SP 025

Revisão nº 05

Data emissão: 24/01/2022

Data próxima revisão: 24/01/2024

CUIDADOS COM PERTENCES DA VÍTIMA

1. OBJETIVO

Descrever o procedimento realizado com os pertences da vítima.

2. ÁREAS ENVOLVIDAS

SIV, Central de Regulação e Unidade de Saúde.

3. DEFINIÇÃO

Atuação da equipe de SIV frente aos pertences da vítima.

4. SIGLAS E ABREVIATURAS

PM: Polícia Militar;

SAMU: Serviço Atendimento Móvel de Urgência;

SIV: Suporte Intermediário de Vida.

5. PROCEDIMENTOS E RESPONSABILIDADES

Vítimas desacompanhadas e com alteração do nível de consciência ou que não respondem por si.

- Todos os pertences pessoais (bolsa, mochila, carteira, celular, etc) devem ser transportados junto com a vítima;
- Na presença de pertences, registre em 2 vias, item a item na ficha de rol, e entregue a via carbonada na unidade de saúde;
- Os pertences devem ser entregues ao profissional que recebe a vítima, na unidade de saúde de destino, registrando nome do responsável pelo recebimento e colhendo a assinatura do mesmo;
- Caso vítima grave: realize o rol de pertences na unidade de saúde após a passagem do caso.

Vítimas acompanhadas

- Entregue os pertences pessoais ao acompanhante e registrando o nome na ficha de atendimento.

Vítimas conscientes/ orientadas

- Devolva o documento para vítima, após utilizá-lo no preenchimento da ficha de atendimento.

6. FLUXOGRAMA

Não há.

7. REFERÊNCIAS CONSULTADAS

- Protocolo de Atendimento Pré-Hospitalar: Suporte Intermediário de Vida. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde – SAMU, 2014; 4ª. Edição. 112 p.

8. CONTROLE DE REVISÕES

Revisão	Data	Motivo da Alteração
05	24/01/2022	Atualização

9. ANEXO

Não há.

Elaboração	Revisão	Aprovação
Edna Barbosa da Silva	Julianna Letícia G. Cotrick Gomes	Máisa Ferreira dos Santos

ROTINA

SAMU SP 026

Revisão nº 05

Data emissão: 24/01/2022

Data próxima revisão: 24/01/2024

PASSAGEM DO CASO NA UNIDADE DE SAÚDE

1. OBJETIVO

Descrever para o profissional receptor da unidade de saúde, os achados e as intervenções realizadas à vítima pelo enfermeiro.

2. ÁREAS ENVOLVIDAS

SIV e Central de Regulação.

3. DEFINIÇÃO

São informações passadas de forma sistematizada e detalhada ao profissional da unidade de saúde sobre a vítima atendida pela equipe do SIV.

4. SIGLAS E ABREVIATURAS

MR: Médico Regulador;

SAMU: Serviço Atendimento Móvel de Urgência;

SIV: Suporte Intermediário de Vida.

5. PROCEDIMENTOS E RESPONSABILIDADES

O enfermeiro deve passar o caso para o enfermeiro/médico que recebe a vítima na seguinte sequência:

- Nome da vítima e idade aproximada;
- Causa e/ou motivo do atendimento;
- Mecanismo e energia envolvida;
- Problemas identificados na avaliação primária e tratamento instituído;
- Problemas identificados na avaliação secundária e procedimentos realizados;
- Parâmetros hemodinâmicos e neurológicos avaliados;
- Dados relevantes no SAMPLER (mnemônico realizado na avaliação secundária da vítima);
- Presença ou ausência de familiar/acompanhante com a vítima.

6. FLUXOGRAMA

Não há.

7. REFERÊNCIAS CONSULTADAS

- Protocolo de Atendimento Pré-Hospitalar: Suporte Intermediário de Vida. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde – SAMU, 2014; 4ª. Edição. 112 p.

8. CONTROLE DE REVISÕES

Revisão	Data	Motivo da Alteração
05	24/01/2022	Atualização

9. ANEXO

Não há.

Elaboração	Revisão	Aprovação
Edna Barbosa da Silva	Julianna Letícia G. Cotrick Gomes	Máisa Ferreira dos Santos



SAMU
192

SÃO PAULO

PRÁTICAS AVANÇADAS DE ENFERMAGEM NO APH
SUORTE INTERMEDIÁRIO DE VIDA

ATENDIMENTO CLÍNICO

2022

PROCEDIMENTO CLÍNICO

SAMU SP 027

Revisão nº 05

Data emissão: 24/01/2022

Data próxima revisão: 24/01/2024

AVALIAÇÃO PRIMÁRIA E SECUNDÁRIA DA VÍTIMA COM AGRAVO CLÍNICO

1. OBJETIVO

Descrever para o enfermeiro a importância de seguir as etapas da avaliação primária e secundária, bem como, iniciar o tratamento imediato seguindo a ordem de prioridade das lesões com risco de morte identificadas.

2. ÁREAS ENVOLVIDAS

SIV e Central de Regulação.

3. DEFINIÇÃO

“A avaliação primária identifica as apresentações que ameaçam a vida e estabelece estratégias terapêuticas imediatas, e a avaliação secundária, consiste na realização da anamnese e exame físico que deve ser feita de maneira sequencial, da cabeça descendo aos pés (AMLS, 2017, p.9 e 22).”

4. SIGLAS E ABREVIATURAS

MR: Médico Regulador;

MV: Murmúrios Vesiculares;

RA: Ruídos Adventícios;

RCP: Reanimação Cardiopulmonar;

SAMU: Serviço Atendimento Móvel de Urgência;

SIV: Suporte Intermediário de Vida;

VA: Via Aérea.

5. PROCEDIMENTOS E RESPONSABILIDADES

Avaliação Primária

5.1. Responsivo (estímulo verbal e tátil)

- Pergunte o nome, o que aconteceu e onde está (localização, tempo e espaço);
- Avalie respiração (qualidade e frequência);
- Avalie circulação (pulso, pele e perfusão);

5.2. Não responsivo (mnemônico ABCD).

A - Avalie VA

Problemas encontrados e condutas

Obstrução de VA: realize técnicas de abertura da VA, aspire cavidade oral e aplique dispositivo se necessário.

B - Avalie respiração

- ✓ Inspeção: avalie frequência, simetria, qualidade da respiração (profunda ou superficial) e presença de lesões na parede torácica;
- ✓ Ausculta: identifique presença/ausência/diminuição de MV e presença de ruídos RA (estertores e sibilos);
- ✓ Palpação: identifique enfisema subcutâneo.

Problemas encontrados e condutas

- Ausência da respiração: protocolo PR.
- Na presença de respiração com FR > 28 ou < 10 mrpm, aspirar VAS S/N, inserir cânula orofaríngea de Guedel e ventilar com bolsa valva máscara 10 litros O₂/minuto. Solicite ao MR apoio do SAV.
- Na presença de respiração com FR < 28 ou > 10 mrpm, aspirar VAS S/N e instalar oxigenioterapia S/N.
- Na ausência de MV solicitar ao MR apoio SAV.

C - Avalie circulação

- ✓ Avalie pulso central e periférico (frequência, amplitude e ritmo).

Problemas encontrados e condutas

- Ausência de pulso central: protocolo RCP.
- Na presença de pulso central e ausência de pulso periférico: protocolo específico (choque).
- Na presença de arritmias: protocolo específico.

D - Avalie nível de consciência

- Realize Escala de Coma de Glasgow e avalie pupilas.

Problemas encontrados e condutas

Alteração da Escala de Glasgow e/ou alteração do diâmetro e fotorreação pupilar: liberação de VAS (conduta mnemônica **A**) e oxigenioterapia (conduta mnemônica **B**).

Avaliação Secundária

A avaliação secundária é dividida em: verificação de SSVV, história (SAMPLER) e exame físico detalhado.

1. Verificação dos sinais vitais

- Respiração (frequência e amplitude);
- Pulso (frequência, ritmo e amplitude);

- Pressão arterial;
- Pele (temperatura, cor e umidade).

1. SAMPLER

A entrevista poderá ser realizada com a vítima, familiar, ou pessoa próxima.

S - Sinais e Sintomas.

A – Alergia.

M – Medicamentos.

P - Passado Médico.

L - Líquidos e alimentos ingeridos.

E - Eventos precedentes.

R - Riscos (fatores).

Relatórios, exames de imagem, receitas recentes, caixa dos medicamentos e tudo que esteja relacionado com a doença atual, devem acompanhar a vítima a unidade de saúde.

2. Exame físico – deve ser feito de todos os segmentos do corpo, sendo importante quando associado com sinais e sintomas.

ATENÇÃO

A avaliação secundária não deve retardar o encaminhamento da vítima para unidade de saúde devendo ser realizada durante o deslocamento.

Avaliação complementar (realizado a qualquer momento)

- Saturação de O₂.
- Glicemia capilar.
- Escala de Cincinati.

6. FLUXOGRAMA

Sim.

7. REFERÊNCIAS CONSULTADAS

- AMLS: Atendimento Pré-Hospitalar às Emergências Clínicas/ Tradução Maria Esmene G. Comenale *et al.* 1ª edição. Rio de Janeiro: Editora Elsevier, 2017. 545 páginas.
- Protocolo de Atendimento Pré-Hospitalar: Suporte Intermediário de Vida. 4ª. Edição. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde – SAMU, 2014. 112 páginas.
- Velasco, IT, Brandão Neto, RA, Souza, HP, *et al.* Emergências Clínicas: Abordagem Prática 14ª Ed. Manole, Barueri-SP, 2020

8. CONTROLE DE REVISÕES

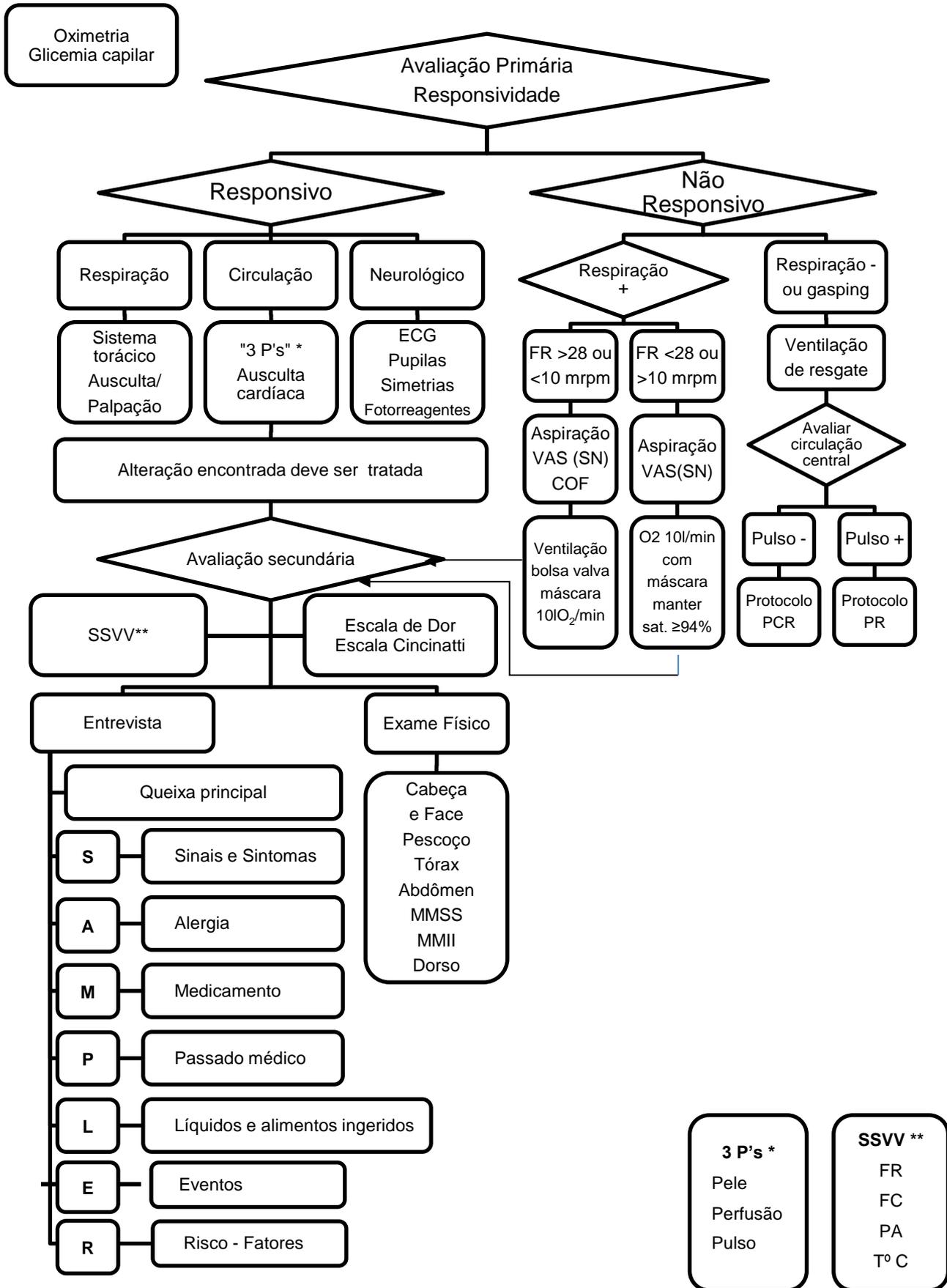
Revisão	Data	Motivo da Alteração
05	24/01/2022	Atualização

9. ANEXO

Não há.

Elaboração	Revisão	Aprovação
Cassia Oliveira Lopes Edna Barbosa da Silva	Julianna Letícia G. Cotrick Gomes	Maísa Ferreira dos Santos

FLUXOGRAMA AVALIAÇÃO PRIMÁRIA E SECUNDÁRIA



3 P's *
Pele
Perfusão
Pulso

SSV **
FR
FC
PA
T° C

PROCEDIMENTO CLÍNICO

SAMU SP 028

Revisão nº 05

Data emissão: 24/01/2022

Data próxima revisão: 24/01/2024

OVACE NO ADULTO

1. OBJETIVO

Descrever as características da vítima que apresenta obstrução total ou parcial das vias aéreas por corpo estranho e as manobras de desobstrução realizadas pelo enfermeiro.

2. ÁREAS ENVOLVIDAS

SIV e Central de Regulação.

3. DEFINIÇÃO

Obstrução de vias aéreas é causada pela presença de corpo estranho, geralmente localizado na laringe e/ou traqueia, classificada em obstrução parcial ou total.

4. SIGLAS E ABREVIATURAS

DDH: Decúbito Dorsal Horizontal;

DL: Decúbito Lateral;

MR: Médico Regulador;

SAMU: Serviço Atendimento Móvel de Urgência;

SAV: Suporte Avançado de Vida;

SIV: Suporte Intermediário de Vida.

5. PROCEDIMENTOS E RESPONSABILIDADES

Obstrução Leve

Vítima consegue falar.

- Não interfira, estimule-o a tossir.
- Se necessário, transporte-o sentado em posição confortável monitorando os sinais vitais.

Obstrução Grave

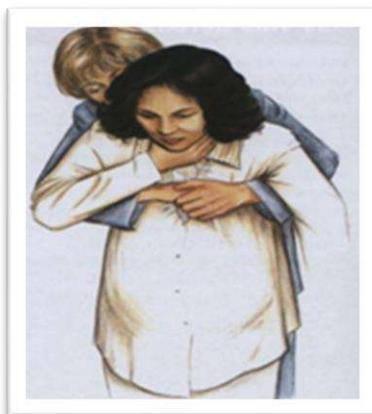
Vítima está consciente, porém, não consegue falar, não consegue tossir, ou apresenta tosse ineficiente.

- Realize a manobra de *Heimlich* para vítimas conscientes;

- O enfermeiro deve posicionar-se por trás da vítima envolvendo-a com seus braços à altura da cintura da vítima;
- Uma das mãos do enfermeiro deve estar fechada, com a face do polegar encostada na parede abdominal;
- A outra mão espalmada sobre a primeira, entre o processo xifoide e a cicatriz umbilical;
- Inicie as compressões para dentro e para cima;
- A manobra deve ser repetida até que ocorra a desobstrução ou a vítima se torne inconsciente.

ATENÇÃO

A compressão em vítimas obesas e gestantes do último trimestre deve ser realizada sobre o esterno entre os mamilos.



Vítima inconsciente

- Posicione a vítima em DDH em uma superfície rígida;
- Realize 30 compressões torácicas;
- Comunique ao MR sobre a condição da vítima;
- Solicite apoio da SAV;
- Abra as vias aéreas, avalie a cavidade oral, se visualizar o corpo estranho e o mesmo estiver acessível, remova-o com auxílio de uma pinça, ou com os dedos em pinça;
- Se nada encontrado, realize uma insuflação;
- Se o ar não passar ou o tórax não expandir, repositone a cabeça e insuflar novamente;
- Se o ar não passar, realize 30 compressões torácicas;
- Repita o ciclo de compressão e ventilação até que o corpo estranho seja expelido ou a via aérea se torne pérvia;
- Monitorize sinais vitais e saturação;
- Se, vias aéreas pérvias, mantenha em DL e se saturação < 94% oferte O₂ com máscara 10 litros minuto.

- Se, vias aéreas permanecer obstruída, informe o MR e siga em manobras para a unidade de saúde.

6. FLUXOGRAMA

Não há.

7. REFERÊNCIAS CONSULTADAS

- AMLS: Atendimento Pré-Hospitalar às Emergências Clínicas/ Tradução Maria Esmene G. Comenale *et al.* 1ª Edição. Rio de Janeiro: Editora Elsevier, 2017. 545 páginas.
- Protocolo de Atendimento Pré-Hospitalar: Suporte Intermediário de Vida. 4ª. Edição. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde – SAMU, 2014. 112 páginas.

8. CONTROLE DE REVISÕES

Revisão	Data	Motivo da Alteração
05	24/01/2022	Atualização

9. ANEXO

Não há.

Elaboração	Revisão	Aprovação
Cassia Oliveira Lopes Edna Barbosa da Silva	Julianna Letícia G. Cotrick Gomes	Maísa Ferreira dos Santos

PROCEDIMENTO CLÍNICO	SAMU SP 029	
Revisão nº 05	Data emissão: 24/01/2022	Data próxima revisão: 24/01/2024
PCR EM ADULTO e RCP		

1. OBJETIVO

Descrever os sinais que determinam a PCR e a atuação do enfermeiro na RCP.

2. ÁREAS ENVOLVIDAS

SIV, SAV, GRAU e Central de Regulação.

3. DEFINIÇÃO

A parada cardiorrespiratória (PCR) está confirmada com a inconsciência, ausência de expansibilidade torácica e ausência do pulso central. A reanimação deve ser iniciada de acordo com o protocolo da *American Heart Association*.

4. SIGLAS E ABREVIATURAS

AESP: Atividade Elétrica Sem Pulso;

DEA: Desfibrilador Externo Automático;

EV: Endovenosa;

FV: Fibrilação Ventricular;

GRAU: Grupo de Resgate e Atenção às Urgências;

IM: Intramuscular;

IO: Intraóssea;

MR: Médico Regulador;

PCR: Parada Cardiorrespiratória;

RCP: Reanimação Cardiopulmonar;

SAMU: Serviço Atendimento Móvel de Urgência;

SAV: Suporte Avançado de Vida;

SF: Soro Fisiológico;

SIV: Suporte Intermediário de Vida;

TV: Taquicardia Ventricular;

VA: Vias Aéreas.

5. PROCEDIMENTOS E RESPONSABILIDADES

Cuidados na realização das compressões torácicas

- ✓ Realize compressões com as mãos entrelaçadas;
- ✓ Comprima o tórax no mínimo de 5 a 6 cm de profundidade;
- ✓ Permita o completo retorno do tórax;
- ✓ Minimize as interrupções nas compressões;
- ✓ Mantenha frequência de 100/120 compressões por minuto;
- ✓ Mantenha a relação compressão/ventilação 30:2 por dois minutos;
- ✓ Solicite o revezamento do profissional que aplica a compressão a cada 2 minutos.

Medidas no atendimento

- Avalie responsividade;
- Verifique pulso carotídeo e confirme a PCR (afaste sinais de morte evidente);
- Deite a vítima em uma estrutura plana e rígida;
- Inicie as compressões/ventilação 30:2 por dois minutos;
- Solicite apoio SAV S/N;
- Abra via aérea com a inclinação da cabeça e elevação do mento (exceto, nas vítimas de traumas);
- Retire prótese frouxa/ solta, restos de alimentos e secreções;
- Utilize cânula orofaríngea de Guedel;
- Acople bolsa-valva-máscara na face da vítima;
- Evite escape de ar pela bolsa-valva-máscara durante a ventilação;
- Comprima a bolsa-valva-máscara em duração de 1 segundo;
- Ventile, mantendo sincronismo compressão/ventilação 30:2;
- Instale as pás do DEA;
- Ligue o aparelho;
- Durante a análise mantenha todos afastados;
- Siga a orientação sonora do DEA;
- Puncione acesso venoso com cateter n^o 18 ou IO;

➤ Realize monitorização cardíaca:

- ✓ **Ritmo AESP:** administre imediatamente epinefrina 01mg EV (01 ampola);
- ✓ **Ritmo Assistolia:** realize protocolo linha reta*, caso confirmado: administre imediatamente epinefrina 01mg EV (01 ampola);

*Atenção para correto diagnóstico de Assistolia

Realize Protocolo de Linha Reta

- ✓ Cheque a conexão dos eletrodos,
- ✓ Aumente o ganho do monitor cardíaco e,
- ✓ Cheque o ritmo em duas derivações contíguas.

- Administre flush de 10 ml de SF 0,9%, após infusão de epinefrina;
- Levante o membro após administrar o flush;
- Retorne compressão/ventilação 30:2 por dois minutos;
- Repita a administração de epinefrina cada 03 a 05 minutos, administrando SF 0,9% e elevando o membro;
- Instale máscara laríngea e faça 01 ventilação a cada 06 segundos, sem sincronismo;
- Após 02 ciclos de RCP e 02 dose de epinefrina, busque as causas reversíveis da PCR e fatores contribuintes (Fatores H e Fatores T)**

****Causas reversíveis**

Hipovolemia	Tóxicos
Hipóxia	Tamponamento cardíaco
Hidrogênio (ion): acidose	Tensão no tórax
Hiper/hipocalemia	Trombose coronária
Hipotermia	Tromboembolismo pulmonar

ATENÇÃO

Realize o deslocamento após terceiro ciclo na cena

- ✓ **Ritmo AESP/Assistolia evoluindo para ritmo chocável:**
- Realize 1º choque;

- Retorne manobras RCP imediatamente após o choque durante 2 minutos;
- Administre epinefrina 01 mg EV;
- Administre flush de 10 ml de SF 0,9%, após infusão de epinefrina;
- Levante o membro após administrar o flush;
- Manter compressão/ventilação por 2 minutos,
- Após 2º choque administrar amiodarona 300mg EV;
- Administre flush de 10 ml de SF 0,9%, após infusão de amiodarona;
- Levante o membro após administrar o flush;
- Retorne manobras RCP durante 2 minutos;
- Após 3º choque administre epinefrina 01 mg EV;
- Administre flush de 10 ml de SF 0,9%, após infusão de epinefrina;
- Levante o membro após administrar o flush;
- Mantenha compressão/ventilação por 2 minutos;
- Após o 4º choque administre amiodarona 150 mg EV.
 - ✓ **Ritmos FV/TV sem pulso:** choque imediato
- Manter compressão/ventilação por 2 minutos,
- Avalie, se ritmo chocável: administre choque;
- Administre epinefrina 01 mg EV, após o segundo choque;
- Administre flush de 10 ml de SF 0,9% após infusão do epinefrina;
- Levante o membro após administrar o flush;
- Estabeleça uma via aérea com dispositivo supraglótico, assim que possível;
- Faça uma ventilação a cada 6 segundos por dispositivo supraglótico;
- Mantenha compressão/ventilação por 2 minutos,
- Avalie se ritmo chocável: administre choque
- Administre 1ª dose amiodarona 300 mg EV, após o terceiro choque;
- Administre flush de 10 ml de SF 0,9%;
- Levante o membro após administrar o flush.
- Mantenha compressão/ventilação por 2 minutos.

ATENÇÃO

- ✓ Realize o deslocamento após terceiro ciclo na cena
- ✓ Durante o deslocamento continue com a sequência de atendimento do ritmo chocável
- ✓ Após 4º choque: administre adrenalina 01 mg EV.
- ✓ Após 5º choque: administre 2ª dose de amiodarona 150 mg.

- Na suspeita de intoxicação por opióide, administre naloxona 0,4 mg/ml IM imediatamente;
- Informe ao MR os procedimentos iniciados e a unidade de saúde mais próxima;
- Transporte para unidade de saúde.

ATENÇÃO

Casos de PCR em gestante, quando iniciar RCP em DDH realize manualmente o deslocamento lateral do útero para a esquerda.



Fonte: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/saude/circunstancias-especiais>

INTERRUPÇÃO DA RCP NA PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA

A RCP deve ser iniciada imediatamente sempre que não houver sinais de morte óbvia, entretanto, a sua interrupção se faz necessário quando o DEA indicar choque.

Critérios para suspender os esforços de RCP

- Retorno da circulação espontânea;
- Por ordem do médico regulador;
- SAV e/ou GRAU na cena;
- Constatação pelo médico no hospital de destino;
- Por exaustão da equipe;
- Cena insegura: condições ambientais, insalubres ou de agressão para a equipe.

REGRAS GERAIS PARA DESLOCAMENTO EM PCR

Cabe à regulação médica decidir se a equipe de SIV deve aguardar apoio do SAV ou fazer transporte imediato.

Regras gerais para deslocamento em RCP até a ambulância

- Planeje o deslocamento abrindo espaço suficiente para a maca;

- Realize o transporte sobre a prancha rígida posicionada na maca;
- Mantenha os cintos sem restringir a expansibilidade do tórax;
- Considere a melhor posição da vítima dentro de elevadores;
- Finalize o ciclo de 2 minutos antes de interromper;
- Retome a RCP entre um lance e outro quando necessitar usar escadas;
- Garanta segurança para o profissional que realiza as compressões durante deslocamento.

ATENDIMENTO DA VÍTIMA NO PERÍODO PÓS-PCR

Se houver retorno da circulação, considere os cuidados elencados abaixo para o transporte da vítima até o hospital.

- Mantenha monitorização dos parâmetros vitais;
- Mantenha VA pérvia, se necessário, insira cânula orofaríngea;
- Mantenha máscara de oxigênio 10 litros/minuto, se respiração espontânea;
- Observe frequência ventilatória de 10 a 12 litros/minutos, e caso menor de 10 ventilações/minutos avalie causa e intervenha;
- Mantenha os eletrodos do DEA no tórax da vítima;
- Realize glicemia capilar e corrija caso necessário;
- Na recorrência de PCR, reinicie as manobras;
- Evite hipotermia;
- Mantenha o protetor lateral imobilizando a cabeça da vítima;
- Mantenha a vítima presa com os tirantes.

6. FLUXOGRAMA

Sim.

7. REFERÊNCIAS CONSULTADAS

- AMLS: Atendimento Pré-Hospitalar às Emergências Clínicas/ Tradução Maria Esmene G. Comenale *et al.* 1ª edição. Rio de Janeiro: Editora Elsevier, 2017. 545 páginas.
- Protocolo de Atendimento Pré-Hospitalar: Suporte Intermediário de Vida. 4ª. Edição. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde – SAMU, 2014. 112 páginas.

8. CONTROLE DE REVISÕES

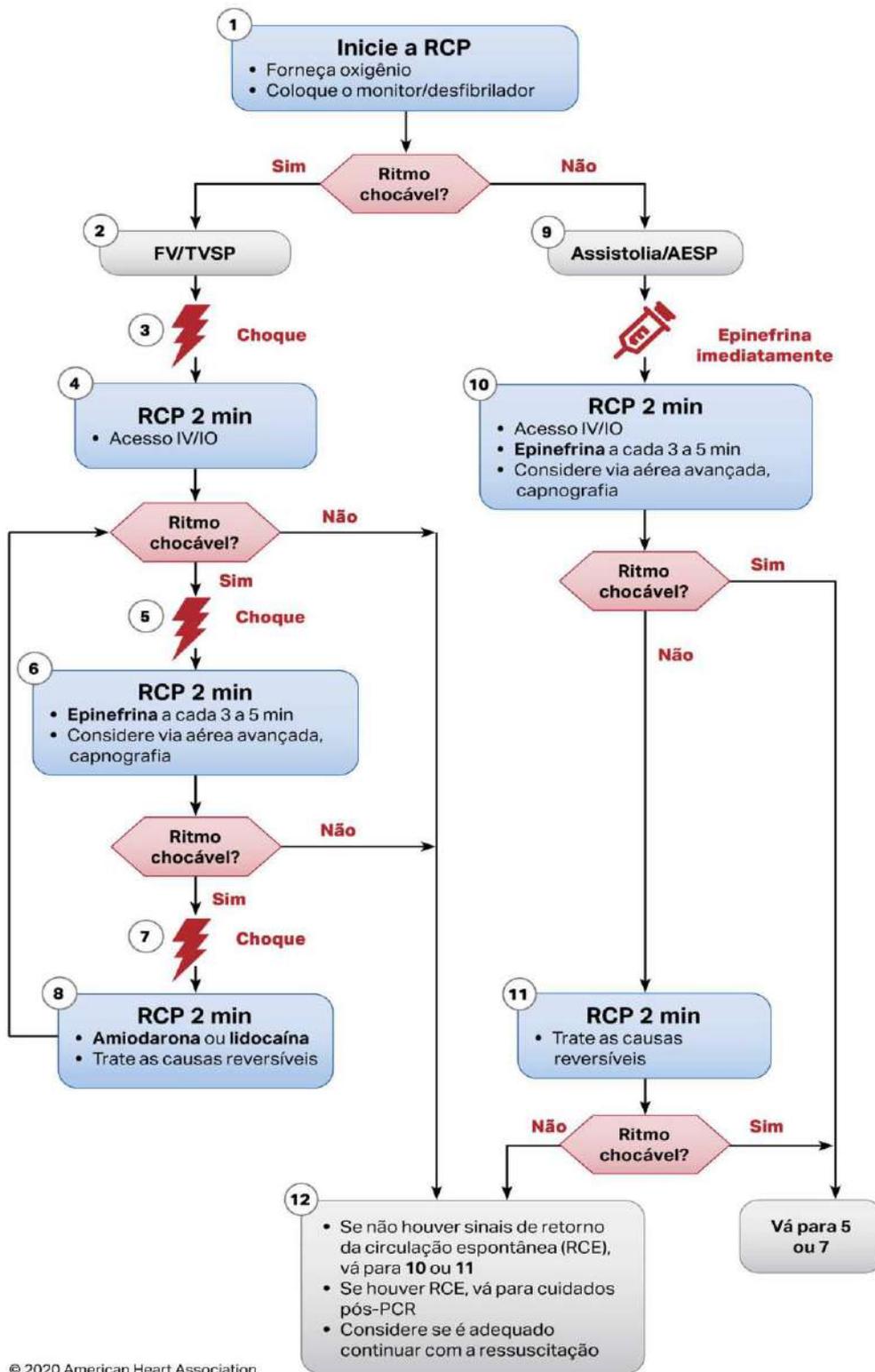
Revisão	Data	Motivo da Alteração
05	24/01/2022	Atualização

9. ANEXO

Não há.

Elaboração	Revisão	Aprovação
Edna Barbosa da Silva Cássia Oliveira Lopes	Julianna Letícia G. Cotrick Gomes	Maísa Ferreira dos Santos

FLUXOGRAMA DA RCP



Qualidade da RCP
<ul style="list-style-type: none"> • Comprima com força (pelo menos 5 cm) e rápido (100 a 120/min) e aguarde o retorno total do tórax. • Minimizar interrupções nas compressões. • Evite ventilação excessiva. • Alterne os responsáveis pelas compressões a cada 2 minutos ou antes, se houver cansaço. • Sem via aérea avançada, relação compressão-ventilação de 30:2. • Capnografia quantitativa com forma de onda <ul style="list-style-type: none"> – Se PETCO₂ estiver baixo ou caindo, reavaliar a qualidade da RCP
Carga do Choque para Desfibrilação
<ul style="list-style-type: none"> • Bifásica: Recomendação do fabricante (por exemplo, dose inicial de 120 a 200 J); se desconhecida, usar o máximo disponível. A segunda dose e as subsequentes devem ser equivalentes, podendo ser consideradas doses mais altas. • Monofásica: 360 J
Tratamento medicamentoso
<ul style="list-style-type: none"> • Dose IV/IO de epinefrina: 1 mg a cada 3 a 5 minutos • Dose IV/IO de amiodarona: Primeira dose: Bolus de 300 mg. Segunda dose: 150 mg ou • Dose IV/IO de lidocaína: Primeira dose: 1 a 1,5 mg/kg. Segunda dose: 0,5 a 0,75 mg/kg.
Via aérea avançada
<ul style="list-style-type: none"> • Intubação endotraqueal ou via aérea extraglottica avançada • Capnografia com forma de onda ou capnometria para confirmar e monitorar o posicionamento do tubo ET • Quando houver uma via aérea avançada, administre 1 ventilação a cada 6 segundos (10 ventilações/min) com compressões torácicas contínuas
Retorno da Circulação Espontânea (RCE)
<ul style="list-style-type: none"> • Pulso e pressão arterial • Aumento abrupto prolongado na PETCO₂ (tipicamente, ≥40 mmHg) • Ondas de pressão arterial espontânea com monitoramento intra-arterial
Causas reversíveis
<ul style="list-style-type: none"> • Hipovolemia • Hipóxia • Hidrogênio (acidemia) • Hipo/hipercalcemia • Hipotermia • Tensão do tórax por pneumotórax • Tamponamento, cardíaco • Toxinas • Trombose coronária • Trombose pulmonar

© 2020 American Heart Association

PROCEDIMENTO CLÍNICO

SAMU SP 030

Revisão nº 05

Data emissão: 24/01/2022

Data próxima revisão: 24/01/2024

INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA

1. OBJETIVO

Descrever sinais, sintomas e tratamento da vítima com insuficiência respiratória.

2. ÁREAS ENVOLVIDAS

SIV, Central de Regulação e Unidade de Saúde.

3. DEFINIÇÃO

A insuficiência respiratória pode ser definida como a condição clínica na qual o sistema respiratório não consegue manter os valores da pressão arterial de oxigênio e/ou de gás carbônico dentro dos limites da normalidade, para determinada demanda metabólica.

4. SIGLAS E ABREVIATURAS

MR: Médico Regulador;

PMV: Para Manter Veia;

SAMU: Serviço Atendimento Móvel de Urgência;

SIV: Suporte Intermediário de Vida;

SF: Soro Fisiológico.

5. PROCEDIMENTOS E RESPONSABILIDADES

A insuficiência respiratória é representada pelo quadro de taquipneia, alterações na ausculta pulmonar, taquicardia, dispneia, cianose e manifestações neurológicas. Diferentes causas podem justificar esse quadro.

Medidas no atendimento

- Realize avaliação primária (ausculta pulmonar);
- Monitore sinais vitais e oximetria;
- Administre oxigênio por máscara 10 litros/minuto, se saturação < 94%;
- Mantenha decúbito elevado;
- Puncione acesso venoso e administre SF 0,9% 250 ml, pmv;

- Passe o caso para o MR;
- Aguarde orientação quanto à unidade de saúde;
- Transporte à vítima em decúbito elevado.

6. FLUXOGRAMA

Não há.

7. REFERÊNCIAS CONSULTADAS

- AMLS: Atendimento Pré-Hospitalar às Emergências Clínicas/ Tradução Maria Esmene G. Comenale *et al.* 1ª edição. Rio de Janeiro: Editora Elsevier, 2017. 545 páginas.
- Pádua AI; Alvares F & Martinez Jab. Insuficiência respiratória. *Medicina*, Ribeirão Preto, 36: 205-213, abr./dez. 2003. Disponível em <<https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/549/549>> Acesso em 20/05/2020.
- Protocolo de Atendimento Pré-Hospitalar: Suporte Intermediário de Vida. 4ª. Edição. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde – SAMU, 2014. 112 páginas.
- Velasco, IT, Brandão Neto, RA, Souza, HP *et al.* Emergências Clínicas: Abordagem Prática 14ª Ed, Manole, Barueri-SP, 2020

8. CONTROLE DE REVISÕES

Revisão	Data	Motivo da Alteração
05	24/01/2022	Atualização

9. ANEXO

Não há.

Elaboração	Revisão	Aprovação
Edna Barbosa da Silva	Julianna Letícia G. Cotrick Gomes	Máisa Ferreira dos Santos

PROCEDIMENTO CLÍNICO

SAMU SP 031

Revisão nº 05

Data emissão: 24/01/2022

Data próxima revisão: 24/01/2024

EXACERBAÇÃO DE ASMA

1. OBJETIVO

Descrever os sinais, sintomas e tratamento à vítima com asma grave.

2. ÁREAS ENVOLVIDAS

SIV, Central de Regulação e Unidade de Saúde.

3. DEFINIÇÃO

Asma é uma doença pulmonar inflamatória crônica promovendo a contração da musculatura lisa resultando em estreitamento brônquico e sibilos associados. Sua exacerbação pode levar a vítima a PR/PCR.

4. SIGLAS E ABREVIATURAS

AVP: Acesso Venoso Periférico;

MR: Médico Regulador;

PCR: Parada Cardiorrespiratória;

PMV: Para Manter Veia;

PR: Parada Respiratória;

SAMU: Serviço Atendimento Móvel de Urgência;

SIV: Suporte Intermediário de Vida.

5. PROCEDIMENTOS E RESPONSABILIDADES

Vítima com histórico de asma, ausculta com sibilos, presença de tosse, dispneia ou taquipneia, com uso da musculatura acessória, cianose, sudorese e alteração de nível de consciência.

Medidas no atendimento

➤ Mantenha a vítima em decúbito elevado;

➤ Realize avaliação primária;

✓ Ausculte sons respiratórios:

- ✓ Administre Salbutamol nas vítimas que se encontram em crise, e que não fizeram uso do bronco dilatador no dia: Inicie com 200mcg (02 puff), após 20 minutos caso não haja melhora utilize mais 200 mcg (02 puff).

ATENÇÃO

Antes de usar o espaçador, libere 01 jato do medicamento.

- ✓ Alternativa: Na ausência de Salbutamol aerossol e/ou espaçador, realize inalação com Fenoterol (Adultos: 10 gotas diluídas em 4 a 5 ml de SF 0,9% com oxigênio 6 litros/minuto);
- ✓ Nas crises graves: associe Brometo de Ipratrópio: 40 gotas na inalação com Fenoterol.

ATENÇÃO

Água destilada não deve ser utilizada como veículo nas nebulizações devido ao risco de agravamento.

- ✓ Inicie o transporte imediato da vítima durante a 1ª inalação.
- ✓ Após 20 minutos se vítima apresentar saturação < 94 %, realize 2ª inalação.
- Monitore sinais vitais e saturação;
- Instale oxigênio por máscara 10 litros/minuto, se saturação < 94%;
- Puncione AVP e instale SF 0,9% 250 ml, pmv;
- Passe o caso para o MR;
- Transporte para a unidade de saúde, conforme orientação do MR.
- Transporte à vítima em decúbito elevado.

6. FLUXOGRAMA

Sim.

7. REFERÊNCIAS CONSULTADAS

- AMLS: Atendimento Pré-Hospitalar às Emergências Clínicas/ Tradução Maria Esmene G. Comenale *et al.* 1ª edição. Rio de Janeiro: Editora Elsevier, 2017. 545 páginas.
- Protocolo de Atendimento Pré-Hospitalar: Suporte Intermediário de Vida. 4ª. Edição. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde – SAMU, 2014. 112 páginas.

8. CONTROLE DE REVISÕES

Revisão	Data	Motivo da Alteração
05	24/01/2022	Atualização

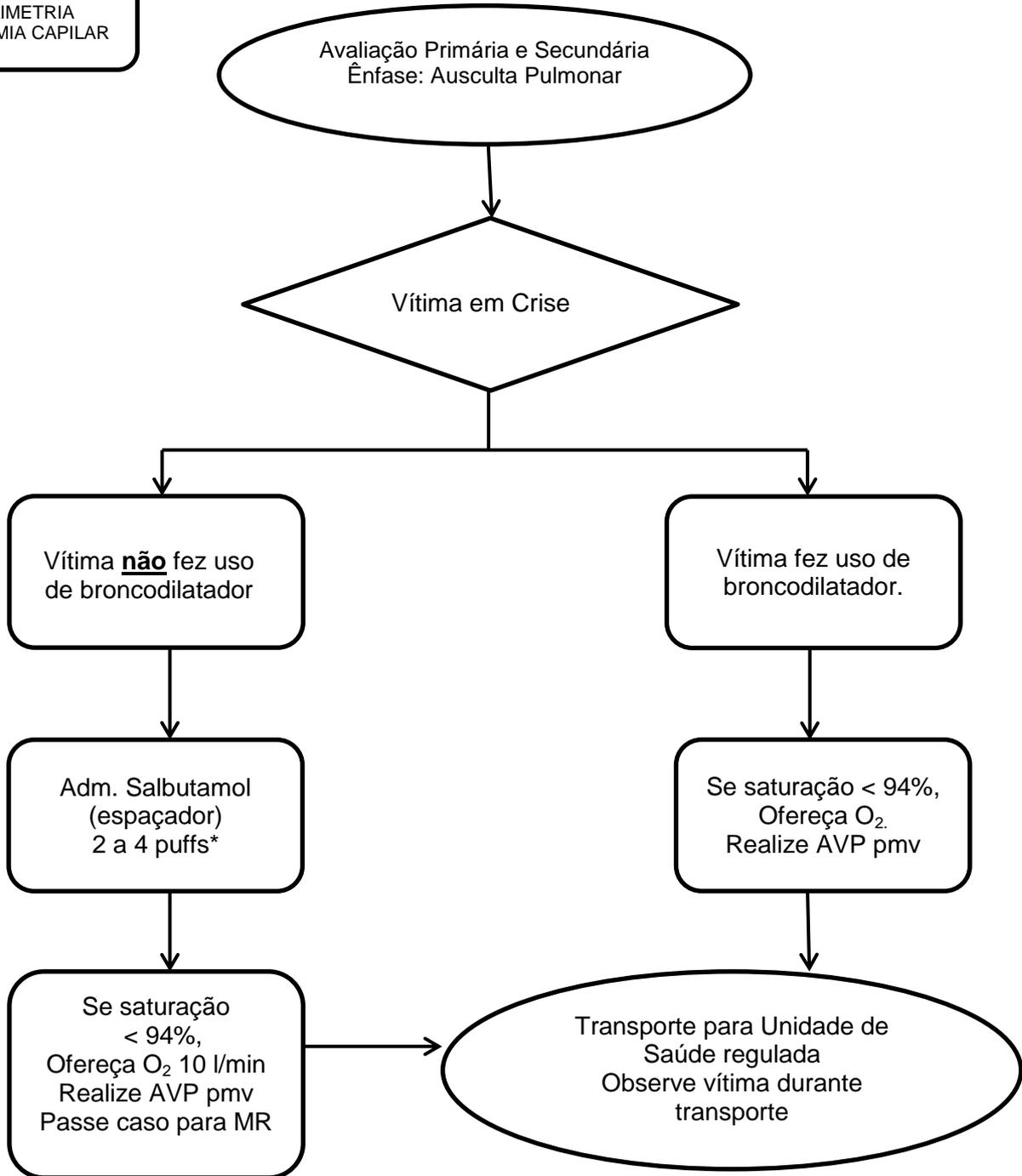
9. ANEXO.

Não há

Elaboração	Revisão	Aprovação
Cassia Oliveira Lopes Edna Barbosa da Silva	Julianna Letícia G. Cotrick Gomes	Maísa Ferreira dos Santos

FLUXOGRAMA VÍTIMA COM CRISE ASMÁTICA

SSVV
OXIMETRIA
GLICEMIA CAPILAR



Lembre-se

*Entre um puff e outro respeite 30 segundos de intervalo, realizando todos os jatos durante a inspiração da vítima.

Caso Ausência de Salbutamol: 1ª Inalação: Fenoterol 10 gotas com SF 0,9% 5 ml, e se crise exacerbada 2ª inalação: Ipratrópio 40 gotas após 20 minutos da primeira.

PROCEDIMENTO CLÍNICO

SAMU SP 032

Revisão nº 05

Data emissão: 24/01/2022

Data próxima revisão: 24/01/2024

EXACERBAÇÃO DA DPOC

1. OBJETIVO

Descrever sinais, sintomas e tratamento da vítima com DPOC.

2. ÁREAS ENVOLVIDAS

SIV, Central de Regulação e Unidade de Saúde.

3. DEFINIÇÃO

A DPOC é uma “obstrução ao fluxo de ar causado por bronquite crônica ou perda de área de superfície alveolar associada a enfisema. Ela se caracteriza por sibilos e edema de vias aéreas e, ainda que o mecanismo seja um pouco diferente da asma, ambas as doenças causam retenção de ar nos pulmões” (NAEMT, 2017, p.84).

4. SIGLAS E ABREVIATURAS

DPOC: Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica;

MR: Médico Regulador;

PMV: Para Manter Veia;

SAMU: Serviço Atendimento Móvel de Urgência;

SF: Soro Fisiológico;

SIV: Suporte Intermediário de Vida.

5. PROCEDIMENTOS E RESPONSABILIDADES

Vítima com histórico de DPOC e instabilidade hemodinâmica, com uso da musculatura acessória, apresentando movimentos paradoxais da parede torácica, edema periférico, cianose central, alteração do nível de consciência e saturação < 88%, confirmam a favor da gravidade.

Medidas no atendimento

- Mantenha a vítima em decúbito elevado;
- Realize avaliação primária;
 - ✓ Ausculta sons respiratórios:

- ✓ Administre Salbutamol nas vítimas que se encontram em crise, e que não fizeram uso do broncodilatador no dia: Inicie com 200mcg (02 puff), após 20 minutos caso não haja melhora utilize mais 200 mcg (02 puff).

ATENÇÃO

Antes de usar o espaçador, libere 01 jato do medicamento.

- ✓ Alternativa: Na ausência de Salbutamol aerossol e/ou espaçador, realize inalação com Fenoterol (Adultos: 10 gotas diluídas em 4 a 5 ml de SF 0,9% com oxigênio 6 litros/minuto);
- ✓ Nas crises graves: associe Brometo de Ipratrópio: 40 gotas na inalação com Fenoterol.

ATENÇÃO

Água destilada não deve ser utilizada como veículo nas nebulizações devido ao risco de agravamento.

- ✓ Inicie o transporte imediato da vítima durante a 1ª inalação.
- ✓ Após 20 minutos se vítima apresentar saturação < 88 %, realize 2ª inalação.
- Monitore sinais vitais e saturação;
- Instale cateter de oxigênio de 1 a 6 litros/minuto, se saturação < 88%;
- Mantenha a vítima em decúbito elevado;
- Puncione AVP e administre SF 0,9% 250 ml, pmv;
- Passe o caso para o MR;
- Transporte para a unidade de saúde conforme orientação do MR;
- Transporte à vítima em decúbito elevado.

6. FLUXOGRAMA

Sim.

7. REFERÊNCIAS CONSULTADAS

- AMLS: Atendimento Pré-Hospitalar às Emergências Clínicas/ Tradução Maria Esmene G. Comenale *et al.* 1ª edição. Rio de Janeiro: Editora Elsevier, 2017. 545 páginas.
- Protocolo de Atendimento Pré-Hospitalar: Suporte Intermediário de Vida. 4ª. Edição. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde – SAMU, 2014. 112 páginas.
- Velasco, IT, Brandão Neto, RA, Souza, H Petall. Emergências Clínicas: Abordagem Prática 14ª Ed, Manole, Barueri-SP, 2020.
- <https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2018/11/GOLD-2019-v1.7-FINAL-14Nov2018-WMS.pdf>

8. CONTROLE DE REVISÕES

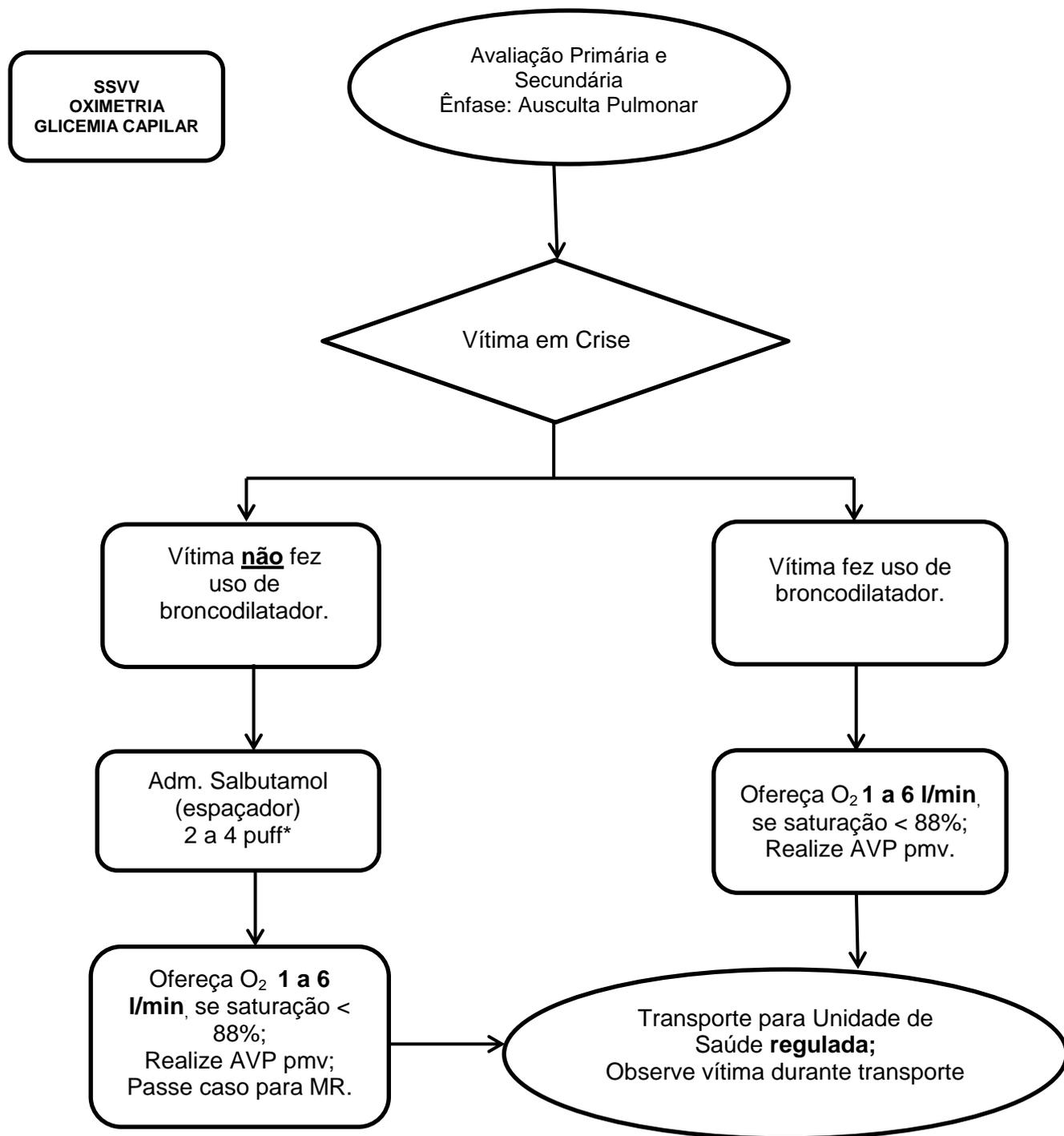
Revisão	Data	Motivo da Alteração
05	24/01/2022	Atualização

9. ANEXO

Não há.

Elaboração	Revisão	Aprovação
Cassia Oliveira Lopes Edna Barbosa da Silva	Julianna Letícia G. Cotrick Gomes.	Maísa Ferreira dos Santos

FLUXOGRAMA
VÍTIMA COM DPOC e BRONCOESPASMO SEVERO



Lembre-se

*Entre um puff e outro respeite 30 segundos de intervalo, realizando todos os jatos durante a inspiração da vítima.

Caso Ausência de Salbutamol: 1ª Inalação: Fenoterol 10 gotas com SF 0,9% 5 ml, e se crise exacerbada 2ª inalação: Ipratrópio 40 gotas após 20 minutos da primeira.

PROCEDIMENTO CLÍNICO

SAMU SP 033

Revisão nº 05

Data emissão: 24/01/2022

Data próxima revisão: 24/01/2024

DESCONFORTO TORÁCICO

1. OBJETIVO

Descrever sinais, sintomas e tratamento da vítima com desconforto torácico.

2. ÁREAS ENVOLVIDAS

SIV, Central de Regulação e Unidade de Saúde.

3. DEFINIÇÃO

Dor torácica caracterizada pelas seguintes manifestações: desconforto retroesternal difusa, precordial, epigástrica, abdominal, com irradiação para dorso, pescoço, ombro, mandíbula e membros superiores, principalmente o esquerdo, acompanhada de náuseas, vômito, sudorese fria, dispneia, ansiedade e sensação de morte com antecedentes de angina, devem ser interpretadas como de origem cardíaca.

4. SIGLAS E ABREVIATURAS

AAS: Ácido Acetilsalicílico;

IAM: Infarto Agudo do Miocárdio;

MR: Médico Regulador;

PMV: Para Manter Veia;

SAMU: Serviço Atendimento Móvel de Urgência;

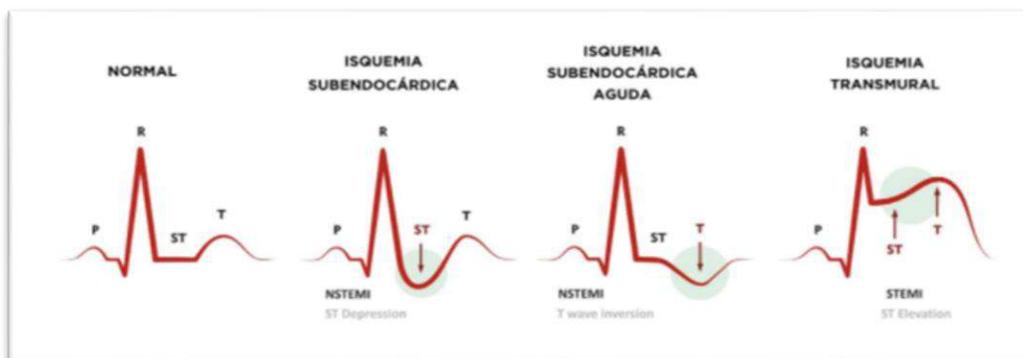
SIV: Suporte Intermediário de Vida;

SF: Soro Fisiológico;

VO: Via Oral.

5. PROCEDIMENTOS E RESPONSABILIDADES

- Realize avaliação primária e intervenha conforme achados;
- Mantenha a vítima em repouso;
- Realize monitorização cardíaca, oximetria e sinais vitais;
- Identifique traçado compatível com alteração do segmento ST;



Fonte: <https://blog.curem.com.br/topicos/cardiologia/avaliacao-do-eletrocardiograma-na-sindrome-coronariana-aguda-com-supradesnivelamento-de-st/> Acesso em 05/01/2022

- Administre oxigênio até 06 litros/minuto por catéter nasal, se saturação < 90%;
- Avalie possível contra indicação para administração de AAS (alergia, úlcera gástrica, alteração plaquetária, insuficiência renal e/ou hepática);
- Administre AAS 300mg VO (peça para mastigar);
- Puncione acesso venoso e administre SF 0,9% 250 ml, pmv;
- Realize avaliação secundária com ênfase no histórico familiar e fatores preditores como: doença cardíaca, angina / IAM, tabagismo, hipertensão e uso de alguma droga nas últimas 12hs;
- Passe o caso para o MR;
- Aguarde orientação quanto à unidade de saúde com serviço de hemodinâmica;
- Oriente o condutor a manter sirene desligada durante o transporte, evitando stress para a vítima.

6. FLUXOGRAMA

Sim.

7. REFERÊNCIAS CONSULTADAS

- AMLS: Atendimento Pré-Hospitalar às Emergências Clínicas/ Tradução Maria Esmene G. Comenale et al. 1ª edição. Rio de Janeiro: Editora Elsevier, 2017. 545 páginas.
- Nicolau, JC, Mathias Junior, W. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Angina Instável e Infarto Agudo do Miocárdio sem Supradesnível do Segmento ST – 2021. Diretrizes. Arq. Bras. Cardiologia. 117 Volume 01. Julho 2021. Disponível em <https://www.scielo.br/j/abc/a/QvqxLFycJhLvNGFzPhsbZPF/#> Acesso em 23/11/2021.
- Protocolo de Atendimento Pré-Hospitalar: Suporte Intermediário de Vida. 4ª. Edição. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde – SAMU, 2014. 112 páginas.
- Velasco, IT, Brandão Neto, RA, Souza, HP et al. Emergências Clínicas: Abordagem Prática 14ª Ed, Manole, Barueri-SP, 2020.

8. CONTROLE DE REVISÕES

Revisão	Data	Motivo da Alteração
05	24/01/2022	Atualização

9. ANEXO

Não há.

Elaboração	Revisão	Aprovação
Cassia Oliveira Lopes Edna Barbosa da Silva	Julianna Letícia G. Cotrick Gomes	Maísa Ferreira dos Santos

FLUXOGRAMA
VÍTIMA COM DESCONFORTO TORÁCICO

SSVV
OXIMETRIA
GLICEMIA CAPILAR

Avaliação
Primária e Secundária

Vítima com desconforto torácico.

Contra indicação
AAS
Alergia,
Sangramento
gastrointestinal,
insuficiência
renal/hepática e
distúrbios de
coagulação.

Oferte O₂: 01 a 06 l/min,
se saturação < 90%;
Realize monitorização cardíaca:
verifique alteração ST;
Administre AAS 300mg mastigado;
Manter AVP pmv.

Mantenha em decúbito elevado;
Não permita que faça mínimo esforço;
Passe caso MR;
Oriente condução da vítima ate
Unidade de Saúde sem estresse.

Transporte para Unidade de Saúde;
Observe vítima durante transporte.

Lembre-se

O encaminhamento para unidade de saúde de referência para esta vítima poderá salvá-la.

PROCEDIMENTO CLÍNICO	SAMU SP 034	
Revisão nº 05	Data emissão: 24/01/2022	Data próxima revisão: 24/01/2024
BRADIARRITMIAS		

1. OBJETIVO

Descrever sinais, sintomas e tratamento da vítima com bradiarritmia.

2. ÁREAS ENVOLVIDAS

SIV, Central de Regulação e Unidade de Saúde.

3. DEFINIÇÃO

São arritmias com frequência cardíaca abaixo de 50 bpm, onde se observa bloqueios do estímulo cardíaco originados dos átrios para os ventrículos. A presença de sinais e sintomas como pressão arterial baixa, edema e congestão pulmonar, desconforto no peito, dispneia, tonturas, e/ou confusão são determinantes para avaliação da gravidade e atendimento a vítima.

4. SIGLAS E ABREVIATURAS

DM: Diabetes Mellitus;

MR: Médico Regulador;

PMV: Para Manter Veia;

SAMU: Serviço Atendimento Móvel de Urgência;

SAV: Suporte Avançado de Vida;

SIV: Suporte Intermediário de Vida.

5. PROCEDIMENTOS E RESPONSABILIDADES

- Realize avaliação primária e intervenha caso necessário;
- Monitore sinais vitais e saturação;
- Observe instabilidade hemodinâmica: dispneia, alteração na Escala de Coma de Glasgow, edema /congestão pulmonar, dor torácica, sudorese, fraqueza, síncope, tonturas e vertigens;
- Administre oxigênio por catéter até 06 litros/minuto, se saturação < 90%;
- Monitorize a vítima e observe traçado:

- ✓ Ritmo sinusal com frequência cardíaca abaixo de 50 batimentos por minuto. Comunique MR e transporte para unidade de saúde de referência.



Fonte: <https://www.youtube.com/watch?v=V0D4CiFjp3U>

- ✓ Ondas P normais seguidas de complexos QRS, mas com intervalo P-R aumentado e regular. Comunique MR e transporte para unidade de saúde de referência.



Fonte: <https://www.youtube.com/watch?v=6Writg9Njvw>

- ✓ Ondas P presentes que posteriormente não produzem o complexo QRS. O intervalo P-R prolonga sucessivamente e ocorre o bloqueio do QRS. Solicite apoio SAV.



INTERVALO P-R PROLONGADO: "Avisando o bloqueio"

BLOQUEIO QRS

Fonte: <https://www.youtube.com/watch?v=7XwysOpRugM&t=1587s>

- ✓ Ondas P bloqueia o complexo QRS sem aviso prévio. Solicite Apoio SAV.



BLOQUEIO QRS

INTERVALO P-R NORMAL

BLOQUEIO QRS

Fonte: <https://www.youtube.com/watch?v=7XwysOpRugM&t=1587s>

- ✓ Ondas P independentes do QRS. Solicite apoio SAV

**DISSOCIAÇÃO
ENTRE ONDA P
E QRS**



**ONDA P EM
QUALQUER
MOMENTO**

Fonte: <https://www.youtube.com/watch?v=7XwysOpRugM&t=1587s>

ATENÇÃO

- ✓ Ao identificar um ritmo bradicárdico irregular comunicar MR.
- ✓ A identificação das bradiarritmias justifica a solicitação de apoio do SAV, para instituir tratamento medicamentoso e/ou colocação de marcapasso transcutâneo.

- Avalie glicemia capilar;
- Puncione acesso venoso e administre SF 0,9% 250 ml, pmv;
- Trate hipoglicemia conforme protocolo S/N;
- Realize avaliação secundária com foco em doenças cardíacas, tabagismo, DM, hipotireoidismo e uso de drogas;
- Passe o caso para o MR;
- Transporte para a unidade de saúde segundo orientação MR;
- Oriente o condutor a manter sirene desligada durante o transporte, evitando stress para a vítima.

6. FLUXOGRAMA

Não há.

7. REFERÊNCIAS CONSULTADAS

- AMLS: Atendimento Pré-Hospitalar às Emergências Clínicas/ Tradução Maria Esmene G. Comenale *et al.* 1ª edição. Rio de Janeiro: Editora Elsevier, 2017. 545 páginas.
- Friedmann, A.A, Grindler, J, Oliveira, C.A.R. Diagnóstico diferencial no eletrocardiograma. Editora Manole. 2007.
- Pastore, CA, Pinho, JA, Pinho, C, *et al.* III Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre análise e emissão de laudos eletrocardiográficos. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. 2016; 106(4 Supl.1):1-23.
- Protocolo de Atendimento Pré-Hospitalar: Suporte Intermediário de Vida. 4ª. Edição. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde – SAMU, 2014. 112 páginas.
- Tranchesí, J. Eletrocardiograma normal e patológico. Noções de vectorcardiografia. 5ª edição. Atheneu. São Paulo, 1975.

- Velasco, IT, Brandão Neto, RA, Souza, HP *et al.* Emergências Clínicas: Abordagem Prática 14ª Ed, Manole, Barueri-SP, 2020.
- <https://www.einstein.br/especialidades/cardiologia/doencas-sintomas/bradiarritmias#:~:text=S%C3%A3o%20arritmias%20que%20cursam%20com,o%20n%C3%ADvel%20de%20esfor%C3%A7o%20f%C3%ADsico>.

8. CONTROLE DE REVISÕES

Revisão	Data	Motivo da Alteração
05	24/01/2022	Atualização

9. ANEXO

Não há

Elaboração	Revisão	Aprovação
Cassia Oliveira Lopes Edna Barbosa da Silva	Julianna Letícia G. Cotrick Gomes	Máisa Ferreira dos Santos

PROCEDIMENTO CLÍNICO

SAMU SP 035

Revisão nº 05

Data emissão: 24/01/2022

Data próxima revisão: 24/01/2024

TAQUIARRITMIAS

1. OBJETIVO

Descrever sinais, sintomas e o tratamento da vítima com taquiarritmia.

2. ÁREAS ENVOLVIDAS

SIV, Central de Regulação e Unidade de Saúde.

3. DEFINIÇÃO

Taquiarritmia é definida como alteração do ritmo cardíaco caracteriza por frequência cardíaca superior a 100 batimentos por minuto.

4. SIGLAS E ABREVIATURAS

DEA: Desfibrilador Externo Automático;

MR: Médico Regulador;

PMV: Para Manter Veia;

SAMU: Serviço Atendimento Móvel de Urgência;

SAV: Suporte Avançado de Vida;

SIV: Suporte Intermediário de Vida.

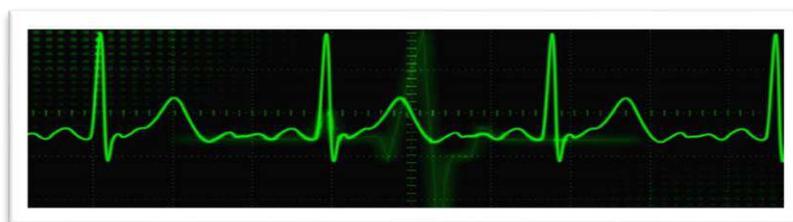
5. PROCEDIMENTOS E RESPONSABILIDADES

- Realize avaliação primária e intervenha caso necessário;
- Monitore sinais vitais e oximetria;
- Observe instabilidade hemodinâmica: dispneia, alteração de Escala de Glasgow, edema pulmonar / congestão, dor torácica, sudorese, fraqueza, tonturas e vertigens.
- Administre oxigênio por máscara, se saturação < 94%;
- Monitorize a vítima e verifique ritmo cardíaco:
 - ✓ Se vítima instável e QRS estreito, com ritmo regular: Solicite apoio SAV.



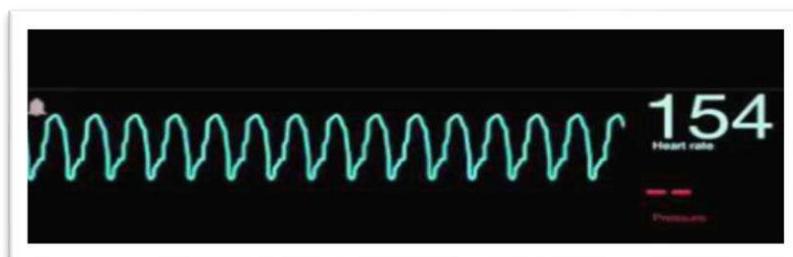
Fonte: <https://www.youtube.com/watch?v=kq72vB4hM1w>

- ✓ Se vítima instável e QRS estreito, com ritmo irregular: Solicite apoio SAV.



Fonte <https://ichi.pro/pt/deteccao-automatica-de-fibrilacao-atrial-em-eletrocardiogramas-ambulatoriais-usando-uma-rede-neural-profunda-104753831694034>

- ✓ Se vítima instável com pulso e QRS largo, FC > 100 bpm: solicite apoio SAV.



Fonte <https://br.pinterest.com/pin/481040803949704921/>

- ✓ Se vítima instável sem pulso e QRS largo, FC > 100 bpm: inicie RCP (DEA).



Fonte: <https://br.pinterest.com/pin/481040803949704921/>

ATENÇÃO

A identificação das taquiarritmias justifica a solicitação de apoio do SAV, para instituir tratamento medicamentoso e/ou cardioversão elétrica.

- Avalie glicemia capilar;

- Puncione acesso venoso e administre SF 0,9% 250 ml, pmv;
- Trate hipoglicemia, conforme protocolo institucional S/N;
- Passe o caso para o MR;
- Oriente o condutor a manter sirene desligada durante o transporte, evitando stress para a vítima.

6. FLUXOGRAMA

Não há.

7. REFERÊNCIAS CONSULTADAS

- AMLS: Atendimento Pré-Hospitalar às Emergências Clínicas/ Tradução Maria Esmene G. Comenale *et al.* 1ª edição. Rio de Janeiro: Editora Elsevier, 2017. 545 páginas.
- Friedmann, A.A, Grindler, J. Oliveira, C.A.R. Diagnóstico diferencial no eletrocardiograma. Editora Manole. 2007.
- Pastore, CA, Pinho, JA, Pinho, C, *et al.* III Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre análise e emissão de laudos eletrocardiográficos. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. 2016; 106(4 Supl.1):1-23.
- Protocolo de Atendimento Pré-Hospitalar: Suporte Intermediário de Vida. 4ª. Edição. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde – SAMU, 2014. 112 páginas.
- Trancheski, J. Eletrocardiograma normal e patológico. Noções de vectorcardiografia. 5º edição. Atheneu. São Paulo, 1975.
- Velasco, IT, Brandão Neto, RA, Souza, HP *et al.* Emergências Clínicas: Abordagem Prática 14ª Ed, Manole, Barueri-SP, 2020.

8. CONTROLE DE REVISÕES

Revisão	Data	Motivo da Alteração
05	24/01/2022	Atualização

9. ANEXO

Não há.

Elaboração	Revisão	Aprovação
Cássia Oliveira Lopes Edna Barbosa da Silva	Julianna Letícia G. Cotrick Gomes	Maísa Ferreira dos Santos

PROCEDIMENTO CLÍNICO	SAMU SP 036	
Revisão nº 05	Data emissão: 24/01/2022	Data próxima revisão: 24/01/2024
EMERGÊNCIA HIPERTENSIVA		

1. OBJETIVO

Descrever sinais, sintomas e tratamento da vítima em emergência hipertensiva.

2. ÁREAS ENVOLVIDAS

SIV, Central de Regulação, Unidade de Saúde.

3. DEFINIÇÃO

Emergência Hipertensiva é definida pela elevação acentuada da PAS > 180 mmHg e PAD > 120 mmHg, com lesão aguda, ou piora da lesão crônica de órgão alvo, sendo mais frequente o edema agudo de pulmão e o acidente vascular encefálico.

4. SIGLAS E ABREVIATURAS

DM: Diabetes Mellitus;

HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica;

MR: Médico Regulador;

PAD: Pressão Arterial Diastólica;

PAS: Pressão Arterial Sistólica;

PMV: Para Manter Veia;

SAMU: Serviço Atendimento Móvel de Urgência;

SIV: Suporte Intermediário de Vida;

SF: Soro Fisiológico;

VO: Via Oral.

5. PROCEDIMENTOS E RESPONSABILIDADES

- Realize avaliação primária e intervenha conforme achados;
- Monitore sinais vitais e saturação;
- Avalie pressão arterial nos dois membros;

- Administre oxigênio por máscara, se saturação < 94%;
- Realize avaliação secundária com ênfase para histórico de HAS, DM, tabagismo, dislipidemia, doença renal e doença cardíaca;
- Mantenha decúbito elevado;
- Administre captopril 25 mg VO, se a vítima fizer uso de anti-hipertensivo e não tiver tomado no dia;
- Puncione acesso venoso e administre SF 0,9% 250 ml, pmv;
- Passe o caso para o MR;
- Transporte para a unidade de saúde segundo orientação do MR;
- Oriente o condutor a manter sirene desligada durante o transporte, evitando stress para a vítima.

6. FLUXOGRAMA

Sim.

7. REFERÊNCIAS CONSULTADAS

- AMLS: Atendimento Pré-Hospitalar às Emergências Clínicas/ Tradução Maria Esmene G. Comenale *et al.* 1ª edição. Rio de Janeiro: Editora Elsevier, 2017. 545 páginas.
- Protocolo de Atendimento Pré-Hospitalar: Suporte Intermediário de Vida. 4ª. Edição. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde – SAMU, 2014. 112 páginas.
- Velasco, IT, Brandão Neto, RA, Souza, HP *et al.* Emergências Clínicas: Abordagem Prática 14ª Ed, Manole, Barueri-SP, 2020.

8. CONTROLE DE REVISÕES

Revisão	Data	Motivo da Alteração
05	24/01/2022	Atualização

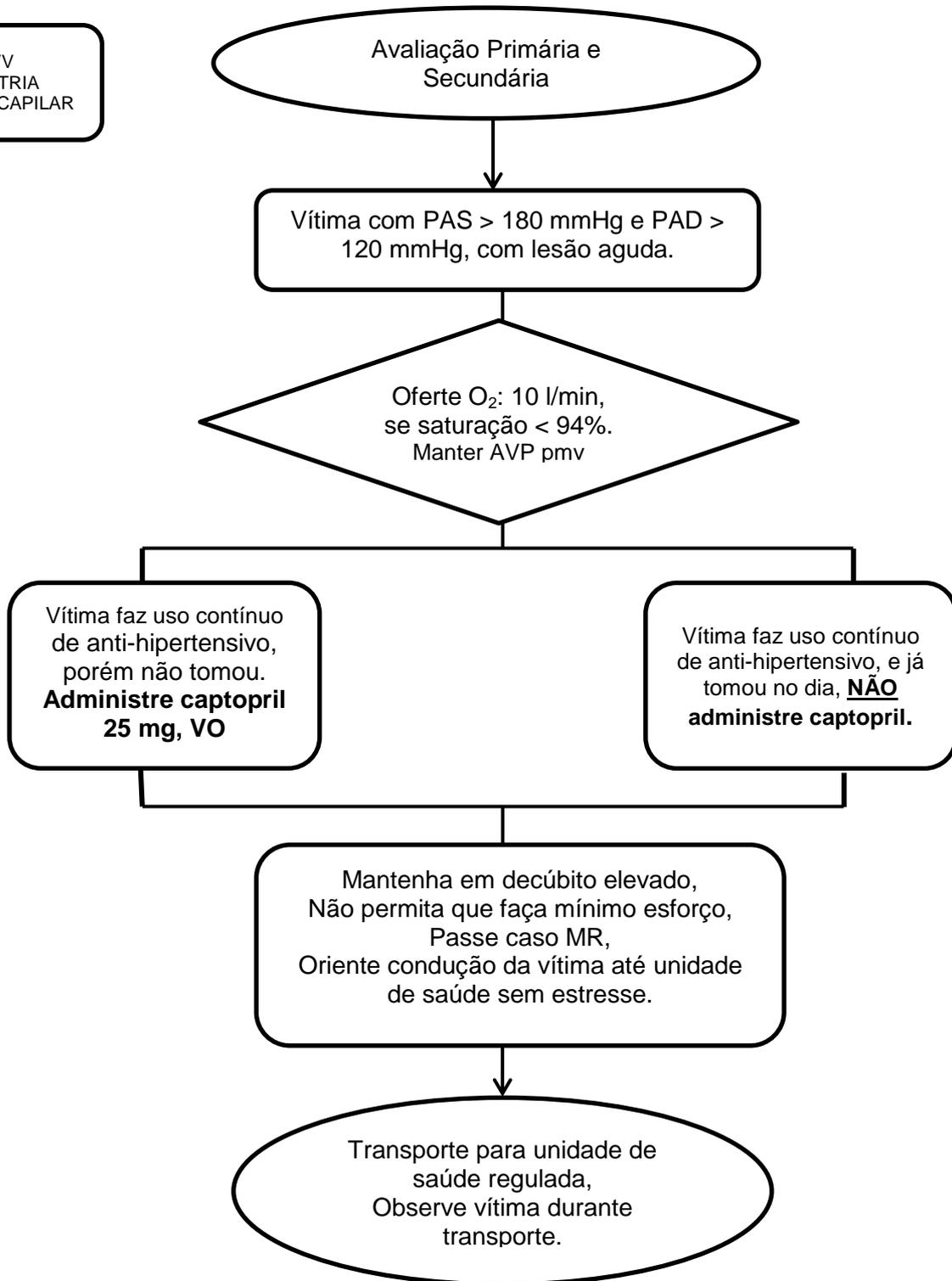
9. ANEXO

Não há

Elaboração	Revisão	Aprovação
Cassia Oliveira Lopes Edna Barbosa da Silva	Julianna Letícia G. Cotrick Gomes.	Maísa Ferreira dos Santos

FLUXOGRAMA
VÍTIMA EM EMERGÊNCIA HIPERTENSIVA

SSVV
OXIMETRIA
GLICEMIA CAPILAR



PROCEDIMENTO CLÍNICO

SAMU SP 037

Revisão nº 05

Data emissão: 24/01/2022

Data próxima revisão: 24/01/2024

HIPERGLICEMIA AGUDA

1. OBJETIVO

Descrever sinais, sintomas e o tratamento inicial da vítima com hiperglicemia aguda.

2. ÁREAS ENVOLVIDAS

SIV, Central de Regulação e Unidade de Saúde.

3. DEFINIÇÃO

Vítima com glicemia capilar > 110mg/dl associado ou não a náuseas, vômitos, dor abdominal, hálito cetônico e alteração de nível de consciência.

4. SIGLAS E ABREVIATURAS

DM: Diabetes Mellitus;

MR: Médico Regulador;

SAMU: Serviço Atendimento Móvel de Urgência;

SF: Soro Fisiológico;

SIV: Suporte Intermediário de Vida.

5. PROCEDIMENTOS E RESPONSABILIDADES

- Realize avaliação primária e intervenha caso necessário;
- Avalie glicemia capilar;
- Avalie sinais vitais e oximetria;
- Administre oxigênio por máscara, se saturação < 94%;
- Puncione acesso venoso;
- Instale SF 0,9% 500 ml/hora, se glicemia capilar > 250 mg/dl e/ou vítima com alteração do nível de consciência;
- Faça a avaliação secundária com ênfase no histórico de DM e antecedentes familiares;
- Passe o caso para o MR;

➤ Transporte para a unidade de saúde conforme orientação do MR.

6. FLUXOGRAMA

Sim.

7. REFERÊNCIAS

- AMLS: Atendimento Pré-Hospitalar às Emergências Clínicas/ Tradução Maria Esmene G. Comenale *et al.* 1ª edição. Rio de Janeiro: Editora Elsevier, 2017. 545 páginas.
- Protocolo de Atendimento Pré-Hospitalar: Suporte Intermediário de Vida. 4ª. Edição. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde – SAMU, 2014. 112 páginas.
- Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. Editora Cientifica. Clannad. 2019-2020
- Velasco, IT, Brandão Neto, RA, Souza, HP *et al.* Emergências Clínicas: Abordagem Prática 14ª Ed, Manole, Barueri-SP, 2020

8. CONTROLE DE REVISÕES

Revisão	Data	Motivo da Alteração
05	24/01/2022	Atualização

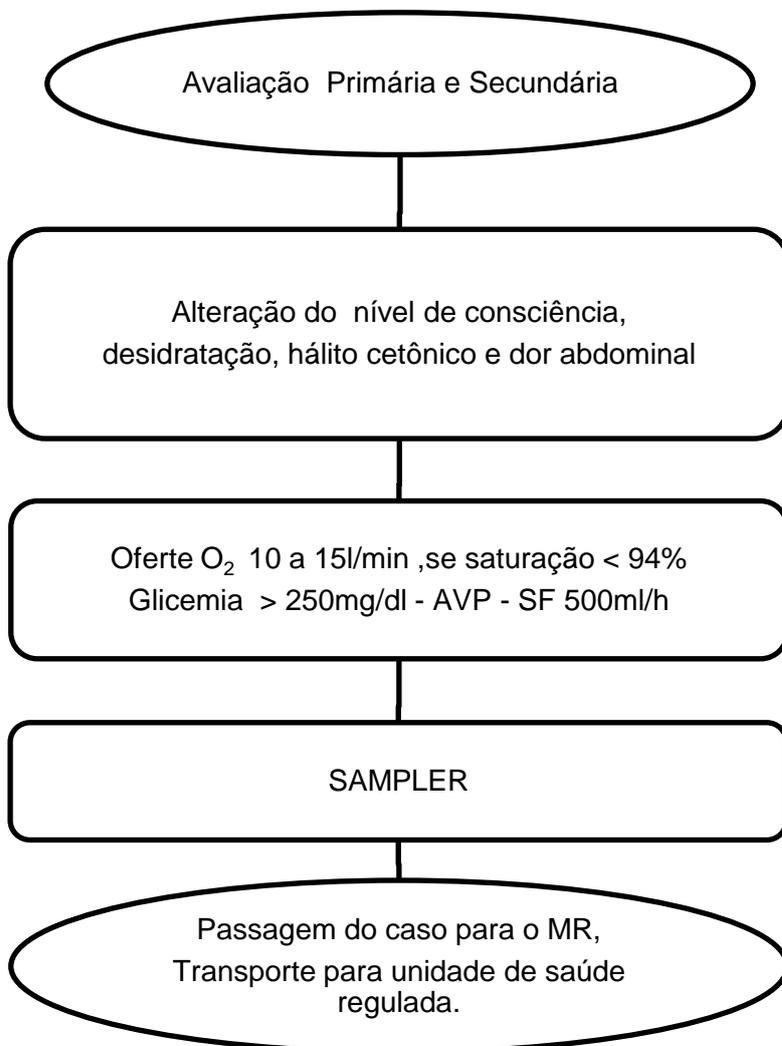
9. ANEXO

Não há.

Elaboração	Revisão	Aprovação
Cassia Oliveira Lopes Edna Barbosa da Silva	Julianna Letícia G. Cotrick Gomes	Maísa Ferreira dos Santos

FLUXOGRAMA VÍTIMA COM HIPERGLICEMIA

SSVV
OXIMETRIA
GLICEMIA CAPILAR



O enfermeiro não tem respaldo legal para dispensar a vítima

PROCEDIMENTO CLÍNICO	SAMU SP 038	
Revisão nº 05	Data emissão: 24/01/2022	Data próxima revisão: 24/01/2024
HIPOGLICEMIA		

1. OBJETIVO

Descrever sinais, sintomas e o tratamento da vítima com hipoglicemia.

2. ÁREAS ENVOLVIDAS

SIV, Central de Regulação e Unidade de Saúde.

3. DEFINIÇÃO

Vítima apresentando glicemia capilar < 70 mg/dl associada à alteração do nível de consciência, palidez e tremores.

4. SIGLAS E ABREVIATURAS

EV: Endovenoso;

MR: Médico Regulador;

PMV: Para Manter Veia;

SAMU: Serviço Atendimento Móvel de Urgência;

SF: Soro Fisiológico;

SIV: Suporte Intermediário de Vida.

5. PROCEDIMENTOS E RESPONSABILIDADES

- Realize avaliação primária e intervenha caso necessário;
- Avalie glicemia capilar;
- Puncione acesso venoso;
- Administre 5 ampolas de glicose 50% EV diluídas em 100 ml de SF 0,9% ;
- Mantenha acesso venoso com SF 0,9% 250 ml pmv;
- Reavalie nível de consciência e glicemia capilar;
- Realize avaliação secundária com ênfase de histórico: DM, antecedentes familiares, uso e dose de insulina e jejum prolongado.

- Monitore sinais vitais e saturação;
- Administre oxigênio por máscara, se saturação < 94%;
- Passe o caso para o MR;
- Transporte para unidade de saúde conforme orientação do MR.

6. FLUXOGRAMA

Sim.

7. REFERÊNCIAS CONSULTADAS

- AMLS: Atendimento Pré-Hospitalar às Emergências Clínicas/ Tradução Maria Esmene G. Comenale et al. 1ª edição. Rio de Janeiro: Editora Elsevier, 2017. 545 páginas.
- Protocolo de Atendimento Pré-Hospitalar: Suporte Intermediário de Vida. 4ª. Edição. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde – SAMU, 2014. 112 páginas.
- Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretriz Sociedade Brasileira de Diabetes. Editora Científica. Clannad. 2019-2020
- Velasco, IT, Brandão Neto, RA, Souza, HP *et al.* Emergências Clínicas: Abordagem Prática 14ª Ed, Manole, Barueri-SP, 2020

8. CONTROLE DE REVISÕES

Revisão	Data	Motivo da Alteração
05	24/01/2022	Atualização

9. ANEXO

Não há.

Elaboração	Revisão	Aprovação
Cassia Oliveira Lopes Edna Barbosa da Silva	Julianna Letícia G. Cotrick Gomes	Maísa Ferreira dos Santos

FLUXOGRAMA

VÍTIMA COM HIPOGLICEMIA

SSVV
OXIMETRIA
GLICEMIA CAPILAR

Avaliação Primária e Secundária

Alteração do nível
de consciência
e/ou
palidez e tremores

Oferte O₂ 10 a 15 l/min, se saturação < 94%
Glicemia capilar > 70mg/dl:

AVP com SF 0,9% 250ml lento,
Transporte para unidade de saúde
regulada.

Oferte O₂ 10 a 15 l/min, se saturação < 94%
Glicemia capilar < 70mg/dl:

AVP 5 ampolas de glicose 50%
diluída em 100ml de SF 0,9% EV
Manter AVP com SF 0,9% 250ml lento.

Reavaliação da glicemia capilar e nível de
consciência,
Comunique MR.

O enfermeiro não tem respaldo legal para dispensar a vítima

PROCEDIMENTO CLÍNICO

SAMU SP 039

Revisão nº 05

Data emissão: 24/01/2022

Data próxima revisão: 24/01/2024

CRISE CONVULSIVA NO ADULTO

1. OBJETIVO

Descrever sinais, sintomas e o tratamento da vítima com crise convulsiva.

2. ÁREAS ENVOLVIDAS

SIV, Central de Regulação e Unidade de Saúde.

3. DEFINIÇÃO

Convulsões são descargas neuronais anormais e repentinas no cérebro, que se manifestam frequentemente em decorrência de lesões ou doença neurológicas, quando prolongadas, costumam causar danos ao sistema nervoso central.

SIGLAS E ABREVIATURAS

EV: Endovenoso;

MR: Médico Regulador;

PMV: Para Manter Veia;

SAMU: Serviço Atendimento Móvel de Urgência;

SIV: Suporte Intermediário de Vida.

4. PROCEDIMENTOS E RESPONSABILIDADES

- Realize avaliação primária e intervenha conforme achados;
- Garanta a permeabilidade das vias aéreas, e aspire secreções SN;
- Nas vítimas com mecanismo de trauma associado: imobilize a coluna cervical manualmente, realize rolamento na prancha e instale colar cervical e head block assim que possível;
- Garanta segurança da vítima durante a crise convulsiva;
- Administre oxigênio por máscara com reservatório 10 litros/minuto;
- Avalie glicemia capilar;
- Puncione acesso venoso e administre SF 0,9% 250 ml, pmv;
- Trate hipoglicemia conforme protocolo;

- Administre Diazepam 10mg EV (puro e lento) nas vítimas em crises reentrantes sem retorno da consciência ou se convulsão > 5 minutos e peso ≥ 20 kg;
- Monitore sinais vitais e saturação;
- Realize avaliação secundária com ênfase nos antecedentes de convulsão;
- Passe o caso para o MR;
- Transporte para a unidade de saúde conforme orientação do MR;
- Transporte a vítima em decúbito lateral (exceto nos casos de trauma).

ATENÇÃO

Não administre diazepam nos doentes com história de infecção do sistema nervoso e em gestantes.

5. FLUXOGRAMA

Sim.

6. REFERÊNCIAS CONSULTADAS

- AMLS: Atendimento Pré-Hospitalar às Emergências Clínicas/ Tradução Maria Esmene G. Comenale *et al.* 1ª edição. Rio de Janeiro: Editora Elsevier, 2017. 545 páginas.
- Protocolo de Atendimento Pré-Hospitalar: Suporte Intermediário de Vida. 4ª. Edição. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde – SAMU, 2014. 112 páginas.
- Velasco, IT, Brandão Neto, RA, Souza, HP *et al.* Emergências Clínicas: Abordagem Prática 14ª Ed, Manole, Barueri-SP, 2020

7. CONTROLE DE REVISÕES

Revisão	Data	Motivo da Alteração
05	24/01/2022	Atualização

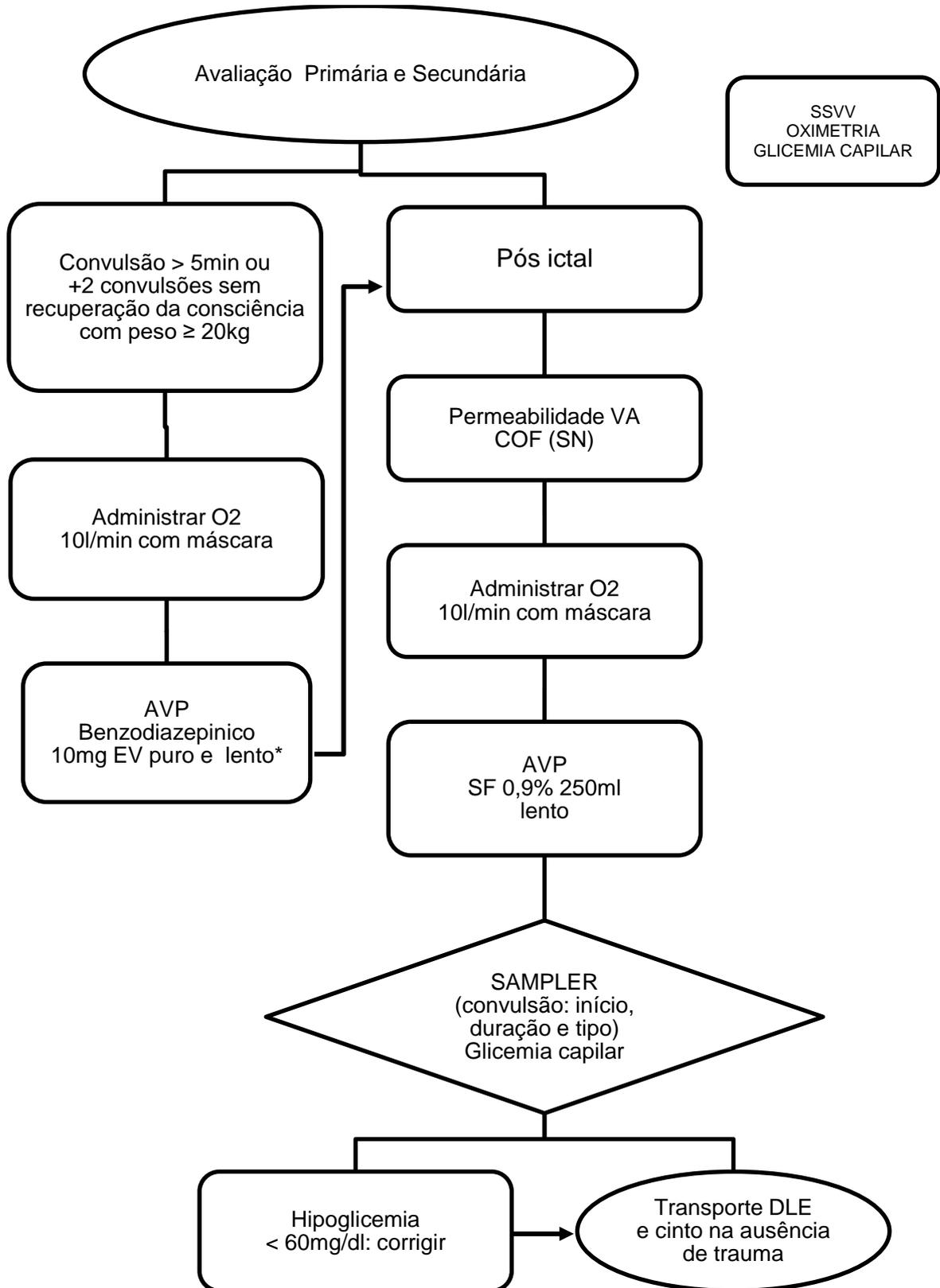
8. ANEXO

Não há.

Elaboração	Revisão	Aprovação
Edna Barbosa da Silva	Julianna Letícia G. Cotrick Gomes	Maísa Ferreira dos Santos

FLUXOGRAMA

VÍTIMA COM CRISE CONVULSIVA



* **Não** administre benzodiazepínico nas vítimas com história de infecção do sistema nervoso e em gestantes.

PROCEDIMENTO CLÍNICO	SAMU SP 040	
Revisão nº 05	Data emissão: 24/01/2022	Data próxima revisão: 24/01/2024
ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO		

1. OBJETIVO

Descrever sinais, sintomas e o tratamento da vítima com acidente vascular encefálico.

2. ÁREAS ENVOLVIDAS

SIV, Central de Regulação e Unidade de Saúde.

3. DEFINIÇÃO

É uma lesão causada no tecido cerebral em decorrência do rompimento de um vaso promovendo sangramento ou da interrupção do suprimento sanguíneo em uma determinada área dessa estrutura anatômica levando a isquemia. Segundo a Organização Mundial de Saúde (2013) o acidente vascular encefálico (AVE) é considerado uma emergência neurológica passível de tratamento quando o atendimento acontece nas primeiras 04 horas e meia a contar do momento em que a vítima foi vista em condições normais.

4. SIGLAS E ABREVIATURAS

AIT: Ataque Isquêmico Transitório;

AVE: Acidente Vascular Encefálico;

IAM: Infarto Agudo do Miocárdio;

MR: Médico Regulador;

PMV: Para Manter Veia;

SAMU: Serviço Atendimento Móvel de Urgência;

SF: Soro Fisiológico;

SIV: Suporte Intermediário de Vida.

5. PROCEDIMENTOS E RESPONSABILIDADES

- Realize avaliação primária e intervenha de acordo com achados;
- Realize avaliação secundária com ênfase para histórico de Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus, Tabagismo, Dislipidemia, AIT prévio, IAM ou cirurgia cardíaca;

- Aplique Escala de Cincinnati;
- Verifique cefaleia intensa e súbita sem causa aparente;
- Monitorize sinais vitais e saturação;
- Não reduza níveis pressóricos;
- Administre oxigênio 2 a 6 litros/minuto por cateter, se saturação < 94%;
- Mantenha decúbito elevado, exceto nos casos de trauma;
- Avalie glicemia capilar;
- Puncione acesso venoso e instale SF 0,9% 250 ml, pmv;
- Trate hipoglicemia, conforme protocolo institucional;
- Pergunte para o acompanhante o último horário que a vítima foi vista assintomática;
- Passe o caso para o MR dando ênfase ao tempo que a vítima foi vista assintomática;
- Transporte rapidamente para a unidade de referência de AVE, conforme orientação do MR.

ATENÇÃO

Não demore no transporte.

Tempo é cérebro!

ESCALA DE CINCINNATI - Instrumento aplicado para avaliar alterações sugestivas de AVE.

- **Desvio de rima bucal:** peça para a vítima sorrir. Considerado normal quando ambos os lados da face movem-se igualmente, e anormal, quando um dos lados move menos ou não se move, desviando a rima para o lado oposto.
- **Queda do membro superior:** vítima sentada, com os olhos fechados, peça para levantar os braços na mesma altura e mantê-los estendidos na horizontal, com as palmas das mãos para cima por 10 segundos. Considerado normal quando os dois membros movem-se igualmente e assim se mantêm. Anormal, quando um dos membros não se move ou cai, em comparação ao outro.
- **Alteração na fala:** peça para a vítima repetir a frase “o rato roeu a roupa do rei de Roma”. Considerado normal quando consegue repetir usando as palavras corretamente e pronunciando sem dificuldade. Anormal quando não consegue articular palavra, ou, é incapaz de falar.

Interpretação

- ✓ Na presença de uma das ocorrências anormais, deve-se suspeitar de AVE.
- ✓ Na presença da alteração nos três achados, a probabilidade é superior a 85%.

6. FLUXOGRAMA

Não há.

7. REFERÊNCIAS CONSULTADAS

- AMLS: Atendimento Pré-Hospitalar às Emergências Clínicas/ Tradução Maria Esmene G. Comenale *et al.* 1ª edição. Rio de Janeiro: Editora Elsevier, 2017. 545 páginas.
- OMS. Manual de Rotinas para atenção ao AVC. 2013. Disponível em < https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_rotinas_para_atencao_avc.pdf > Acesso em 15/11/2021.
- Protocolo de Atendimento Pré-Hospitalar: Suporte Intermediário de Vida. 4ª. Edição. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde – SAMU, 2014. 112 páginas.
- Velasco, IT, Brandão Neto, RA, Souza, HP *et al.* Emergências Clínicas: Abordagem Prática 14ª Ed, Manole, Barueri-SP, 2020.
- Ministério da Saúde. Linhas de Cuidado do Acidente Vascular Cerebral. Brasília. DF. 2020. Disponível em < http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/LC_AVC_no_adulto.pdf > Acesso em 15/11/2021.

8. CONTROLE DE REVISÕES

Revisão	Data	Motivo da Alteração
05	24/01/2022	Atualização

9. ANEXO

Não há

Elaboração	Revisão	Aprovação
Cássia Oliveira Lopes Edna Barbosa da Silva	Julianna Letícia G. Cotrick Gomes.	Maísa Ferreira dos Santos

PROCEDIMENTO CLÍNICO

SAMU SP 041

Revisão nº 05

Data emissão: 24/01/2022

Data próxima revisão: 24/01/2024

SÍNDROME DE ABSTINÊNCIA ALCOÓLICA

1. OBJETIVO

Descrever sinais, sintomas e o tratamento da vítima com síndrome de abstinência alcoólica.

2. ÁREAS ENVOLVIDAS

SIV, Central de Regulação e Unidade de Saúde.

3. DEFINIÇÃO

Caracterizada por diminuição do nível de consciência e alucinações que podem afetar qualquer modalidade sensorial, tais como medo, delírios, agitação, hiperexcitabilidade do sistema nervoso autônomo com suores, anorexia, hipertensão e febre em decorrência da redução ou interrupção do consumo de álcool nas vítimas que fazem uso crônico excessivo.

4. SIGLAS E ABREVIATURAS

IM: Intramuscular;

MR: Médico Regulador;

SAA: Síndrome de Abstinência Alcoólica;

SAMU: Serviço Atendimento Móvel de Urgência;

SIV: Suporte Intermediário de Vida.

5. PROCEDIMENTOS E RESPONSABILIDADES

- Realize avaliação primária e intervenha caso necessário;
- Mantenha permeabilidade das vias aéreas;
- Monitore sinais vitais e saturação;
- Administre oxigênio por máscara de 10 a 15 litros/minuto, se saturação < 94%;
- Avalie glicemia capilar;
- Puncione acesso venoso e administre SF 0,9% 250 ml, pmv;
- Corrija hipoglicemia conforme protocolo institucional,
- Administre Tiamina 100 mg IM, antes da glicose;

- Mantenha decúbito elevado na ausência de trauma;
- Observe: obnubilação, confusão e distúrbios da percepção (alucinações e ilusões), tremores marcantes, inversão do ciclo do sono e convulsões;
- Em caso de convulsão utilize respectivo protocolo;
- Aqueça a vítima;
- Em caso de agitação psicomotora, oriente o acompanhante da necessidade de contenção;
- Informe a vítima, mesmo que esteja confusa da necessidade de contenção e aplique-a;
- Realize avaliação secundária com ênfase no histórico psiquiátrico, convulsão e tratamentos instituídos;
- Passe o caso para o MR;
- Transporte para a unidade de saúde segundo orientação do MR.

6. FLUXOGRAMA

Não há.

7. REFERÊNCIAS CONSULTADAS

- AMLS: Atendimento Pré-Hospitalar às Emergências Clínicas/ Tradução Maria Esmene G. Comenale et al. 1ª edição. Rio de Janeiro: Editora Elsevier, 2017. 545 páginas.
- Laranjeira. R. ET al. Consenso sobre a Síndrome de Abstinência Alcoólica e o seu tratamento. Revista Brasileira de Psiquiatria, 2008.
- Leal, Brent. Síndrome Abstinência Alcoólica, Universidade Fernando Pessoa, Porto, 2015 p.24-28.
- Velasco, IT, Brandão Neto, RA, Souza, HP et al. Emergências Clínicas: Abordagem Prática 14ª Ed, Manole, Barueri-SP, 2020.

8. CONTROLE DE REVISÕES

Revisão	Data	Motivo da Alteração
05	24/01/2022	Atualização

9. ANEXO

Não há.

Elaboração	Revisão	Aprovação
Cassia Oliveira Lopes Edna Barbosa da Silva	Julianna Letícia G. Cotrick Gomes	Maísa Ferreira dos Santos

PROCEDIMENTO CLÍNICO

SAMU SP 042

Revisão nº 05

Data emissão: 24/01/2022

Data próxima revisão: 24/01/2024

HIPOTERMIA

1. OBJETIVO

Descrever sinais, sintomas e o tratamento da vítima com hipotermia.

2. ÁREAS ENVOLVIDAS

SIV, Central de Regulação e Unidade de Saúde.

3. DEFINIÇÃO

Hipotermia é definida como a temperatura corporal central < 35°C. O diagnóstico está associado à história de exposição a baixas temperaturas, submersão em águas frias, ou traumas com perda volêmica importante.

4. SIGLAS E ABREVIATURAS

DDH: Decúbito Dorsal Horizontal;

MR: Médico Regulador;

PCR: Parada Cardiorrespiratória;

PMV: Para Manter Veia;

RCP: Reanimação Cardiorrespiratória;

SAMU: Serviço Atendimento Móvel de Urgência;

SF: Soro Fisiológico;

SAV: Suporte Avançado de Vida;

SIV: Suporte Intermediário de Vida.

5. PROCEDIMENTOS E RESPONSABILIDADES

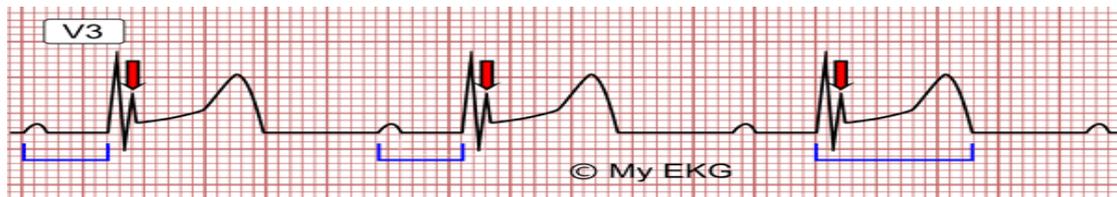
- Realize avaliação primária e intervenha caso necessário;
- Remova roupas molhadas;
- Aqueça a vítima (inclusive cabeça);
- Não massageie extremidades;

- Manipule a vítima cuidadosamente, sem movimentos bruscos;
- Mantenha a vítima em DDH;
- Monitorize a vítima e verifique ritmo cardíaco associado com baixas temperaturas:
 - ✓ Temperatura < 20° C: assistolia, seguir protocolo RCP.
 - ✓ Temperatura < 30° C: fibrilação ventricular, seguir protocolo RCP.
 - ✓ Temperatura 30 a 34 ° C: presença de onda P substituída pela fibrilação. Solicite apoio SAV.



Fonte: <https://www.youtube.com/watch?v=mikw14dsmU>

- ✓ Temperatura > 34° C: alargamento do intervalo PR, QRS e do intervalo QT, aparecimento onda J de Osborne. Solicite apoio SAV.



ATENÇÃO

- ✓ Vítimas em PCR por hipotermia poderão apresentar rigidez, portanto, não defina morte óbvia.
- ✓ As manobras não são interrompidas até que a vítima esteja aquecida na unidade de saúde.

- Monitore sinais vitais e oximetria;
- Administre O₂ por máscara 10 litros/minuto;
- Puncione acesso venoso e administre SF 0,9% 250 ml, pmv;
- Passe o caso para MR;
- Transporte para a unidade de saúde conforme orientação do MR.

6. FLUXOGRAMA

Não há.

7. REFERÊNCIAS CONSULTADAS

- AMLS: Atendimento Pré-Hospitalar às Emergências Clínicas/ Tradução Maria Esmene G. Comenale *et al.* 1ª edição. Rio de Janeiro: Editora Elsevier, 2017. 545 páginas.

- Protocolo de Atendimento Pré-Hospitalar: Suporte Intermediário de Vida. 4ª. Edição. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde – SAMU, 2014. 112 páginas.
- Velasco, IT, Brandão Neto, RA, Souza, HP *et al.* Emergências Clínicas: Abordagem Prática 14ª Ed, Manole, Barueri-SP, 2020

8. CONTROLE DE REVISÕES

Revisão	Data	Motivo da Alteração
05	24/01/2022	Atualização

9. ANEXO

Não há.

Elaboração	Revisão	Aprovação
Cassia Oliveira Lopes Edna Barbosa da Silva	Julianna Letícia G. Cotrick Gomes	Maísa Ferreira dos Santos

PROCEDIMENTO CLÍNICO

SAMU SP 043

Revisão nº 05

Data emissão: 24/01/2022

Data próxima revisão: 24/01/2024

REAÇÃO ANAFILÁTICA

1. OBJETIVO

Descrever sinais, sintomas e o tratamento da vítima com reação anafilática.

2. ÁREAS ENVOLVIDAS

SIV, Central de Regulação e Unidade de Saúde.

3. DEFINIÇÃO

A anafilaxia é definida como uma reação multissistêmica grave de início agudo e potencialmente fatal. Urticária, angioedema, comprometimento respiratório, gastrintestinal e/ou hipotensão arterial, são alguns dos sinais e sintomas identificados na avaliação. A presença de dois ou mais destes sintomas, após a exposição ao alérgeno, alerta para o diagnóstico e tratamento imediato.

4. SIGLAS E ABREVIATURAS

EV: Endovenoso;

IM: Intramuscular;

MMII: Membros Inferiores;

MR: Médico Regulador;

PMV: Para Manter Veia;

SAMU: Serviço Atendimento Móvel de Urgência;

SAV: Suporte Avançado de Vida;

SIV: Suporte Intermediário de Vida;

VA: Vias Aéreas.

5. PROCEDIMENTOS E RESPONSABILIDADES

A manifestação pode ocorrer imediatamente, ou horas após o contato com o alérgeno.

- Alteração na pele e/ou mucosas (urticária, prurido, rubor, edema de lábios, língua ou úvula);
- Alteração respiratória (dispneia, broncoespasmo, estridor, hipoxemia);
- Sintomas gastrointestinais (dor abdominal, vômitos);

- Hipotensão (PAS < 90 mmHg) podendo apresentar síncope, hipotonia, liberação de esfíncter.

Medidas no atendimento

- Realize avaliação primária e associe os achados encontrados com a história;
- Caso vítima apresente alteração na pele e/ou mucosas, respiratória e hipotensão (PAS < 90 mmHg) administre 0,5 mg IM de epinefrina e eleve os MMII;
- Afaste a vítima do agente desencadeante;
- Informe o MR se comprometimento das VA e solicite SAV (terapia medicamentosa e/ou invasiva nas VA);
- Monitore sinais vitais e saturação;
- Realize avaliação secundária com ênfase no histórico de hipersensibilidade;
- Administre oxigênio por máscara de 10 a 15 litros/minuto se saturação < 94%;
- Não deixe a vítima sentar ou levantar rapidamente (síndrome do ventrículo vazio);
- Passe o caso para o MR;
- Transporte para a unidade de saúde conforme orientação do MR.
- Efeitos transitórios esperados após aplicação da dose recomendada de epinefrina: palidez, tremores, ansiedade, palpitação, tontura e cefaleia, esses sinais indicam que a dose terapêutica foi ofertada.

ATENÇÃO

O enfermeiro deve realizar o encaminhamento para unidade de saúde, mesmo que vítima/acompanhante informe melhora do quadro, pois casos de anafilaxia costumam apresentar recidiva até 12 horas após o evento.

6. FLUXOGRAMA

Não há.

7. REFERÊNCIAS CONSULTADAS

- AMLS: Atendimento Pré-Hospitalar às Emergências Clínicas/ Tradução Maria Esmene G. Comenale *et al.* 1ª edição. Rio de Janeiro: Editora Elsevier, 2017. 545 páginas.
- Protocolo de Atendimento Pré-Hospitalar: Suporte Intermediário de Vida. 4ª. Edição. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde – SAMU, 2014. 112 páginas.
- Velasco, IT, Brandão Neto, RA, Souza, HP *et al.* Emergências Clínicas: Abordagem Prática 14ª Ed, Manole, Barueri-SP, 2020.
- Guia Prático de Atualização. Anafilaxia. Atualização 2021. Sociedade Brasileira de Pediatria.

8. CONTROLE DE REVISÕES

Revisão	Data	Motivo da Alteração
05	24/01/2022	Atualização

9. ANEXO

Não há

Elaboração	Revisão	Aprovação
Cassia Oliveira Lopes Edna Barbosa da Silva	Julianna Letícia G. Cotrick Gomes.	Máisa Ferreira dos Santos

PROCEDIMENTO CLÍNICO	SAMU SP 044	
Revisão nº 05	Data emissão: 24/01/2022	Data próxima revisão: 24/01/2024
CÓLICA NEFRÉTICA		

1. OBJETIVO

Descrever sinais, sintomas e o tratamento da vítima com cólica nefrética.

2. ÁREAS ENVOLVIDAS

SIV, Central de Regulação e Unidade de Saúde.

3. DEFINIÇÃO

Dor de forte intensidade na região lombar que irradia para região de flancos e região inguinal, associada ou não a dor abdominal difusa devido à presença de cálculos no ureter.

4. SIGLAS E ABREVIATURAS

EV: Endovenoso;

MR: Médico Regulador;

PMV: Para Manter Veia;

SAMU: Serviço Atendimento Móvel de Urgência;

SIV: Suporte Intermediário de Vida.

5. PROCEDIMENTOS E RESPONSABILIDADES

- Realize avaliação primária e intervenha caso necessário;
- Monitore sinais vitais e saturação;
- Administre oxigênio por máscara, se saturação < 94%;
- Puncione acesso venoso e administre SF 0,9% 250 ml, pmv;
- Administre 03 ml da solução decimal de cetorolaco de trometamina 30mg, se dor intensa;
- Administre ondansetrona 2mg/ml diluída em 20 ml de SF 0,9% EV lento, se náuseas;

ATENÇÃO

Lembre-se de verificar alergia antes de administrar a medicação.

- Faça a avaliação secundária com ênfase no histórico de litíase renal;
- Passe o caso para o MR;
- Transporte para a unidade de saúde conforme orientação do MR.

6. FLUXOGRAMA

Sim.

7. REFERÊNCIAS CONSULTADAS

- AMLS: Atendimento Pré-Hospitalar às Emergências Clínicas/ Tradução Maria Esmene G. Comenale *et al.* 1ª edição. Rio de Janeiro: Editora Elsevier, 2017. 545 páginas.
- Protocolo de Atendimento Pré-Hospitalar: Suporte Intermediário de Vida. 4ª. Edição. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde – SAMU, 2014. 112 páginas.
- Velasco, IT, Brandão Neto, RA, Souza, HP *et al.* Emergências Clínicas: Abordagem Prática 14ª Ed, Manole, Barueri-SP, 2020

8. CONTROLE DE REVISÕES

Revisão	Data	Motivo da Alteração
05	24/01/2022	Atualização

9. ANEXO

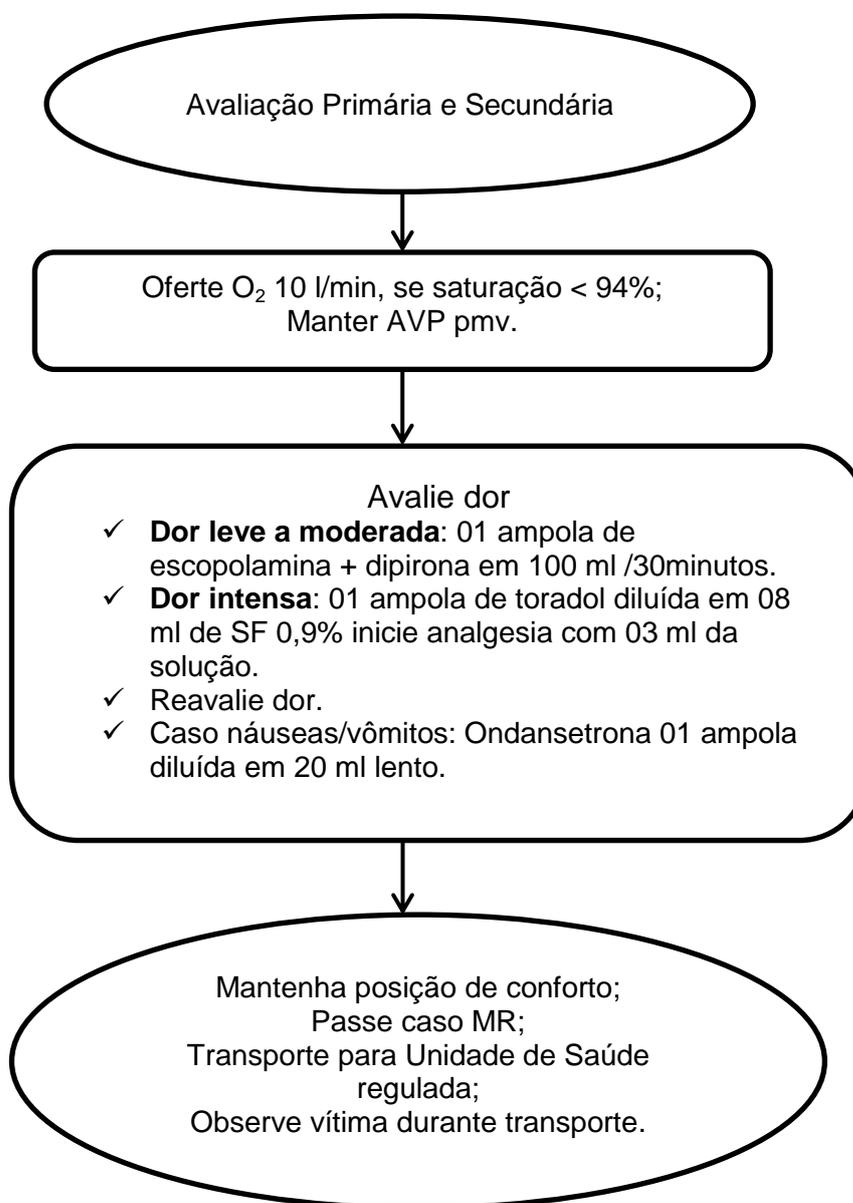
Não há.

Elaboração	Revisão	Aprovação
Cássia Oliveira Lopes Edna Barbosa da Silva	Julianna Letícia G. Cotrick Gomes	Maísa Ferreira dos Santos

FLUXOGRAMA

VÍTIMA COM CÓLICA NEFRÉTICA

SSVV
OXIMETRIA
GLICEMIA CAPILAR



PROCEDIMENTO CLÍNICO	SAMU SP 045	
Revisão nº 05	Data emissão: 24/01/2022	Data próxima revisão: 24/01/2024
CRISE ÁLGICA DA ANEMIA FALCIFORME		

1. OBJETIVO

Descrever sinais, sintomas e o tratamento da vítima com crise álgica da anemia falciforme.

2. ÁREAS ENVOLVIDAS

SIV, Central de Regulação e Unidade de Saúde.

3. DEFINIÇÕES

A crise álgica da anemia falciforme se deve a oclusão da microvasculatura pelas hemácias falcizadas, levando a isquemia e hipóxia.

4. SIGLAS E ABREVIATURAS

EV: Endovenoso;

MR: Médico Regulador;

PMV: Para Manter Veia;

SAMU: Serviço Atendimento Móvel de Urgência;

SF: Soro Fisiológico;

SIV: Suporte Intermediário de Vida.

5. PROCEDIMENTOS E RESPONSABILIDADES

- Realize avaliação primária e intervenha conforme achados;
- Avalie sinais vitais e oximetria;
- Administre oxigênio por máscara 10 a 15 litros/minutos; se saturação < 94%;
- Puncione acesso venoso e administre SF 0,9% 250 ml, pmv;
- Administre dipirona (01 ampola) diluída em 08 ml EV e infundir lento, se dor leve a moderada;
- Administre 03 ml da solução decimal de cetorolaco de trometamina 30mg, se dor intensa;
- Administre ondansetrona 2mg/ml diluída em 20 ml de SF 0,9% EV lento, se náuseas;

ATENÇÃO

Lembre-se de verificar alergia antes de administrar a medicação.

- Realize avaliação secundária com ênfase no histórico familiar e raça;
- Passe o caso para o MR;
- Transporte para a unidade de saúde conforme orientação do MR.

6. FLUXOGRAMA

Não há.

7. REFERÊNCIAS CONSULTADAS

- AMLS: Atendimento Pré-Hospitalar às Emergências Clínicas/ Tradução Maria Esmene G. Comenale et al. 1ª edição. Rio de Janeiro: Editora Elsevier, 2017. 545 páginas.
- Protocolo de Atendimento Pré-Hospitalar: Suporte Intermediário de Vida. 4ª. Edição. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde – SAMU, 2014. 112 páginas.
- Velasco, IT, Brandão Neto, RA, Souza, HP *et al.* Emergências Clínicas: Abordagem Prática 14ª Ed, Manole, Barueri-SP, 2020
- <http://rmmg.org/artigo/detalhes/1840/>

8. CONTROLE DE REVISÕES

Revisão	Data	Motivo da Alteração
05	24/01/2022	Atualização

9. ANEXO

Não há.

Elaboração	Revisão	Aprovação
Cassia Oliveira Lopes Edna Barbosa da Silva	Julianna Letícia G. Cotrick Gomes	Maísa Ferreira dos Santos

PROCEDIMENTO

SAMU SP 046

Revisão nº 05

Data emissão: 24/01/2022

Data próxima revisão: 24/01/2024

ATENDIMENTO NAS INTOXICAÇÕES AGUDAS

1. OBJETIVO

Descrever o atendimento a vítima nas intoxicações agudas.

2. ÁREAS ENVOLVIDAS

SIV e Central de Regulação.

3. DEFINIÇÃO

A intoxicação acontece acidentalmente ou intencionalmente pelas via: inalatória, tópica ou digestória. A gravidade está relacionada ao tipo de substância, quantidade, tempo de exposição no organismo, faixa etária e doenças pré-existentes.

4. SIGLAS E ABREVIATURAS

MR: Médico Regulador;

SIV: Suporte Intermediário de Vida;

SAMU: Serviço Atendimento Móvel de Urgência;

VA: Vias Aéreas.

5. PROCEDIMENTOS E RESPONSABILIDADES

Medidas Gerais

- Avalie riscos para a equipe na cena;
- Solicite para o MR apoio do Corpo de Bombeiros na suspeita de perigo;
- Retire a vítima do ambiente contaminado;
- Avalie permeabilidade das VA;
- Mantenha-o em decúbito elevado;
- Monitorize sinais vitais e saturação;

Medidas específicas: Intoxicação Inalatória

- Considere vítima que inalou fumaça **intoxicada por monóxido de carbono** e apresentam: cefaleia, fadiga, náuseas, vômitos, taquicardia, taquipneia, confusão, sonolência, convulsão e inconsciência.

- Administre oxigênio por máscara de 15 litros/minuto **independente de saturação 100 %**;
- Vítimas sem resposta a administração de oxigênio, suspeite de **intoxicação por cianeto** e comunique MR **imediatamente**.

ATENÇÃO

As intoxicações por cianeto **só** serão tratadas mediante antídoto: *hidroxocobalamina*

Medidas específicas: Intoxicação digestória

- Administre oxigênio por máscara de 10 a 15 litros/minuto, se saturação < 94%;
- Avalie glicemia capilar, se necessário, trate conforme protocolo.

Medidas específicas: Intoxicação tóxica

- Administre oxigênio por máscara de 10 a 15 litros/minuto, se saturação < 94%;
- Se gasolina, querosene, ácido fluorídrico (usado na fabricação de alumínio, plástico, componentes elétricos) e hipoclorito: remova roupa e lave o local com grande quantidade de água ou soro fisiológico 0,9%.
- Se cimento em pó: remova roupa, retire o pó e lave o local com água ou soro fisiológico 0,9%.

Medidas Gerais

- Mantenha o paciente aquecido;
- Identifique no SAMPLE:
 - ✓ Substância através de embalagens, frascos vazios, etc;
 - ✓ Tempo ocorrido;
 - ✓ Via de absorção;
 - ✓ Antecedentes psiquiátricos, tentativa de suicídio, uso de drogas controladas ou ilícitas.
- Se possível, leve a substância suspeita junto com a vítima;
- Passe o caso para o MR;
- Transporte para a unidade de saúde segundo orientação do MR.

6. FLUXOGRAMA

Não há.

7. REFERÊNCIAS CONSULTADAS

- PHTLS. Atendimento Pré-Hospitalar ao Traumatizado. National Association of Emergency Medical Technician, 2021. 9ª edição. 762 páginas.
- Protocolo de Atendimento Pré-Hospitalar: Suporte Intermediário de Vida. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde – SAMU, 2014. 4ª. Edição. 112 páginas.

8. CONTROLE DE REVISÕES

Revisão	Data	Motivo da Alteração
05	24/01/2022	Atualização

9. ANEXO

Não há.

Elaboração	Revisão	Aprovação
Cassia Oliveira Lopes Edna Barbosa da Silva	Julianna Letícia G. Cotrick Gomes.	Maísa Ferreira dos Santos



SAMU
192

SÃO PAULO

PRÁTICAS AVANÇADAS DE ENFERMAGEM NO APH
SUORTE INTERMEDIÁRIO DE VIDA

ATENDIMENTO AO TRAUMA

2022

PROCEDIMENTO

SAMU SP 047

Revisão nº 05

Data emissão: 24/01/2022

Data próxima revisão: 24/01/2024

ATENDIMENTO DA VITIMA DE TRAUMA

1. OBJETIVO

Descrever o atendimento à vítima de trauma.

2. ÁREAS ENVOLVIDAS

SIV, SAV, Central de Regulação, CET, Corpo de Bombeiro e Polícia Militar.

3. DEFINIÇÃO

O atendimento da vítima consiste em avaliar o mecanismo do trauma, envolvendo cena, situação e segurança, solicitando apoio se necessário das diferentes agências (Policiamento, Bombeiro, Águia, CET, entre outros) e iniciar a avaliação e tratamento imediato das lesões com risco de morte.

4. SIGLAS E ABREVIATURAS

APH: Atendimento Pré-Hospitalar.

CET: Companhia de Engenharia de Tráfego.

EV: Endovenoso.

FC: Frequência Cardíaca.

FR: Frequência Respiratória.

IO: Intraóssea.

MR: Médico Regulador.

O₂: Oxigênio.

PA: Pressão arterial.

SAMU: Serviço Atendimento Móvel de Urgência.

SAV: Suporte Avançado de Vida.

SIV: Suporte Intermediário de Vida.

VA: Via Aérea.

5. PROCEDIMENTOS E RESPONSABILIDADES

Avaliação da cena: Protocolo específico

Avaliação Primária e Tratamento da Vítima Traumatizada

X – Identifique lesões exsanguinantes e inicie tratamento:

- Realize compressão direta nos ferimentos hemorrágicos;
- Realize empacotamento (Protocolo específico) nas feridas abertas (cavidade) com sangramentos não controlados na compressão;
- Realize torniquete (Protocolo específico) quando os procedimentos anteriores aplicados não obtiverem sucesso e estiverem localizados em extremidades (MMSS e MMII).

A – Avalie permeabilidade das VAS e estabilize a coluna cervical:

- Estabilize manualmente a cabeça da vítima;
- Retire próteses, restos alimentares e sangue da via aérea;
- Aspire via aérea se necessário;
- Instale cânula orofaríngea nas vítimas inconscientes;
- Imobilize com colar e prancha rígida, assim que possível.

B – Avalie respiração (inspeção, ausculta e palpação);

- Administre oxigênio por máscara de 10-15 litros/minuto, se saturação $\leq 94\%$;
- Aplique curativo de três pontas em ferimentos torácicos com saída de ar;
- Solicite SAV nos sinais sugestivos de pneumotórax hipertensivo.

C – Avalie os parâmetros hemodinâmicos (pele, pulso e perfusão);

- Garanta que todos os ferimentos sangrantes estejam controlados;
- Realize imobilização da pelve na suspeita de fratura;
- Realize o alinhamento e imobilização nas fraturas de ossos longos (fêmur);
- Puncione acesso venoso periférico com catéter 18 ou IO;
- Administre solução isotônica (Ringer Lactato ou Soro Fisiológico 0,9%), para manter PAS 90 mmHg.

D – Aplique a Escala de Coma de Glasgow e avalie as pupilas.

E – Exponha a vítima, avalie e aqueça.

- Exponha com critério as vítimas conscientes (sujidade de sangue nas roupas, deformidade em estruturas anatômicas e referência de dor);
- Realize a exposição total quando de tratar de mecanismo grave e/ou vítima inconsciente;
- Retire roupas úmidas e/ou molhadas e aqueça com manta aluminizada;
- Imobilize a vítima com tirantes na prancha e essa na maca.

ATENÇÃO

Nessa etapa da avaliação a exposição é necessária para busca de lesões potencialmente fatais.

Avaliação Secundária na Vítima de Trauma

A avaliação secundária consiste na:

- Monitorização dos parâmetros vitais (PA, FC, FR e saturação);
- Entrevista SAMPLE:

S - Lesões e sintomas;

A - Alergia a alguma substância ou medicamentos;

M - Medicamentos em uso (atente-se para uso de anticoagulante/antiplaquetário);

P - Passado médico referente doenças e/ou antecedentes de cirurgias;

L - Ingestão de líquidos e/ou alimentos;

E - Evento relacionado ao trauma.

Realização do exame físico detalhado, com o objetivo de identificar problemas ou lesões não percebidas na avaliação primária, como: perda de líquidos, afundamentos, desvios, hematomas, abrasões e deformidades.

ATENÇÃO

O deslocamento deve ser feito com rapidez, porém, com cuidado, evitando piora das lesões.

O enfermeiro deve reavaliar constantemente a vítima durante o trajeto, identificando e corrigindo possíveis alterações.

6. FLUXOGRAMA

Não há.

7. REFERÊNCIAS CONSULTADAS

- PHTLS. Atendimento Pré-Hospitalar ao Traumatizado. National Association of Emergency Medical Technician, 2021. 9ª edição. 762 páginas.
- Protocolo de Atendimento Pré-Hospitalar: Suporte Intermediário de Vida. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde – SAMU, 2014. 4ª. Edição. 112 páginas.

8. CONTROLE DE REVISÕES

Revisão	Data	Motivo da Alteração
---------	------	---------------------

05	24/01/2022	Atualização
----	------------	-------------

9. ANEXOS

Não há.

Elaboração	Revisão	Aprovação
Cássia Oliveira Lopes Edna Barbosa da Silva	Julianna Letícia G. Cotrick Gomes	Maísa Ferreira dos Santos

PROCEDIMENTO

SAMU SP 048

Revisão nº 05

Data emissão: 24/01/2022

Data próxima revisão: 24/01/2024

CHOQUE HEMORRÁGICO

1. OBJETIVO

Descrever o atendimento à vítima com choque hemorrágico.

2. ÁREAS ENVOLVIDAS

SIV, SAV e Central de Regulação.

3. DEFINIÇÃO

Falência generalizada do sistema circulatório devido perda expressiva de sangue, resultando na perfusão tecidual inadequada de oxigênio, evoluindo para um metabolismo anaeróbico.

ATENÇÃO

Hemorragias nas cavidades torácicas, abdominal e pélvica podem justificar a instabilidade hemodinâmica na ausência de sangramentos visíveis.

4. SIGLAS E ABREVIATURAS

EV: Endovenoso.

IO: Intraóssea.

MMII: Membros Inferiores.

MMSS: Membros Superiores.

MR: Médico Regulador.

O₂: Oxigênio.

PAS: Pressão Arterial Sistólica.

SAMU: Serviço Atendimento Móvel de Urgência.

SAV: Suporte Avançado de Vida.

SIV: Suporte Intermediário de Vida.

VA: Vias Aéreas.

5. PROCEDIMENTOS E RESPONSABILIDADES

X – Aplique técnica de controle de hemorragia nas lesões exsanguinantes;

- Realize compressão direta nos ferimentos hemorrágicos;
- Realize empacotamento (Protocolo específico) nas feridas abertas (cavidade) com sangramentos não controlados na compressão;
- Realize torniquete (Protocolo específico) quando os procedimentos anteriores aplicados não obtiverem sucesso e estiverem localizados em extremidades (MMSS e MMII).

A - Mantenha permeabilidade da VA e estabilize a coluna cervical, se história de trauma;

B - **Vítimas com instabilidade hemodinâmica apresentam taquipneia indicando um mecanismo fisiológico compensatório.** Oferte O₂ por máscara não reinalante 10-15 l/minuto, ou ventilação por bolsa-valva-máscara, SN;

C – **Vítimas com instabilidade hemodinâmica apresentam palidez, perfusão lentificada, pulso periférico fino ou ausente, pulso central fino e rápido, e referem sede intensa.** Corrija feridas sangrantes, estabilize fratura pélvica/femoral e instale acesso EV ou IO, infundindo solução isotônica para manter PAS de 90 mm/Hg;

Perdas sanguíneas estimadas com fratura fechada	
Pelve	1000 a 3000 ml
Fêmur	1000 a 2000 ml
Tíbia	500 a 1000 ml
Úmero	500 a 750 ml
Radio/ulna	250 a 500 ml
Costela	125 ml

D – **Alterações neurológicas costumam cursar com hemorragias expressivas.** Aplique Escala de Coma de Glasgow e avalie pupilas;

E - **Vítimas com instabilidade hemodinâmica encontram-se hipotérmicas.** Exponha a vítima com critério e trate hipotermia.

- Monitore sinais vitais e saturação;
- Passe o caso para o MR;
- Transporte para a unidade de saúde conforme orientação do MR.

ATENÇÃO

Não atrasar o transporte em detrimento de tentativas de acesso venoso.

6. FLUXOGRAMA

Não há.

7. REFERÊNCIAS CONSULTADAS

- PHTLS. Atendimento Pré-Hospitalar ao Traumatizado. National Association of Emergency Medical Technician, 2021. 9ª edição. 762 páginas.
- Protocolo de Atendimento Pré-Hospitalar: Suporte Intermediário de Vida. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde – SAMU, 2014. 4ª. Edição. 112 páginas.

8. CONTROLE DE REVISÕES

Revisão	Data	Motivo da Alteração
05	24/01/2022	Atualização

9. ANEXO

Não há.

Elaboração	Revisão	Aprovação
Cassia Oliveira Lopes Edna Barbosa da Silva	Julianna Letícia G. Cotrick Gomes.	Maísa Ferreira dos Santos

PROCEDIMENTO	SAMU SP 049	
Revisão nº 05	Data emissão: 24/01/2022	Data próxima revisão: 24/01/2024
TRAUMA RAQUIMEDULAR		

1. OBJETIVO

Descrever o atendimento a vítima com suspeita de trauma raquimedular.

2. ÁREAS ENVOLVIDAS

SIV, SAV e Central de Regulação.

3. DEFINIÇÃO

São lesões desenvolvidas na coluna vertebral e nos elementos que a compõe, causando alterações temporárias ou permanentes das funções motora, sensitiva ou autonômica, consequente de altas energias recebidas nos mecanismos traumáticos. Na população idosa, as lesões podem estar presentes mesmo com mecanismo envolvendo baixa energia.

4. SIGLAS E ABREVIATURAS

EV: Endovenoso.

IO: Intraóssea.

SAMU: Serviço Atendimento Móvel de Urgência.

SIV: Suporte Intermediário de Vida.

TRM: Trauma raquimedular.

5. PROCEDIMENTOS E RESPONSABILIDADES

X - Controle todas as lesões exsanguinantes;

A - Garanta a permeabilidade das vias aéreas. Realize a imobilização manual da coluna.

ATENÇÃO

O alinhamento da cabeça está contra indicado quando houver: referência de dor, piora do padrão respiratório, resistência ao movimento, aumento do déficit neurológico, espasmos na musculatura do pescoço, torcicolo congênito, malformação e deformidade degenerativa pré-existentes.

ATENÇÃO

Vítimas com suspeita de lesão raquimedular encontradas em:

- ✓ Decúbito dorsal: imobilize manualmente a coluna e continue avaliação primária.
- ✓ Decúbito ventral ou lateral: imobilize manualmente a coluna, realize o rolamento diretamente na prancha.

B - Identifique irregularidades do padrão respiratório e/ou dificuldade de expansibilidade (músculo) na presença de lesões altas.

- Administre O₂ por máscara não reinalante de 10 a 15 l/minuto mantendo saturação > 94%.
- Administre O₂ por BVM nas vítimas com FR < 10 irpm ou > 30 irpm de acordo com faixa etária: Adulto - 10 vpm, Criança - 20 vpm e Lactente - 25 vpm.
- Evite hiperventilação.

C - Instabilidade hemodinâmica em vítimas com suspeita de trauma raquimedular apresentam desfecho ruim devido comprometimento da perfusão desse tecido.

- Identifique sinais sugestivos de choque medular (pele quente e seca, FC normal ou bradicardia, hipotensão arterial e saturação > 94%);
- Informe o MR se alterações acima citadas forem identificadas;
- Solicite apoio SAV/apoio aeromédico;
- Realize curativo compressivo em todas as lesões sangrantes;
- Imobilize pelve na suspeita de fratura;
- Puncione acesso venoso periférico com catéter 18 ou IO;
- Instale solução isotônica (RL ou SF 0,9%) EV para manter PAS > 90 mmHg;
- Monitore sinais vitais e saturação;
- Administre 1 ampola de dipirona diluída em 8 ml, infunda EV lentamente se dor leve e/ou moderada;
- Administre 3 ml da solução decimal de cetorolaco de trometamina 30mg se dor intensa.

ATENÇÃO

Lembre-se de verificar alergia antes de administrar a medicação.

D - Considere a possibilidade de lesão medular todas as vítimas com alteração neurológica, intoxicadas por álcool e/ou drogas e déficit neurológico motores e sensitivos (paralisias, parestesia, e parestesia). Aplique Escala de Glasgow e avalie as pupilas.

- Passe o caso para o MR;
 - Solicite apoio SAV/apoio aeromédico;
- E – Exponha com critério e aqueça com manta aluminizada;**
- A presença de priapismo é sugestiva de lesão medular.

- Transporte para a unidade de saúde conforme orientação do MR, na ausência do SAV ou transporte aeromédico.
- Realize deslocamento com cuidado evitando piora das lesões.

6. FLUXOGRAMA

Não há.

7. REFERÊNCIAS CONSULTADAS

- PHTLS. Atendimento Pré-Hospitalar ao Traumatizado. National Association of Emergency Medical Technician, 2021. 9ª edição. 762 páginas.
- Protocolo de Atendimento Pré-Hospitalar: Suporte Intermediário de Vida. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde – SAMU, 2014. 4ª. Edição. 112 páginas.
- Protocolo Cuidados Intensivos do Trauma Raquimedular. Unidade São Joaquim. 2009.

8. CONTROLE DE REVISÕES

Revisão	Data	Motivo da Alteração
05	24/01/2022	Atualização

9. ANEXO

Não há.

Elaboração	Revisão	Aprovação
Cassia Oliveira Lopes Edna Barbosa da Silva	Julianna Letícia G. Cotrick Gomes.	Maísa Ferreira dos Santos

PROCEDIMENTO

SAMU SP 050

Revisão nº 05

Data emissão: 24/01/2022

Data próxima revisão: 24/01/2024

TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO

1. OBJETIVO

Descrever o atendimento à vítima com suspeita de traumatismo cranioencefálico.

2. ÁREAS ENVOLVIDAS

SIV, SAV e Central de Regulação.

3. DEFINIÇÃO

É a lesão cerebral que resulta da energia recebida na cabeça a partir de diferentes mecanismos provocando alterações anatômicas e fisiológicas, desenvolvendo incapacidade neurológica temporária ou permanente.

4. SIGLAS E ABREVIATURAS

BVM: Bolsa valva mascara.

EV: Endovenoso.

IO: Intraóssea.

IRPM: Incursões Respiratórias Por Minuto.

O₂: Oxigênio.

SAMU: Serviço Atendimento Móvel de Urgência.

SAV: Suporte Avançado de Vida.

SIV: Suporte Intermediário de Vida.

SF: Soro Fisiológico.

RL: Ringer Lactato.

TCE: Traumatismo Cranioencefálico.

VPM: Ventilação Por Minuto.

5. PROCEDIMENTOS E RESPONSABILIDADES

X - Controle todas as lesões exsanguinantes;

A – Vítimas com suspeita de TCE costumam alterar o nível de consciência e comprometer a permeabilidade das VA.

- Retire prótese, restos de alimentos e sangue, faça aspiração se necessário (não introduza a sonda de silicone além da narina), insira cânula orofaríngea de guedel nas vítimas inconscientes e/ou com trauma de face;
- Solicite apoio do SAV;
- Estabilize manualmente a coluna cervical, realize rolamento SN, e quando possível, aplique os dispositivos de imobilização (colar cervical, prancha longa e head block).

ATENÇÃO

Vítimas encontradas em:

- ✓ Decúbito dorsal: imobilize manual a coluna, e continue avaliação primária.
- ✓ Decúbito ventral ou lateral: imobilize manualmente a coluna, realize o rolamento diretamente na prancha.

Não perca tempo!

ATENÇÃO

NÃO inserir dispositivo supraglótico em vítimas de trauma devido à necessidade de sedação.

B – Atentar-se para irregularidades do padrão respiratório como: bradipnéia, taquipneia, entre outras associadas à lesão cerebral.

- Administre O₂ por máscara não reinalante de 10-15 litros/minutos mantendo saturação > 94%.
- Nas vítimas com FR < 10 irpm ou > 30 irpm, oferte O₂ nas frequências por BVM: Adulto - 10 vpm; Criança - 20 vpm e Lactente - 25 vpm.
- Evite hiperventilação, **EXCETO** nas vítimas com sinais de herniação como, pupilas assimétricas, dilatadas ou não reagentes e postura de decorticação/descerebração, ou com Fenômeno de Cushing já instalado (hipertensão, bradicardia e alteração do padrão respiratório), nessas condições realize hiperventilação leve com BVM: adulto 20 vpm; criança 25 vpm e lactente 30 vpm.

C – Vítimas com suspeita de TCE associado à instabilidade hemodinâmica evoluem com piora da isquemia cerebral, justificando a necessidade da manutenção da PAS > 90 mmHg.

- Corrija feridas sangrantes, estabilize fratura pélvica/femoral;
- Puncione acesso venoso periférico com catéter 18 ou IO;
- Instale solução isotônica EV (RL ou SF 0,9%) para manter PAS > 90 mmHg;
- Monitore sinais vitais e saturação.

D – Alterações neurológicas observadas e/ou informadas como: energia envolvida, perda da consciência, amnésia lacunar, episódio de vômito, informes de convulsão e apresentando déficits motores, estão associados à piora do quadro.

- Aplique Escala de Glasgow e avalie as pupilas;
- Administre benzodiazepínico 10mg EV lento na presença de convulsão (protocolo específico);
- Esteja preparado para episódios de vômito, se ocorrer, lateralize a prancha.

E – Exposição e aquecimento

- Exponha se necessário e aqueça com manta aluminizada;
- Passe o caso para o MR;
- Transporte para a unidade de saúde conforme orientação do MR.

Avaliação Secundária

Essa etapa do atendimento deve ser realizada durante o deslocamento da vítima para a unidade de saúde.

- Observe fraturas abertas de crânio, exposição de tecido cerebral, ferimentos extensos de couro cabeludo, sangramentos expressivos, orifícios de entrada e saída nos FAF;
- Realize curativos em couro cabeludo com cuidado para não introduzir espículas ósseas para dentro do tecido cerebral;
- Realize compressão direta nos ferimentos sangrantes;
- Observe sinais de fratura de base de crânio: rinorreia, epistaxe, otorragia, otorréia, sinal de Battle (equimose atrás da orelha) e olhos de guaxinim (equimose periorbital). O sinal do duplo anel indica extravasamento de sangue e líquido percebidos na gaze/compressa, devendo ser informados na unidade de saúde;
- Objetos encravados no crânio: **Não retire.**

6. FLUXOGRAMA

Não há.

7. REFERÊNCIAS CONSULTADAS

- Gentile JK, Himuro HS, Ordinola Rojas SS, *et al.* Conduas no paciente com trauma cranioencefálico. Bras. Clínica Médica. 2011; 09 (1): 75.
- PHTLS. Atendimento Pré-Hospitalar ao Traumatizado. National Association of Emergency Medical Technician, 2021. 9ª edição. 762 páginas.
- Protocolo de Atendimento Pré-Hospitalar: Suporte Intermediário de Vida. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde – SAMU, 2014. 4ª. Edição. 112 páginas.

8. CONTROLE DE REVISÕES

Revisão	Data	Motivo da Alteração
05	24/01/2022	Atualização

9. ANEXO

Escala de Glasgow

	Avaliação	Pontuação
. Abertura ocular	Espontânea	4 pontos
	Por Estimulo Verbal	3 pontos
	Por Estimulo A Dor	2 pontos
	Sem Resposta	1 ponto
. Resposta verbal	Orientado	5 pontos
	Confuso (Mas ainda responde)	4 pontos
	Resposta Inapropriada	3 pontos
	Sons Incompreensíveis	2 pontos
	Sem Resposta	1 ponto
. Resposta motora	Obedece Ordens	6 pontos
	Localiza Dor	5 pontos
	Reage a dor mas não localiza	4 pontos
	Flexão anormal – Decorticação	3 pontos
	Extensão anormal - Decerebração	2 pontos
	Sem Resposta	1 ponto

Score menor que 8 indica uma lesão grave; 9 a12, lesão moderada; e 13 a 15, lesão mínima. Fonte PHTLS, 2007

Escala de Glasgow Pediátrica			
Medida	Criança > 1 ano	Criança < 1 ano	Escore
Abertura dos olhos (AO)	Esponaneamente	Esponaneamente	4
	Ao comando	A fala	3
	À dor	À dor	2
	Nenhuma resposta	Nenhuma resposta	1
Resposta Verbal (RV)	Orientada	Sorri, orientada	5
	Desorientada	Choro, consolável	4
	Palavra inapropriada	Choro persistente, gemente.	3
	Sons incompreensíveis	Agitada e inquietação	
	Nenhuma resposta	Nenhuma resposta	1
Resposta Motora (RM)	Obedece a comandos		6
	Localiza a dor	Localiza a dor	5
	Flexão a dor	Flexão à dor	4
	Flexão anormal à dor	Flexão anormal a dor	3
	Extensão anormal à dor	Extensão anormal a dor	2
	Nenhuma resposta	Nenhuma resposta	1
Escore Total Normal	< 6m		13
	6-12m		13
	1-2a		14
	2-5a		15
	> 5ª		15

Flexão anormal à dor – decorticação
Extensão anormal à dor – descerebração

Elaboração	Revisão	Aprovação
Cassia Oliveira Lopes Edna Barbosa da Silva	Julianna Letícia G. Cotrick Gomes	Maísa Ferreira dos Santos

PROCEDIMENTO

SAMU SP 051

Revisão nº 05

Data emissão: 24/01/2022

Data próxima revisão: 24/01/2024

TRAUMA OCULAR

1. OBJETIVO

Descrever o atendimento a vítima com trauma ocular.

2. ÁREAS ENVOLVIDAS

SIV e Central de Regulação.

3. DEFINIÇÃO

O trauma ocular é aquele que atinge o globo ocular e seus anexos, podem ser mecânicos (aberto e fechado), químicos, elétricos ou térmicos.

4. SIGLAS E ABREVIATURAS

EV: Endovenoso.

MR: Médico Regulador.

SAMU: Serviço Atendimento Móvel de Urgência.

SIV: Suporte Intermediário de Vida.

5. PROCEDIMENTOS E RESPONSABILIDADES

Queimaduras térmicas.

- Realize irrigação com água ou soro fisiológico abundantemente, iniciando o mais rápido possível, na tentativa de remover completamente a substância irritante;
- Irrigue o olho lesionado do canto nasal para o canto auricular;
- Cubra os dois olhos com gaze umedecida com soro fisiológico.

Queimaduras químicas.

- Nas lesões por cal ou cimento, realize limpeza mecânica da conjuntiva e pálpebra com gaze e **NÃO** irrigue.

Lembre-se

A lágrima reage ao componente químico, sendo fator de piora da lesão.

Laceração, abrasão ou/e perfuração por corpo estranho.

- Não remova o objeto/corpo estranho;
- Estabilize o objeto;
- Não exerça pressão direta sobre qualquer ferimento no globo ocular;
- Não faça curativo compressivo na presença de sangramento;
- Não irrigue;
- Em casos de enucleação, não tente recolocar o globo ocular dentro da órbita;
- Cubra o globo ocular com gaze umedecida com soro fisiológico;
- Realizar curativo oclusivo nos dois olhos.

ATENÇÃO

No trauma ocular o curativo é oclusivo, **NUNCA** compressivo!

Para todos os tipos de lesão

- Administre dipirona (01 ampola) diluída em 08 ml EV, infusão lenta se dor leve a moderada;
- Administre 03 ml da solução decimal de cetorolaco de trometamina 30mg se dor intensa;

ATENÇÃO

Lembre-se de verificar alergia antes de administrar a medicação.

- Passe o caso para o MR;
- Transporte para a unidade de saúde conforme orientação do MR.

6. FLUXOGRAMA

Não há.

7. REFERÊNCIAS CONSULTADAS

- PHTLS. Atendimento Pré-Hospitalar ao Traumatizado. National Association of Emergency Medical Technician, 2021. 9ª edição. 762 páginas.
- Protocolo de Atendimento Pré-Hospitalar: Suporte Intermediário de Vida. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde – SAMU, 2014. 4ª. Edição. 112 páginas.
- Takahashi, WY. Traumatismos e emergências oculares. São Paulo: Roca; 2003. (Atualidades Oftalmologia USP, v.5)

8. CONTROLE DE REVISÕES

Revisão	Data	Motivo da Alteração
----------------	-------------	----------------------------

05	24/01/2022	Atualização
----	------------	-------------

9. ANEXOS

Não há.

Elaboração	Revisão	Aprovação
Cassia Oliveira Lopes Edna Barbosa da Silva	Julianna Letícia G. Cotrick Gomes	Maísa Ferreira dos Santos

PROCEDIMENTO

SAMU SP 052

Revisão nº 05

Data emissão: 24/01/2022

Data próxima revisão: 24/01/2024

TRAUMA DE TÓRAX

1. OBJETIVO

Descrever o atendimento a vítima com trauma de tórax.

2. ÁREAS ENVOLVIDAS

SIV, SAV e Central de Regulação.

3. DEFINIÇÃO

Lesão que envolve um ou mais componentes da parede e da cavidade torácica, incluindo o mediastino. As consequências mais comuns deste tipo de trauma são hipóxia, hipercapnia, acidose e hipovolemia, devido principalmente a traumas contusos e/ou penetrantes.

SIGLAS E ABREVIATURAS

BVM: Bolsa-Valva-Máscara.

EV: Endovenoso.

FR: Frequência Respiratória.

IO: Intraóssea.

IRPM: Incursões Respiratória Por Minuto.

MV: Murmúrio Vesicular.

O₂: Oxigênio.

MR: Médico Regulador.

RL: Ringer Lactato.

SAMU: Serviço Atendimento Móvel de Urgência.

SAV: Suporte Avançado de Vida.

SF: Soro Fisiológico.

SIV: Suporte Intermediário de Vida.

VA: Via Aérea.

5. PROCEDIMENTOS E RESPONSABILIDADES

X - Controle todas as lesões exsanguinantes;

A – Vítimas com trauma de tórax. Mantenha permeabilidade de VA e instale dispositivo de imobilização de coluna S/N.

ATENÇÃO

Vítimas com lesão torácica associada à cinemática de trauma de coluna encontradas em:

- ✓ Decúbito dorsal: imobilize manualmente a coluna, e continue avaliação primária.
- ✓ Decúbito ventral ou lateral: imobilize manualmente a coluna, realize o rolamento diretamente na prancha.

B – Atentar-se para irregularidades do padrão respiratório como: bradipnéia, taquipneia, entre outros.

- Avalie o tórax através da inspeção (equimose, hiperemia, ferimento local e movimentos paradoxais), ausculta (diminuição ou abolição do MV de um dos lados e sons anormais) e palpação (crepitações ósseas, enfisema subcutâneo e reação à dor);
- Identifique lesões decorrentes de tensão torácica com redução da pressão arterial e distensão venosa jugular (pneumotórax hipertensivo), poderá observar achado tardio de desvio da traqueia.
- Administre O₂ por máscara não reinalante de 10-15 litros/minutos independente da saturação.
- Nas vítimas com FR < 10 irpm ou > 30 irpm, oferte O₂ por BVM nas frequências: Adulto - 10 vpm, Criança - 20 vpm e Lactente - 25 vpm.
- Evite hiperventilação.
- Aplique curativo de 03 pontas nas lesões soprantes.

ATENÇÃO

A ausência de sinais e sintomas não significa ausência de lesão!

C – Vítimas com trauma de tórax podem ter comprometimento circulatório devido lesões do tipo pneumotórax hipertensivo, hemotórax e tamponamento cardíaco.

- Puncione acesso venoso periférico com cateter 18 ou IO;
- Instale solução isotônica EV (RL ou SF 0,9%) para manter PAS > 90 mmHg;
- Monitore sobrecarga circulatória, através da ausculta pulmonar;
- Monitore sinais vitais e saturação;

ATENÇÃO

Assimetria de pulso (braquiais ou braquial/ femural) identificada na avaliação sugere ruptura traumática da aorta.

- Administre dipirona (01 ampola) diluída em 08 ml EV, infusão lenta, se dor leve a moderada;
- Administre 03 ml da solução da solução decimal de cetorolaco de trometamina 30mg, se dor intensa.

ATENÇÃO

Lembre-se de verificar alergia antes de administrar a medicação.

D – Aplique Escala de Glasgow e avalie as pupilas.

E – Exposição e aquecimento

- Exponha se necessário e aqueça com manta aluminizada;
- Passe o caso para o MR;
- Transporte para a unidade de saúde conforme orientação do MR.

6. FLUXOGRAMA

Não há.

7. REFERÊNCIAS

- PHTLS. Atendimento Pré-Hospitalar ao Traumatizado. National Association of Emergency Medical Technician, 2021. 9ª edição. 762 páginas.
- Protocolo de Atendimento Pré-Hospitalar: Suporte Intermediário de Vida. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde – SAMU, 2014. 4ª. Edição. 112 páginas.

8. CONTROLE DE REVISÕES

Revisão	Data	Motivo da Alteração
05	24/01/2022	Atualização

9. ANEXO

Não há.

Elaboração	Revisão	Aprovação
Edna Barbosa da Silva Cassia Oliveira Lopes	Julianna Letícia G. Cotrick Gomes	Maísa Ferreira dos Santos

PROCEDIMENTO

SAMU SP 053

Revisão nº 05

Data emissão: 24/01/2022

Data próxima revisão: 24/01/2024

TRAUMA ABDOMINAL

1. OBJETIVO

Descrever o atendimento a vítima com trauma abdominal.

2. ÁREAS ENVOLVIDAS

SIV, SAV e Central de Regulação.

3. DEFINIÇÃO

Lesão que ocorre na região do abdome podendo atingir várias estruturas. As lesões podem ser classificadas em abertas ou fechadas.

ATENÇÃO

Vítimas com instabilidade hemodinâmica sem causa aparente suspeite de hemorragia abdominal.

Os sinais e sintomas costumam ser tardios.

O trauma abdominal é de difícil achado nas vítimas com intoxicação álcool e/ou drogas e lesão cerebral

4. SIGLAS E ABREVIATURAS

EV: Endovenoso.

IO: Intraóssea.

O₂: Oxigênio.

MR: Médico Regulador.

RHA: Ruídos Hidroaéreos.

RL: Ringer Lactato.

SAMU: Serviço Atendimento Móvel de Urgência.

SAV: Suporte Avançado de Vida.

SF: Soro Fisiológico.

SIV: Suporte Intermediário de Vida.

5. PROCEDIMENTOS E RESPONSABILIDADES

X - Controle todas as lesões exsanguinantes;

A - Mantenha permeabilidade e instale dispositivo de imobilização de coluna S/N;

ATENÇÃO

Vítimas com lesão abdominal associada à cinemática de trauma de coluna encontradas em:

- ✓ Decúbito dorsal: imobilize manualmente a coluna, e continue avaliação primária.
- ✓ Decúbito ventral ou lateral: imobilize manualmente a coluna, realize o rolamento diretamente na prancha.

B - Administre O₂ por máscara 10 a 15 litros/minuto, se saturação < 94%;

C - Monitore os parâmetros qualitativos de instabilidade hemodinâmica;

➤ Associe a cinemática com as alterações encontradas na vítima:

- ✓ Equimoses, escoriações, hematomas em dorso ou flancos sugerem lesão renal e sangramento retroperitoneal;
- ✓ Equimose linear transversal na parede abdominal (cinto de segurança) sugere lesão intestinal;
- ✓ Rigidez ou distensão abdominal, RHA diminuídos ou ausentes sugere peritonite.

➤ Realize curativo oclusivo nos ferimentos sangrantes;

➤ Estabilize em caso de suspeita de lesão pélvica;

➤ Fixe objetos encravados ou imobilize manualmente até a unidade de saúde;

ATENÇÃO

- ✓ Nunca recoloque as vísceras na cavidade abdominal.
- ✓ Manter vísceras cobertas com compressas umedecidas com SF 0,9%.
- ✓ As compressas podem ser recobertas com curativo plástico de evisceração para manter vítima aquecida, ou compressas secas.

➤ Puncione acesso venoso periférico com cateter 18 ou IO;

➤ Instale solução isotônica EV (RL ou SF 0,9%) para manter PAS > 90 mmHg;

➤ Monitore sinais vitais e saturação;

ATENÇÃO

Não realize palpação profunda.

➤ Administre dipirona 1 ampola diluída em 08 ml EV, infusão lenta, se dor leve a moderada;

➤ Administre 3 ml da solução decimal de cetorolaco de trometamina 30mg EV, se dor intensa;

ATENÇÃO

Lembre-se de verificar alergia antes de administrar a medicação.

D – Aplique Escala de Glasgow e avalie as pupilas.

E – Exposição e aquecimento

- Exponha se necessário e aqueça com manta aluminizada;
- Passe o caso para o MR;
- Transporte para a unidade de saúde conforme orientação do MR.

6. FLUXOGRAMA

Não há.

7. REFERÊNCIAS CONSULTADAS

- PHTLS. Atendimento Pré-Hospitalar ao Traumatizado. National Association of Emergency Medical Technician, 2021. 9ª edição. 762 páginas.
- Protocolo de Atendimento Pré-Hospitalar: Suporte Intermediário de Vida. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde – SAMU, 2014. 4ª. Edição. 112 páginas.

8. CONTROLE DE REVISÕES

Revisão	Data	Motivo da Alteração
05	24/01/2022	Atualização

9. ANEXO

Não há.

Elaboração	Revisão	Aprovação
Cássia Oliveira Lopes Edna Barbosa da Silva	Julianna Letícia G. Cotrick Gomes.	Maísa Ferreira dos Santos

PROCEDIMENTO

SAMU SP 054

Revisão nº 05

Data emissão: 24/01/2022

Data próxima revisão: 24/01/2024

TRAUMA MUSCULO ESQUELÉTICO

1. OBJETIVO

Descrever o atendimento a vítima com trauma musculo esquelético.

2. ÁREAS ENVOLVIDAS

SIV, SAV e Central de Regulação.

3. DEFINIÇÃO

Mecanismos traumáticos que causam lesões em ligamentos, músculos e os ossos.

4. SIGLAS E ABREVIATURAS

AVP: Acesso Venoso Periférico.

EV: Endovenoso.

IO: Intraóssea.

MM: Membros.

MMII: Membros Inferiores.

MMSS: Membros Superiores.

MR: Médico Regulador.

O₂: Oxigênio.

SAMU: Serviço Atendimento Móvel de Urgência.

SAV: Suporte Avançado de Vida.

SIV: Suporte Intermediário de Vida.

VA: Vias Aéreas

5. PROCEDIMENTOS E RESPONSABILIDADES

X – Lesões exsanguinantes (avulsão e amputações) Aplique técnica de controle de hemorragia:

- Realize compressão direta nos ferimentos hemorrágicos;

- Realize empacotamento (protocolo específico) nas feridas abertas (cavidade) com sangramentos não controlados na compressão;
- Realize torniquete (protocolo específico) quando os procedimentos anteriores aplicados não obtiverem sucesso e estiverem localizados em extremidades (MMSS e MMII).

A - Mantenha permeabilidade da VA, estabilize a coluna cervical e utilize os dispositivos de imobilização assim que possível, nos casos de história de trauma.

B - Administre O₂ por máscara 10 a 15 litros/minuto, se saturação < 94%;

C - A instabilidade hemodinâmica esta associada à fratura pélvica/fêmur.

- Estabilize fratura pélvica/femoral;

A avaliação da pelve em busca de estabilização/crepitação deverá ser realizada por apenas 01 profissional.

Perdas sanguíneas estimadas com fratura fechada	
Pelve	1000 a 3000 ml
Fêmur	1000 a 2000 ml
Tíbia	500 a 1000 ml
Úmero	500 a 750 ml
Radio/ulna	250 a 500 ml
Costela	125 ml

- Puncione acesso venoso periférico com catéter 18 ou IO;
- Instale solução isotônica (RL ou SF 0,9%) EV para manter PAS > 90 mmHg;
- Monitore sinais vitais e saturação;
- Administre 1 ampola de dipirona diluída em 8 ml, infunda EV lentamente se dor leve e/ou moderada;
- Administre 3 ml da solução decimal de cetorolaco de trometamina 30mg se dor intensa.

ATENÇÃO

Lembre-se de verificar alergia antes de administrar a medicação.

D - Aplique Escala de Coma de Glasgow e avalie pupilas.

E - Exponha a vítima que apresenta sangramento nas vestes, deformidade anatômica de MM e referência de dor. Aqueça com manta aluminizada.

ATENÇÃO

Nas vítimas graves, AVP/IO, curativos e imobilizações nas lesões de ossos curtos, deverão ser realizados durante o transporte.

Não perca tempo!

- Lave os ferimentos com excesso de sujidade com SF 0,9% antes de imobilizar;
- Avalie presença de pulso distal abaixo da lesão, antes de imobilizar;
- Aplique curativo estéril em fraturas e ou luxações abertas;
- **Posicione anatomicamente o membro fraturado e/ou com deformidade;**
- Imobilize o membro fraturado e/ou com deformidade sobre tala rígida;
- **Imobilize lesões articulares na posição encontrada;**
- Realize curativo compressivo e enfaixamento no membro amputado*;

ATENÇÃO

* Acondicione o segmento amputado em saco plástico e esse em um segundo saco com gelo (na ausência de gelo, coloque em SF 0,9%)

- Fixe a vítima com tirantes na prancha e na maca;

ATENÇÃO

- ✓ Avalie a perfusão do membro lesionado antes e depois de imobilizar.
- ✓ Lesões ósseas: imobilizar uma articulação acima e uma articulação abaixo.
- ✓ Lesões articulares: imobilizar um osso acima e um osso abaixo.

- Passe o caso para o MR;
- Transporte para unidade de saúde conforme orientação do MR.
- O deslocamento deve ser feito com cuidado evitando piora das lesões já existentes.

SÍNDROME DO ESMAGAMENTO

É uma condição em que ocorre liberação da mioglobina e potássio devido à retirada da força de esmagamento sobre a extremidade.

As principais ocorrências dessa síndrome estão relacionadas a:

- ✓ Vítimas presas em escombros,
- ✓ Vítimas presas em ferragens,
- ✓ Pessoas que sofrem quedas e permanecem por muito tempo na mesma posição.

O enfermeiro deve realizar AVP, o mais rápido possível, e iniciar a infusão de SF 0,9% 1000 ml/h.

Atenção: Não administrar Ringer Lactato.

SÍNDROME COMPARTIMENTAL

É uma condição em que o suprimento sanguíneo de uma determinada extremidade está comprometido devido à presença de sangue ou edema no local aumentando a pressão.

A presença de dor desproporcional a lesão e alteração da sensibilidade (aumento ou diminuição) sugere esta síndrome.

Caso tenha realizado imobilização e a vítima apresente estes sinais: refaça o procedimento e observe pulso, edema e dor local.

6. FLUXOGRAMA

Não há.

7. REFERÊNCIAS CONSULTADAS

- PHTLS. Atendimento Pré-Hospitalar ao Traumatizado. National Association of Emergency Medical Technician, 2021. 9ª edição. 762 páginas.
- Protocolo de Atendimento Pré-Hospitalar: Suporte Intermediário de Vida. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde – SAMU, 2014. 4ª. Edição. 112 páginas.

8. CONTROLE DE REVISÕES

Revisão	Data	Motivo da Alteração
05	24/01/2022	Atualização

9. ANEXO

Não há.

Elaboração	Revisão	Aprovação
Cassia Oliveira Lopes Edna Barbosa da Silva	Julianna Letícia G. Cotrick Gomes.	Maísa Ferreira dos Santos

PROCEDIMENTO

POP SAMU SP 055

Revisão nº 05

Data emissão: 24/01/2022

Data próxima revisão: 24/01/2024

ATENDIMENTO A VÍTIMA DE QUEIMADURA

1. OBJETIVO

Descrever o atendimento a vítima de queimadura.

2. ÁREAS ENVOLVIDAS

SIV, SAV, Central de Regulação e Corpo de Bombeiros.

3. DEFINIÇÃO

Segundo MS, queimaduras são feridas traumáticas causadas, na maioria das vezes, por agentes térmicos, químicos, elétricos ou radioativos. Atuam nos tecidos de revestimento do corpo humano, determinando destruição parcial ou total da pele e seus anexos, podendo atingir camadas mais profundo, como tecido celular subcutâneo, músculos, tendões e ossos.

Classificações:

Queimaduras Superficiais – atinge a epiderme (hiperemia, dor e bolhas). Essa lesão não é incluída no cálculo de reposição volêmica.

Queimaduras de Espessura Parcial – atinge epiderme e parte da derme (bolhas ou áreas cruentas, base de aspecto brilhante ou úmido, hiperemia e dor).

Queimaduras de Espessura Completa – destruição completa da epiderme e derme (espessa, seca, branca e aspecto coriáceo). A dor pode estar presente.

Queimaduras Subdérmicas – atingem tecidos profundos como gordura, músculo, ossos e órgãos. (Necrose).

4. SIGLAS E ABREVIATURAS

ASC: Área de Superfície Corpórea.

EV: Endovenoso.

IO: Intraóssea.

MS: Ministério da Saúde.

O₂: Oxigênio.

SAMU: Serviço Atendimento Móvel de Urgência.

SAV: Suporte Avançado de Vida.

SIV: Suporte Intermediário de Vida.

VA: Vias Aéreas.

5. PROCEDIMENTOS E RESPONSABILIDADES

Segurança da Cena

- Avalie segurança da cena antes de acessar a vítima;
- Solicite apoio do Corpo de Bombeiros em situação de risco para a equipe;
- Afaste a vítima do agente causador.

Medidas no atendimento

X - Controle todas as lesões exsanguinantes;

A - Vítima com alteração o nível de consciência (intoxicação) e/ou edema da VA (queimadura).

ATENÇÃO

Vítimas com rouquidão, fuligem no rosto e/ou escarro carbonáceo sugerem obstrução por edema de VA. Lesão inalatória por monóxido de carbono e/ou cianeto (protocolo específico)

Não perca tempo!

- Solicite apoio do SAV;
- Avalie a presença de edema da VA nas vítimas inconscientes, antes da colocação da cânula de Guedel;
- Administre O₂ por máscara não reinalante 15 litros/minutos, independente da saturação;
- Estabilize manualmente a coluna cervical nas vítimas de trauma.

ATENÇÃO

Vítimas com suspeita de lesão traumática encontrada em:

- ✓ Decúbito dorsal: imobilize manualmente a coluna e continue avaliação primária.
- ✓ Decúbito ventral ou lateral: imobilize manualmente a coluna, realize o rolamento diretamente na prancha.

B - Avalie presença de lesões circunferenciais no tórax e/ou irregularidades do padrão respiratório no mecanismo associado ao trauma.

- Solicite SAV (escarotomia/ descompressão)

C - Vítimas com potencial/ instabilidade hemodinâmico devido translocação de líquidos para o espaço intersticial e/ou perdas sanguíneas devido mecanismo associado ao trauma.

- Corrija feridas sangrantes, estabilize fratura pélvica/femoral;
- Puncione acesso venoso periférico com cateter 18 ou IO, se possível, fora da área lesionada;

- Verifique a porcentagem da área da superfície corpórea queimada e inicie reposição volêmica conforme fórmula de Parkland (02 ml de RL/kg X Peso X ASC queimada). A primeira metade do volume total deve ser administrada nas primeiras 08 horas do início da lesão;
- Monitore sinais vitais e saturação;
- Avalie ritmo cardíaco nas vítimas de choque elétrico, através da palpação e posteriormente monitorização cardíaca;
- Administre dipirona (1 ampola) diluída em 08 ml EV, infusão lenta, se dor leve a moderada;
- Administre 3 ml da solução decimal de 30mg cetorolaco de trometamina, se dor intensa;

ATENÇÃO

Lembre-se de verificar alergia antes de administrar a medicação.

D – Aplique Escala de Glasgow (intoxicação por monóxido e/ou cianeto) e avalie as pupilas;

E – Exposição e aquecimento

- Retire roupas e adereços;
- Interrompa o processo de queimadura com irrigação contínua de SF 0,9% (10 a 15 minutos);
- Cubra todas as lesões térmicas com gaze rayon seca ou plástico de evisceração;

ATENÇÃO

A cobertura das lesões térmicas traz como benefício à analgesia e evita a contaminação

- Cubra a vítima com manta aluminizada;
- Passe o caso para o MR;
- Transporte para a unidade de saúde conforme orientação do MR.

ATENÇÃO

Vítima de queimadura com trauma deve passar primeiramente na sala de emergência para ser avaliada pelo cirurgião.

6. FLUXOGRAMA

Não há.

7. REFERÊNCIAS CONSULTADAS

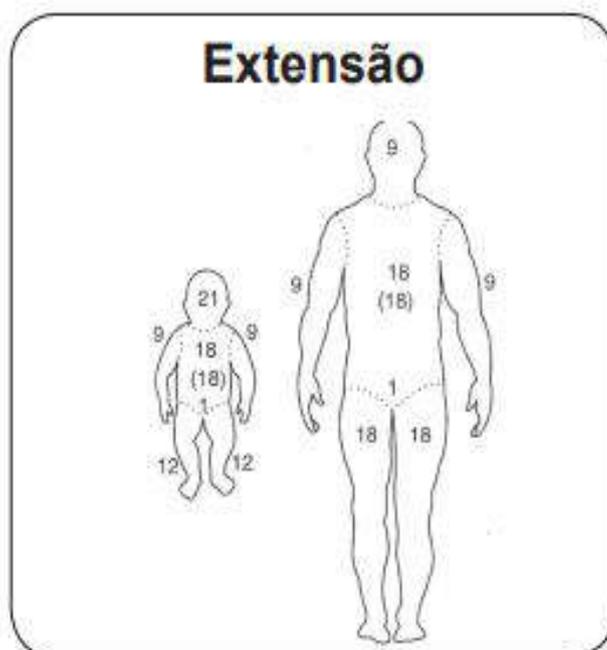
- <https://bvsmms.saude.gov.br/06-6-dia-nacional-de-luta-contra-queimaduras-2/>
- PHTLS. Atendimento Pré-Hospitalar ao Traumatizado. National Association of Emergency Medical Technician, 2021. 9ª edição. 762 páginas.
- Protocolo de Atendimento Pré-Hospitalar: Suporte Intermediário de Vida. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde – SAMU, 2014. 4ª. Edição. 112 páginas.

8. CONTROLE DE REVISÕES

Revisão	Data	Motivo da Alteração
05	24/01/2022	Atualização

9. ANEXO

Regra dos nove em criança e adulto



https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_tratamento_emergencia_queimaduras.pdf

Elaboração	Revisão	Aprovação
Edna Barbosa da Silva	Julianna Letícia G. Cotrick Gomes	Máisa Ferreira dos Santos

PROCEDIMENTO

SAMU SP 056

Revisão nº 05

Data emissão: 24/01/2022

Data próxima revisão: 24/01/2024

ATENDIMENTO A VÍTIMA DE AFOGAMENTO

1. OBJETIVO

Descrever o atendimento a vítima de afogamento.

2. AREAS ENVOLVIDAS

SIV e Central de Regulação.

3. DEFINIÇÃO

A Organização Mundial de Saúde define afogamento como a aspição de líquido não corporal causada por submersão ou imersão (SZPILMAN, 2004). Independente da condição e/ou do grau de afogamento em que a vítima se encontre, a consequência mais importante e danosa da submersão é a hipóxia.

4. SIGLAS E ABREVIATURAS

OMS: Organização Mundial de Saúde.

PCR: Parada Cardiorrespiratória.

PMV: Para Manter Veia.

SIV: Suporte Intermediário de Vida.

SAMU: Serviço Atendimento Móvel de Urgência.

VA: Via Aérea.

5. PROCEDIMENTOS E RESPONSABILIDADES

ATENÇÃO

Todas as vítimas de submersão, ainda que assintomáticas, devem ser encaminhadas para a unidade de saúde.

Nas vítimas de mergulho em água rasa considere lesão cervical e institua protocolo de trauma.

Segurança da Cena

- Nunca entre na água para realizar o atendimento;
- Solicite apoio do Corpo de Bombeiros nos casos de vítimas ainda submersas;

- Realize avaliação primária e intervenha conforme achados, com a vítima em local seguro;
- Se informe sobre o tempo de submersão.

Medidas no atendimento

X - Controle todas as lesões exsanguinantes;

A - Vítima com suspeita de lesão raquimedular (protocolo específico).

- Mantenha permeabilidade da VA, estabilize a coluna cervical e utilize os dispositivos de imobilização assim que possível, nos casos de história de trauma.

B - Administre O₂ por máscara 10 a 15 litros/minuto, se saturação < 94%;

C - Puncione acesso venoso periférico com catéter 18 ou IO;

- Instale SF 0,9% 250 ml, pmv;
- Monitore sinais vitais e saturação;
- Administre dipirona (1 ampola) diluída em 08 ml EV, infusão lenta, se dor leve a moderada;
- Administre 3 ml da solução decimal de 30mg cetorolaco de trometamina, se dor intensa;

ATENÇÃO

Lembre-se de verificar alergia antes de administrar a medicação.

D – Aplique Escala de Glasgow e avalie as pupilas;

E – Exposição e aquecimento

- Retire roupas molhadas;
- Seque a vítima;
- Cubra a vítima com manta aluminizada;
- Passe o caso para o MR;
- Transporte para a unidade de saúde conforme orientação do MR.

ATENÇÃO

Vítima de afogamento com trauma deve passar primeiramente na sala de emergência para ser avaliada pelo cirurgião.

6. FLUXOGRAMA

Não há.

7. REFERÊNCIAS CONSULTADAS

- PHTLS. Atendimento Pré-Hospitalar ao Traumatizado. National Association of Emergency Medical Technician, 2021. 9ª edição. 762 páginas.
- Protocolo de Atendimento Pré-Hospitalar: Suporte Intermediário de Vida. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde – SAMU, 2014. 4ª. Edição. 112 páginas.
- SZPILMAN, D. “Recommended technique for transportation of drowning victim from water and positioning on a dry site varies according to level of consciousness” recomendações mundiais em emergências junto a American Heart Association (AHA) e International Liaison Committee for resuscitation (ILCOR), Budapest, Setembro de 2004.

8. CONTROLE DE REVISÕES

Revisão	Data	Motivo da Alteração
05	24/01/2022	Atualização

9. ANEXO

Não há.

Elaboração	Revisão	Aprovação
Edna Barbosa da Silva	Julianna Letícia G. Cotrick Gomes	Maísa Ferreira dos Santos



SAMU
192

SÃO PAULO

PRÁTICAS AVANÇADAS DE ENFERMAGEM NO APH
SUORTE INTERMEDIÁRIO DE VIDA

ATENDIMENTO PEDIÁTRICO

2022

PROCEDIMENTO

SAMU SP 057

Revisão nº 05

Data emissão: 24/01/2022

Data próxima revisão: 24/01/2024

ATENDIMENTO DA CRIANÇA VÍTIMA DE OVACE

1. OBJETIVO

Descrever as ações do enfermeiro no atendimento da criança vítima de OVACE.

2. ÁREAS ENVOLVIDAS

SIV, SAV e Central de Regulação.

3. DEFINIÇÃO

A obstrução das vias aéreas causada por aspiração de corpo estranho, geralmente localizado na laringe ou traqueia.

Quanto à complexidade, classifica-se em:

Obstrução Leve - criança consegue emitir sons.

Obstrução Grave - criança consciente, não emite sons, tosse fraca ou ineficaz.

O quadro de **inconsciência** pode evoluir rapidamente e exigir manobras de RCP.

4. SIGLAS E ABREVIATURAS

BVM: Bolsa-Valva-Máscara;

DDH: Decúbito Dorsal Horizontal;

FC: Frequência Cardíaca;

FR: Frequência Respiratória;

MR: Médico Regulador;

O₂: Oxigênio;

OVACE: Obstrução das Vias Aéreas por Corpo Estranho;

RCP: Reanimação Cardiopulmonar;

SAMU: Serviço Atendimento Móvel de Urgência;

SAV: Suporte Avançado de Vida;

SIV: Suporte Intermediário de Vida;

SSVV: Sinais Vitais;

VA: Via Aérea.

5. PROCEDIMENTOS E RESPONSABILIDADES

5.1. OBSTRUÇÃO LEVE

- Estimule tosse, até expelir objeto;
- Oferecer oxigênio com máscara não reinalante 8 litros/minuto, e transporte em posição de conforto.

5.2. OBSTRUÇÃO GRAVE

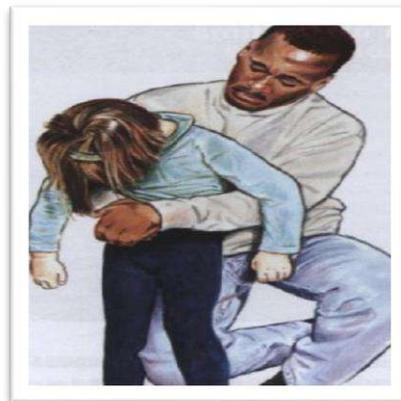
Crianças > de 01 ano e consciente

- Se posicione no mesmo nível da criança;
- Envolver seus braços em sua cintura;
- Posicione uma das mãos fechadas com o polegar encostada à parede abdominal, entre o apêndice xifoide e a cicatriz umbilical;
- Com a outra mão espalmada sobre a primeira, inicie as compressões para dentro e para cima;
- A manobra deve ser repetida até que ocorra a desobstrução ou a criança se torne inconsciente.
- Solicite apoio do SAV.

ATENÇÃO

Aplicar compressões de acordo com estrutura física da criança.

Manobra de desobstrução de VA por corpo estranho em criança > de 01 ano e consciente



Fonte: PALS, 2020

Crianças > de 01 ano e inconsciente

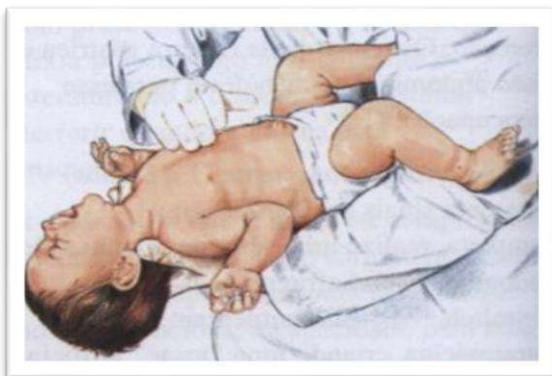
- Posicione a criança em DDH em uma superfície rígida;
- Realize 15 compressões torácicas (2 socorristas) ou 30 compressões torácicas (1 socorrista);

- Abra a VA e avalie a cavidade oral; se o corpo estranho estiver visível e acessível remova-o com os dedos em pinça; se nada encontrado, realize uma insuflação com dispositivo BVM;
- Se o ar não passar ou o tórax não expandir, repositone a cabeça e insufle novamente;
- Se o ar não passar, realize 15 compressões torácicas (1 socorrista) com apenas uma mão;
- Repita o ciclo: 15 compressões e 2 ventilações, avaliação da cavidade oral, compressões e observação da elevação do tórax;
- Se a via aérea permanecer obstruída, informe o MR e siga em manobras para a unidade de saúde;
- Caso haja retorno da respiração, monitorize SSVV e oximetria;
- Instale O₂ 8 litros/minuto, com máscara não reinalante;
- Passe o caso para o MR;
- Transporte para a unidade de saúde conforme orientação do MR.

Crianças < de 1 ano e consciente

- Posicione o bebê em decúbito ventral em seu antebraço;
- Apoie seu antebraço na coxa mantendo a cabeça em nível inferior ao tórax;
- Realize ciclos repetidos de cinco golpes no dorso (entre as escápulas) seguidos de cinco compressões torácicas (entre os mamilos), até que o objeto seja expelido ou o bebê se torne inconsciente;
- Se bebê inconsciente, realize 15 compressões torácicas e 2 ventilações;
- E cada ciclo 15:2 verifique VA;
- Solicite apoio do SAV.
- Comunique MR;
- Realize transporte para unidade de saúde referenciada.

Manobra de desobstrução de VA por corpo estranho em criança < de 01 ano e consciente



Fonte: PALS, 2020

6. FLUXOGRAMA

Não há

7. REFERÊNCIAS CONSULTADAS

- Protocolo de Atendimento Pré-Hospitalar: Suporte Intermediário de Vida. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde – SAMU, 2014.4ª. Edição 112 p.
- PALS. Suporte Avançado de Vida em Pediatria. Editora Elsevier. 5ª Edição. 2020. 528 páginas.

8. CONTROLE DE REVISÕES

Revisão	Data	Motivo da Alteração
05	24/01/2022	Atualização

9. ANEXOS

Não há.

Elaboração	Revisão	Aprovação
Cássia Oliveira Lopes Edna Barbosa da Silva	Julianna Letícia G. Cotrick Gomes.	Maísa Ferreira dos Santos

PROCEDIMENTO

SAMU SP 058

Revisão nº 05

Data emissão: 24/01/2022

Data próxima revisão: 24/01/2024

PARADA RESPIRATÓRIA E CARDIORRESPIRATÓRIA NA CRIANÇA

1. OBJETIVO

Descrever as ações do enfermeiro no atendimento à criança vítima de parada respiratória e cardiorrespiratória.

2. ÁREAS ENVOLVIDAS

SIV, SAV e Central de Regulação.

3. DEFINIÇÃO

Parada respiratória é a supressão súbita dos movimentos respiratórios, podendo acompanhar ou não de parada cardíaca, observando ausência dos movimentos respiratórios, cianose e perda da consciência.

Inconsciência acompanhada de ausência da expansibilidade torácica, ou respiração em gasping com pulso presente > 60 bpm deve ser interpretada como parada respiratória.

A parada cardíaca caracteriza-se pela interrupção da circulação devida ausência ou ineficácia da atividade mecânica do coração.

A ausência de pulso central, ou pulso \leq 60 bpm com perfusão inadequada, associada à parada respiratória considera-se PCR.

4. SIGLAS E ABREVIATURAS

DDH: Decúbito Dorsal Horizontal;

DEA: Desfibrilador Externo Automático;

BVM: Bolsa-Valva-Máscara;

BPM: Batimento Por Minuto;

EV: Endovenoso;

IO: Intraóssea;

MR: Médico Regulador;

O₂: Oxigênio;

PMV: Para Manter Veia;

SAMU: Serviço Atendimento Móvel de Urgência;

SIV: Suporte Intermediário de Vida;

VA: Vias Aéreas;

VPP: Ventilação por Pressão Positiva.

5. PROCEDIMENTOS E RESPONSABILIDADES

Parada respiratória

Quando ocorre ausência de movimentos respiratórios ou presença de gasping.

- Abra vias aéreas e instale cânula orofaríngea;
- Ventile em uma frequência de 2 a 3 segundos, por dispositivo BVM a 8 litros/ O₂ minuto;
- Evite hiperventilar;
- Informe o MR e siga em manobras para o hospital.

Parada cardiorrespiratória

Quando ocorre ausência de pulso, ou pulso ≤ 60 bpm com perfusão inadequada, associada à parada respiratória.

- Posicione a criança em DDH em superfície rígida;
- Instale os eletrodos de monitorização;
- Se ritmo chocável, instale as pás do DEA:

ATENÇÃO

25 kg (> 8 anos) pás de DEA adulto;
< 25 kg (1 a 8 anos de idade) pás de DEA infantil;
< 1 ano: carga pediátrica (SAV).

- Ligue o aparelho e aguarde orientação sonora;
- Reinicie reanimação imediatamente após o choque;
- Mantenha relação compressão/ventilação 15:2 com 02 socorristas ou 30:2 com 1 socorrista;
- Realize compressão com profundidade de $\geq 1/3$ do diâmetro torácico anteroposterior;
- Permita o completo retorno do tórax após cada compressão;
- Ventile por dispositivo BVM ligada a uma fonte de O₂;
- Instale dispositivo supraglótico e aplique 01 ventilação a cada 2 a 3 segundos;
- Mantenha compressão na frequência de 100-120 por minuto;

Manobras de compressão cardíaca

Crianças < 01 ano: com uma das mãos utilize dois dedos na linha intermamilar e com a outra segure levemente a região frontal ou com as duas mãos circule o tórax da criança e com um polegar sobre o outro realize as compressões.



Fonte: <https://www.iespe.com.br/blog/rcp-em-bebes-e-criancas>

Crianças ≥ 01 ano: utilize uma mão na região intercostal, imediatamente acima do apêndice xifoide e inicie as compressões.



Fonte: <https://papodema.uol.com.br/noticias/dicas-de-primeiros-socorros-para-salvar-vidas-de-bebes-e-criancas.html>

- Avalie presença de pulso após cada ciclo;
- Troque o profissional da compressão a cada dois minutos;
- Puncione acesso venoso e/ou IO e infunda SF 0,9% EV, pmv;
- Prepare solução com 09 ml de SF 0,9% +1mg de Adrenalina;
- Criança menor que 10 kg: prepare rediluição usando 01 ml da solução pronta, adicionando 09 ml de SF 0,9%;
- Administre 0,1 mg /kg (equivalente a 0,1ml/kg) da segunda solução de Adrenalina, de 3 a 5 minutos;
- Administre flush de 10 ml de SF 0,9% após infusão da adrenalina;
- Levante o membro após administrar o flush;
- Repita até 03 doses na cena;
- Se ritmo chocável: administre amiodarona 05mg/Kg EV, durante transporte.

- Administre flush de 10 ml de SF 0,9% após infusão da amiodarona;
- Levante o membro após administrar o flush caso EV;
- Passe o caso para o MR;
- Transporte para a unidade de saúde conforme orientação do MR.

6. FLUXOGRAMA

Sim.

7. REFERÊNCIAS CONSULTADAS

- Protocolo de Atendimento Pré-Hospitalar: Suporte Intermediário de Vida. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde – SAMU, 2014.4ª. Edição 112 p.
- PALS. Suporte Avançado de Vida em Pediatria Editora Elsevier. 5ª Edição. 2020. 528 páginas.

8. CONTROLE DE REVISÕES

Revisão	Data	Motivo da Alteração
05	24/01/2022	Atualização

9. ANEXO

Há anexo.

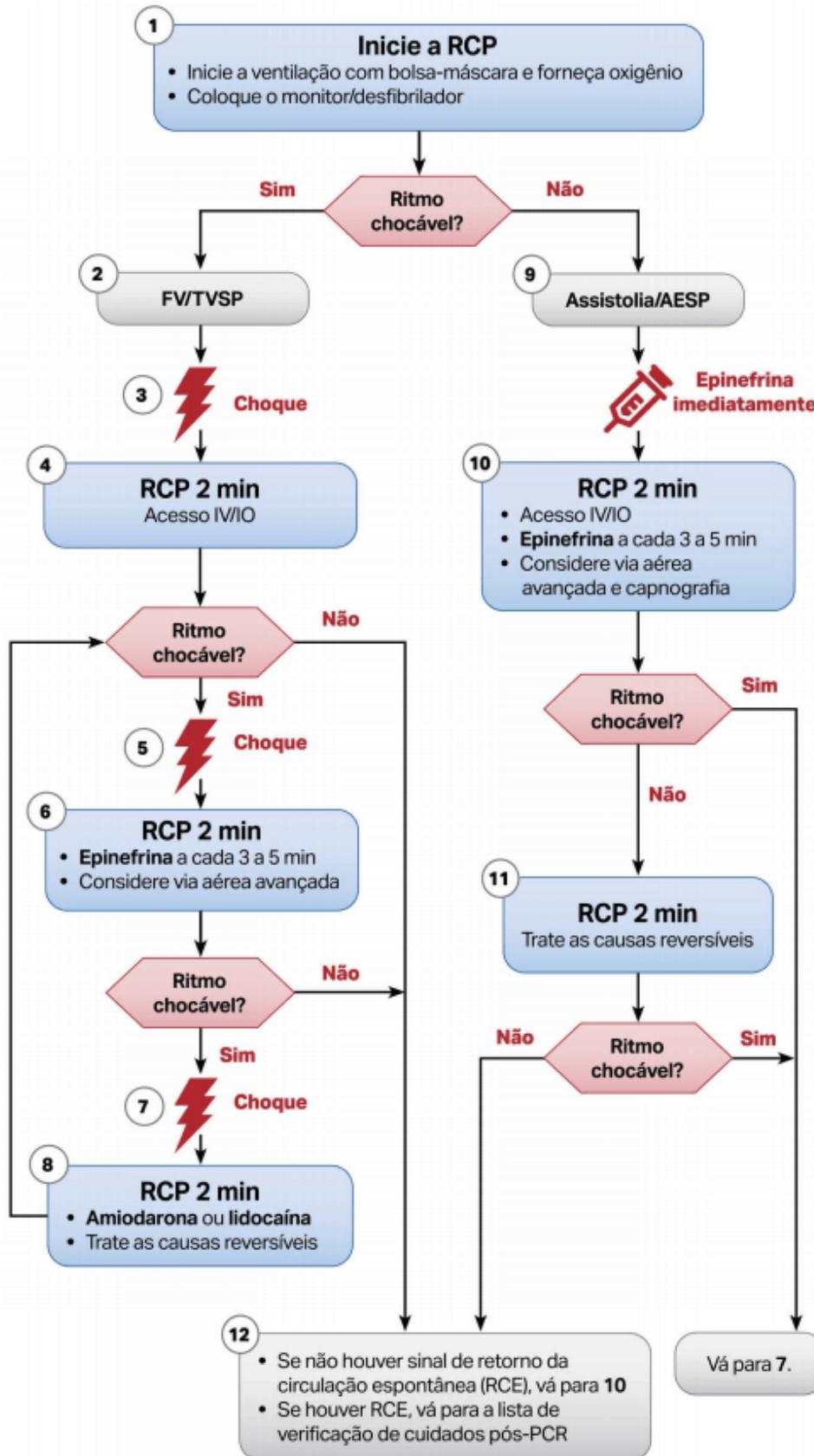
RELAÇÃO IDADE (MESES) X PESO

IDADE (meses)	Peso médio	Adrenalina (rediluição 0,1 mg/kg) Dose por ml	Amiodarona (05 mg/kg) Dose por ml
0 meses	3,2 kg	0,32 ml	0,32 ml
1 mês	4,2 kg	0,42 ml	0,42 ml
2 meses	5,1 kg	0,51 ml	0,51 ml
3 meses	5,8 kg	0,58 ml	0,58 ml
4 meses	6,4 kg	0,64 ml	0,64 ml
5 meses	6,9 kg	0,69 ml	0,69 ml
6 meses	7,3 kg	0,73 ml	0,73 ml
7 meses	7,6 kg	0,76 ml	0,76 ml
8 meses	7,9 kg	0,79 ml	0,79 ml
9 meses	8,2 kg	0,82 ml	0,82 ml
10 meses	8,5 kg	0,85 ml	0,85 ml
11 meses	8,7 kg	0,87 ml	0,87 ml
12 meses	8,9 kg	0,89 ml	0,89 ml
13 meses	9,2 kg	0,92 ml	0,92 ml
14 meses	9,4 kg	0,94 ml	0,94 ml
15 meses	9,6 kg	0,96 ml	0,96 ml
16 meses	9,8 kg	0,98 ml	0,98 ml
17 meses	10,0 kg	1,00ml	1,00ml
18 meses	10,2 kg	1,02 ml	1,02 ml
19 meses	10,4 kg	1,04 ml	1,04 ml
20 meses	10,6 kg	1,06 ml	1,06 ml
21 meses	10,9 kg	1,09 ml	1,09 ml
22 meses	11,1 kg	1,11 ml	1,11 ml
23 meses	11,3 kg	1,13 ml	1,13 ml
24 meses	11,5 kg	1,15 ml	1,15 ml

Fonte tabela de peso <https://www.unimed.coop.br/web/unimedrs/viver-bem>, baseado OMS.

Elaboração	Revisão	Aprovação
Cássia Oliveira Lopes Edna Barbosa da Silva	Julianna Letícia G. Cotrick Gomes.	Maísa Ferreira dos Santos

FLUXOGRAMA RCP PEDIATRIA



Qualidade da RCP

- Comprima com força ($\geq \frac{1}{3}$ do diâmetro torácico anteroposterior) e rapidez (de 100 a 120/min) e aguarde o retorno total do tórax
- Minimize as interrupções nas compressões
- Alterne os responsáveis pelas compressões a cada 2 minutos ou antes, em caso de cansaço
- Se estiver sem via aérea avançada, relação compressão-ventilação de 15:2
- Se tiver via aérea avançada, administre compressões contínuas e uma ventilação a cada 2 a 3 segundos

Carga do choque para desfibrilação

- Primeiro choque 2 J/kg
- Segundo choque 4 J/kg
- Choques posteriores ≥ 4 J/kg, máximo de 10 J/kg ou dose para adulto

Tratamento medicamentoso

- **Dose IV/IO de epinefrina:** 0,01 mg/kg (0,1 mL/kg da concentração de 0,1 mg/mL). Dose máxima de 1 mg. Repita a cada 3 a 5 minutos. Se não tiver acesso IV/IO, pode-se administrar dose endotraqueal: 0,1 mg/kg (0,1 mL/kg da concentração de 1 mg/mL).
- **Dose IV/IO de amiodarona:** bolus de 5 mg/kg durante a PCR. Pode ser repetida em um total de até 3 doses para FV/TV sem pulso refratária ou **Lidocaína, dose IV/IO:** inicial: dose de ataque de 1 mg/kg

Via aérea avançada

- Intubação endotraqueal ou via aérea extraglottica avançada
- Capnografia com forma de onda ou capnometria para confirmar e monitorar o posicionamento do tubo ET

Causas reversíveis

- Hipovolemia
- Hipóxia
- Hidrogênio (acidemia)
- Hipoglicemia
- Hipo/hipercalcemia
- Hipotermia
- Tensão do tórax por pneumotórax hipertensivo
- Tamponamento cardíaco
- Toxinas
- Trombose coronária
- Trombose pulmonar

© 2020 American Heart Association

PROCEDIMENTO

SAMU SP 059

Revisão nº 05

Data emissão: 24/01/2022

Data próxima revisão: 24/01/2024

CRISE ASMÁTICA NA CRIANÇA

1. OBJETIVO

Descrever as ações do enfermeiro no atendimento à criança com crise asmática.

2. ÁREAS ENVOLVIDAS

SIV, SAV e Central de Regulação.

3. DEFINIÇÃO

Asma é uma doença inflamatória crônica caracterizada por aumento da resposta das vias aéreas inferiores e por limitação variável ao fluxo aéreo, devido uma interação entre genética, exposição ambiental e outros fatores específicos. O quadro é reversível espontaneamente ou com tratamento, manifestando-se por episódios recorrentes de sibilância, dispnéia, aperto no peito e tosse, particularmente à noite ou pela manhã ao despertar.

4. SIGLAS E ABREVIATURA

MR: Médico Regulador.

O₂: Oxigênio.

SAMU: Serviço Atendimento Móvel de Urgência.

SIV: Suporte Intermediário de Vida.

5. PROCEDIMENTOS E RESPONSABILIDADES

- Mantenha a vítima em decúbito elevado;
- Realize avaliação primária;
 - ✓ Ausculta sons respiratórios:
 - ✓ Administre Salbutamol nas crianças que se encontram em crise, e que não fizeram uso do broncodilatador no dia.
 - ✓ Inicie com 1 puff de Salbutamol e se não houver melhora, após 20 minutos utilize mais 1 puff.

Atenção

Antes de usar o espaçador, libere 01 jato do medicamento.

✓ Alternativa: Na ausência do Salbutamol nos materiais da equipe ou no ambiente onde se encontra a criança, administrar Fenoterol 1 gota para cada 3 kg em 5 ml de SF 0,9%(não ultrapasse 10 gotas), no inalador, a um fluxo de 6 à 8 litros/O₂;

Iniciar a preparação para o transporte imediato durante a 1ª inalação.

ATENÇÃO

Água destilada não deve ser utilizada como veículo nas nebulizações devido ao risco de agravamento e até de óbito durante a exacerbação.

- Informe o MR se confirmado gravidade do quadro;
 - Monitore sinais vitais e saturação;
 - Instale oxigênio por máscara 8 litros/minuto, se Saturação < 94%;
 - Transporte para a unidade de saúde conforme orientação do MR.
- ✓ Mantenha a criança sentada em posição confortável;

6. FLUXOGRAMA

Não há.

7. REFERÊNCIAS CONSULTADAS

- Protocolo de Atendimento Pré-Hospitalar: Suporte Intermediário de Vida. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde – SAMU, 2014.4ª. Edição 112 p.
- PALS. Suporte Avançado de Vida em Pediatria Editora Elsevier. 5ª Edição. 2020. 528 páginas.
- Sociedade Brasileira de Pediatria – III Consenso Brasileiro no manejo da Asma – J. Pneumologia, Junho 2002.

8. CONTROLE DE REVISÕES

Revisão	Data	Motivo da Alteração
05	24/01/2022	Atualização

9. ANEXOS

Não há.

Elaboração	Revisão	Aprovação
Cássia Oliveira Lopes Edna Barbosa da Silva	Julianna Letícia G. Cotrick Gomes.	Maísa Ferreira dos Santos

PROCEDIMENTO

SAMU SP 060

Revisão nº 05

Data emissão: 24/01/2022

Data próxima revisão: 24/01/2024

REAÇÃO ANAFILÁTICA NA CRIANÇA

1. OBJETIVO

Descrever as ações do enfermeiro no atendimento à criança vítima de choque anafilático.

2. ÁREAS ENVOLVIDAS

SIV, SAV e Central de Regulação.

3. DEFINIÇÃO

A anafilaxia é consequência da reação de hipersensibilidade do organismo a um determinado agente, considerada uma emergência pediátrica. Os sintomas variam desde alterações leves como: eritema, prurido e edema periorbitário, até manifestação sistêmica com sibilos, dispnéia, taquicardia e hipotensão, culminando com colapso cardiocirculatório e parada cardíaca.

4. SIGLAS E ABREVIATURAS

EV: Endovenoso;

IO: Intraóssea;

MR: Médico Regulador;

O₂: Oxigênio;

SAMU: Serviço Atendimento Móvel de Urgência;

SIV: Suporte Intermediário de Vida;

VA: Vias Aéreas

5. PROCEDIMENTOS E RESPONSABILIDADES

- Reconheça precocemente o quadro de choque anafilático (urticária, angioedema, comprometimento respiratório e gastrointestinal e/ou hipotensão arterial). A ocorrência de dois ou mais destes sintomas imediatamente após a exposição ao alérgeno necessita de tratamento imediato;
- Suspenda a exposição ao provável agente;
- Mantenha a criança em decúbito elevado;
- Avalie a permeabilidade das VAS;
- Administre O₂ em máscara não reinalante 8 litros/minuto;

- Estabeleça acesso venoso periférico ou IO;
- Administre SF 0,9% 20 ml/Kg EV de 10 a 20 minutos;
- Monitore sinais vitais e saturação;
- Passe o caso para o MR;
- Transporte para a unidade de saúde conforme orientação do MR.

Condutas adicionais caso a anafilaxia seja fortemente suspeita

Administrar Epinefrina (1mg/ml), na dose de 0,01 mg /Kg (0,01 ml/Kg), chegando a um máximo de 0,3 mg (0,3ml), via IM (na região anterolateral do terço médio da coxa), podendo ser repetida a cada 5 a 15 minutos durante o transporte, baseado na resposta à aplicação anterior.

Preparar em seringa de 01 ml e injetar na coxa utilizando agulha 25x7 (ou 30x7 se musculatura hipertrófica ou obesidade local).

Broncoespasmo

Salbutamol acoplado a espaçador e máscara: 1 a 2 puffs com intervalos de 20 minutos

Na ausência salbutamol: inalações com Fenoterol 01gt/ a cada 3 Kg em 5 ml de SF 0,9%,chegando ao máximo de 10 gotas, a cada 20 minutos, conforme necessidade.

6. FLUXOGRAMA

Não há.

7. REFERÊNCIAS CONSULTADAS

- Protocolo de Atendimento Pré-Hospitalar: Suporte Intermediário de Vida. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde – SAMU, 2014.4ª. Edição 112 p.
- PALS. Suporte Avançado de Vida em Pediatria Editora Elsevier. 5ª Edição. 2020. 528 páginas.

8. CONTROLE DE REVISÕES

Revisão	Data	Motivo da Alteração
05	24/01/2022	Atualização

9. ANEXOS

Não há.

Elaboração	Revisão	Aprovação
Cassia Oliveira Lopes Edna Barbosa da Silva	Julianna Letícia G. Cotrick Gomes.	Maísa Ferreira dos Santos

PROCEDIMENTO

SAMU SP 061

Revisão nº 05

Data emissão: 24/01/2022

Data próxima revisão: 24/01/2024

DISTÚRBIOS HIDROELETROLÍTICOS EM CRIANÇA

1. OBJETIVO

Descrever as ações do enfermeiro no atendimento à criança com distúrbios hidroeletrólíticos (vômitos, diarreia e desidratação).

2. ÁREAS ENVOLVIDAS

SIV, SAV e Central de Regulação.

3. DEFINIÇÃO

Distúrbios hidroeletrólíticos são deficiências na quantidade de eletrólitos e água no corpo humano, podendo ocorrer através de vômitos e diarreia, podendo causar desidratação severa: ausência de lágrimas, olhos fundos, pouca saliva (boca e língua secas), pele com aspecto murcho, fontanelas deprimidas, diminuição do volume da urina, respiração mais acelerada e curta, extremidades frias e pulso fraco.

4. SIGLAS E ABREVIATURA

DLE: Decúbito Lateral Esquerdo;

IO: Intraóssea;

MR: Médico Regulador;

SAMU: Serviço Atendimento Móvel de Urgência;

SIV: Suporte Intermediário de Vida;

VA: Vias Aéreas.

5. PROCEDIMENTOS E RESPONSABILIDADES

- Realize avaliação primária e intervenha conforme achados;
- Realize avaliação secundária SAMPLER;
- Aspire VA, se necessário;
- Instale O₂ com máscara não reinalante, se saturação < 94%;
- Mantenha a criança em DLE;

- Avalie sinais de instabilidade hemodinâmica:

GRAU DE DESIDRATAÇÃO	SINAIS CLINICOS	PROBLEMAS
LEVE	<ul style="list-style-type: none"> ➤ MUCOSAS SECAS ➤ OLIGURIA 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ RESPIRAÇÃO COM ABERTURA DE VAS
MODERADO	<ul style="list-style-type: none"> ➤ TURGOR CUTÂNEO INADEQUADO ➤ FONTANELA DEPRIMIDA ➤ OLIGURIA ACENTUADA ➤ TAQUICARDIA ➤ TAQUIPNEIA SILENCIOSA 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ FONTANELA ABERTA SOMENTE EM LACTENTE ➤ FEBRE
GRAVE	<ul style="list-style-type: none"> ➤ TAQUICARDIA ACENTUADA ➤ PULSOS PERIFÉRICOS FRACOS OU AUSENTES ➤ TAQUIPNEIA SILENCIOSA ➤ HIPOTENSÃO E ➤ ALTERAÇÃO NO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (ACHADOS TARDIOS) 	

- Puncione acesso venoso periférico com cateter 22 ou 24 ou IO;
- Infunda SF 0,9% 20 ml / kg em 20 minutos;
- Avalie sinais vitais e saturação;
- Passe o caso para o MR;
- Transporte para a unidade de saúde conforme orientação do MR.

6. FLUXOGRAMA

Não há.

7. REFERÊNCIAS CONSULTADAS

- Protocolo de Atendimento Pré-Hospitalar: Suporte Intermediário de Vida. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde – SAMU, 2014.4ª. Edição 112 p.
- PALS. Suporte Avançado de Vida em Pediatria Editora Elsevier. 5ª Edição. 2020. 528 páginas.

8. CONTROLE DE REVISÕES

Revisão	Data	Motivo da Alteração
05	24/01/2022	Atualização

9. ANEXOS

Não há.

Elaboração	Revisão	Aprovação
Cassia Oliveira Lopes Edna Barbosa da Silva	Julianna Letícia G. Cotrick Gomes	Maísa Ferreira dos Santos

PROCEDIMENTO

SAMU SP 062

Revisão nº 05

Data emissão: 24/01/2022

Data próxima revisão: 24/01/2024

HIPOGLICEMIA NO RN E CRIANÇA

1. OBJETIVO

Descrever as ações do enfermeiro no atendimento ao RN e a criança com quadro de hipoglicemia.

2. ÁREAS ENVOLVIDAS

SIV, SAV e Central de Regulação.

3. DEFINIÇÃO

Criança insulino dependente, em tratamento com hipoglicemiante oral, ingesta insuficiente de alimentos, jejum prolongado, pós-atividade física ou estresse emocional, apresentando glicemia capilar < 60mg/dl, associada à alteração do nível de consciência, palidez e tremores.

ATENÇÃO

RN considere hipoglicemia nos valores ≤ 45 mg/dl

4. SIGLAS E ABREVIATURAS

EV: Endovenoso;

MR: Médico Regulador;

O₂: Oxigênio;

PMV: Para Manter Veia;

SAMU: Serviço Atendimento Móvel de Urgência;

SF: Soro Fisiológico;

SG: Soro Glicosado;

SIV: Suporte Intermediário de Vida.

5. PROCEDIMENTOS E RESPONSABILIDADES

- Realize avaliação primária e intervenha conforme achados;
- Avalie glicemia capilar;
- Avalie frequência cardíaca e saturação;
- Administre O₂ por máscara não reinalante, se saturação < 94%;

- Puncione acesso venoso periférico com cateter 22 ou 24;
- Instale SF 0,9% 100 ml EV , pmv;
- Trate a hipoglicemia conforme faixa etária:
 - ✓ Criança: Administre **glicose 25%: 3 ml/kg**, EV puro e lento.

ATENÇÃO

Para crianças que necessitam de infusão de glicose 25 % maior que 50 mls, deverá ser administrado glicose 25% e SF 0,9% na proporção de 1:1.
Lembre-se que o lúmen da veia periférica suporta até 12,5% de soluto.

- ✓ RN assintomático com glicemia ≤ 45 mg/dl: Ofereça **SG 5% VO**, aspire 1 ml/kg na seringa e dê gota a gota;
- ✓ RN sintomático (tremores, convulsão, hipotermia, taquipneia, taquicardia, cianose, secção débil) com glicemia ≤ 45 mg/dl: Administre **SG 10% 1 ml/kg**, EV puro e lento.
- Passe o caso para o MR;
- Transporte para a unidade de saúde conforme orientação do MR.

6. FLUXOGRAMA

Não há.

7. REFERÊNCIAS CONSULTADAS

- Protocolo de Atendimento Pré-Hospitalar: Suporte Intermediário de Vida. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde – SAMU, 2014.4ª. Edição 112 p.
- PALS. Suporte Avançado de Vida em Pediatria Editora Elsevier. 5ª Edição. 2020. 528 páginas.

8. CONTROLE DE REVISÕES

Revisão	Data	Motivo da Alteração
05	24/01/2022	Atualização

9. ANEXOS

Não há.

]

Elaboração	Revisão	Aprovação
Cassia Oliveira Lopes Edna Barbosa da Silva	Julianna Letícia G. Cotrick Gomes	Maísa Ferreira dos Santos

PROCEDIMENTO

SAMU SP 063

Revisão nº 05

Data emissão: 24/01/2022

Data próxima revisão: 24/01/2024

CRISE CONVULSIVA NA CRIANÇA

1. OBJETIVO

Descrever as ações do enfermeiro no atendimento à criança com crise convulsiva.

2. ÁREAS ENVOLVIDAS

SIV, SAV e Central de Regulação.

3. DEFINIÇÃO

A Convulsão é um distúrbio no qual ocorre a contração involuntária dos músculos do corpo ou de uma parte dele, devido ao excesso de atividade elétrica em algumas áreas do cérebro.

Podem ser focais/parciais, quando somente um hemisfério do cérebro é atingido, podendo acontecer ou não a perda de consciência associada às alterações motoras, e generalizadas, quando ambos os hemisférios cerebrais são acometidos e normalmente é acompanhada por perda de consciência.

4. SIGLAS E ABREVIATURAS

EV: Endovenoso;

MR: Médico Regulador;

O₂: Oxigênio;

SAMU: Serviço Atendimento Móvel de Urgência;

SIV: Suporte Intermediário de Vida;

VA: Vias Aéreas.

5. PROCEDIMENTOS E RESPONSABILIDADES

- Realize avaliação primária e intervenha conforme achados;
- Garanta a permeabilidade das VA;
- Mantenha a criança lateralizada (na ausência da possibilidade de trauma);
- Aspire secreções das VA, se necessário;
- Administre O₂ por máscara 8 litros/minuto;
- Monitore sinais vitais e saturação;

- Avalie glicemia capilar;
- Trate a hipoglicemia conforme a faixa etária S/N;
- Realize avaliação secundária com ênfase no SAMPLER com histórico de epilepsia, diabetes mellitus uso de medicamentos, tumores, síndromes;
- Passe o caso para o MR;
- Transporte para a unidade de saúde conforme orientação do MR.

6. FLUXOGRAMA

Não há.

7. REFERÊNCIAS CONSULTADAS

- Protocolo de Atendimento Pré-Hospitalar: Suporte Intermediário de Vida. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde – SAMU, 2014.4ª. Edição 112 p.
- PALS. Suporte Avançado de Vida em Pediatria. Editora Elsevier. 5ª Edição. 2020. 528 páginas.

8. CONTROLE DE REVISÕES

Revisão	Data	Motivo da Alteração
05	24/01/2022	Atualização

9. ANEXO.

Não há

Elaboração	Revisão	Aprovação
Cassia Oliveira Lopes Edna Barbosa da Silva	Julianna Letícia G. Cotrick Gomes	Maísa Ferreira dos Santos

PROCEDIMENTO

SAMU SP 064

Revisão nº 05

Data emissão: 24/01/2022

Data próxima revisão: 24/01/2024

FEBRE NA CRIANÇA

1. OBJETIVO

Descrever as ações do enfermeiro no atendimento à criança com febre.

2. ÁREAS ENVOLVIDAS

SIV, SAV e Central de Regulação.

3. DEFINIÇÃO

Febre é o aumento da temperatura corpórea central, secundário a uma resposta do hipotálamo decorrente da ação de pirógenos endógenos (prostaglandinas) ou exógenos (bactérias). Temperaturas corporais acima de 37,5° C.

4. SIGLAS E ABREVIATURA

MR: Médico Regulador;

SAMU: Serviço Atendimento Móvel de Urgência;

SIV: Suporte Intermediário de Vida.

5. PROCEDIMENTOS E RESPONSABILIDADES

- Realize avaliação primária e intervenha conforme achados;
- Realize avaliação secundária com ênfase no SAMPLER;
- Avalie sinais vitais e temperatura;
- Verifique alergia paracetamol ou dipirona;
- Administre:

Paracetamol 1gt/kg (máximo 40 gotas), se temperatura > 37.5 e não tiver sido medicado nas últimas 4hs;

OU

Dipirona Sódica 1gt//kg (máximo 40 gotas), se temperatura > 37.5 e não tiver sido medicado nas últimas 4hs.

- Passe o caso para o MR;
- Transporte para a unidade de saúde conforme orientação do MR.

6. FLUXOGRAMA

Não há.

7. REFERÊNCIAS CONSULTADAS

- Protocolo de Atendimento Pré-Hospitalar: Suporte Intermediário de Vida. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde – SAMU, 2014.4ª. Edição 112 p.
- PALS. Suporte Avançado de Vida em Pediatria Editora Elsevier. 5ª Edição. 2020. 528 páginas.

8. CONTROLE DE REVISÕES

Revisão	Data	Motivo da Alteração
05	24/01/2022	Atualização

9. ANEXO

Não há.

Elaboração	Revisão	Aprovação
Cássia Oliveira Lopes Edna Barbosa da Silva	Julianna Letícia G. Cotrick Gomes.	Maísa Ferreira dos Santos

PROCEDIMENTO

SAMU SP 065

Revisão nº 05

Data emissão: 24/01/2022

Data próxima revisão: 24/01/2024

CRISE FALCIFORME NA CRIANÇA

1. OBJETIVO

Descrever as ações do enfermeiro no atendimento à criança com crise falciforme.

2. ÁREAS ENVOLVIDAS

SIV, SAV e Central de Regulação.

3. DEFINIÇÃO

A crise álgica da anemia falciforme se deve a oclusão da microvasculatura causada pelas hemácias falcizadas, levando a isquemia e hipóxia.

4. SIGLAS E ABREVIATURA

AVE: Acidente Vascular Encefálico;

EV: Endovenoso;

MR: Médico Regulador;

O₂: Oxigênio;

SAMU: Serviço Atendimento Móvel de Urgência;

SAV: Suporte Avançado de Vida;

SIV: Suporte Intermediário de Vida.

5 PROCEDIMENTOS E RESPONSABILIDADES

- Realize avaliação primária e intervenha conforme achados;
- Realize avaliação secundária com ênfase para SAMPLER;
- Avalie sinais vitais e saturação;
- Administre O₂ por máscara 8 litros/minuto se saturação ≤ 94%;
- Instale acesso venoso periférico;
- Administre dipirona 1gr EV diluído com Soro Fisiológico 0,9% 08 ml, se dor moderada a forte, para criança maior de 20 kg;

ATENÇÃO

Lembre-se de verificar alergia antes de administrar a medicação.

- Passe o caso para o MR;
- Transporte para a unidade de saúde conforme orientação do MR.

6. FLUXOGRAMA

Não há.

7. REFERÊNCIAS CONSULTADAS

- Protocolo de Atendimento Pré-Hospitalar: Suporte Intermediário de Vida. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde – SAMU, 2014.4ª. Edição 112 p.
- PALS. Suporte Avançado de Vida em Pediatria Editora Elsevier. 5ª Edição. 2020. 528 páginas.

8. CONTROLE DE REVISÕES

Revisão	Data	Motivo da Alteração
05	24/01/2022	Atualização

9. ANEXOS

Não há.

Elaboração	Revisão	Aprovação
Cassia Oliveira Lopes Edna Barbosa da Silva	Julianna Letícia G. Cotrick Gomes	Maísa Ferreira dos Santos



SAMU
192

SÃO PAULO

PRÁTICAS AVANÇADAS DE ENFERMAGEM NO APH
SUORTE INTERMEDIÁRIO DE VIDA

ATENDIMENTO OBSTÉTRICO

2022

PROCEDIMENTO

SAMU SP 066

Revisão nº 05

Data emissão: 24/01/2022

Data próxima revisão: 24/01/2024

TRABALHO DE PARTO**1. OBJETIVO**

Descrever as ações do enfermeiro no atendimento à gestante em trabalho de parto iminente.

2. ÁREAS ENVOLVIDAS

SIV, SAV e Central de Regulação.

3. DEFINIÇÃO

A fase ativa do trabalho de parto é quando as contrações uterinas se intensificam, ficam mais regulares, e vão progressivamente aumentando, em termos de frequência e intensidade, não diminuindo com o repouso. O padrão contrátil inicial é, geralmente, de uma contração a cada 3-5 minutos e dura entre 20 e 60 segundos, evoluindo progressivamente para a dilatação progressiva do colo uterino.

O trabalho de parto iminente apresenta contrações uterinas regulares de 2 em 2 minutos, ocorre a visualização as partes fetais, dilatação total do colo do útero e sensação de “puxo”.

4. SIGLAS E ABREVIATURAS

APH: Atendimento Pré-Hospitalar;

DLE: Decúbito Lateral Esquerdo;

EPI: Equipamento de Proteção Individual;

MR: Médico Regulador;

O₂: Oxigênio;

RN: Recém Nascido;

SAMU: Serviço Atendimento Móvel de Urgência;

SAV: Suporte Avançado de Vida;

SIV: Suporte Intermediário de Vida.

5. PROCEDIMENTOS E RESPONSABILIDADES**PARTO NÃO IMINENTE****Entrevista**

- Realizou pré-natal? (solicite o cartão)
- Sabe qual a data provável do parto?
- Qual a frequência e duração das contrações?
- Perdeu líquido ou secreção por via vaginal?
- Qual o número de gestações anteriores?
- Se a resposta for positiva, pergunte sobre o tipo de parto;
- Qual o número de filhos?
- Se presença de antecedentes patológicos nessa ou em outras gestações como (HAS, DM, etc.);
- Faz algum tratamento?
- Toma algum remédio?

Conduta do Enfermeiro

- Posicione a gestante em DLE;
- Passe o caso para o MR;
- Transporte para a unidade de saúde segundo orientação do MR.

PARTO IMINENTE

Sinais e sintomas

- Contrações de 02 em 02 minutos com duração de 30 a 60 segundos;
- Gestante refere vontade intensa de evacuar;
- Apresentação do polo cefálico (visível);
- Parturiente multipara com vários partos normais;
- Presença ou ausência de bolsa “rota”.

ATENÇÃO

O toque vaginal não é permitido por profissionais no APH.

Medidas no atendimento

- Tranquelize a gestante, explique o procedimento e realize a entrevista;
- Solicite a presença de um acompanhante durante o parto;
- Garanta privacidade dentro das possibilidades;
- Coloque o EPI;
- Mantenha a gestante em posição dorsal;

- Mantenha as pernas fletidas e afastadas com os pés apoiados;
- Realizar a higiene do períneo com solução fisiológica;
- Abra o Kit parto;
- Coloque luvas estéreis;
- Posicione os campos estéreis sob o glúteo e sobre abdome e coxas da gestante;
- Oriente a respirar calmamente nos intervalos entre as contrações e realizar “força de puxo” nas contrações;
- Proteja o períneo com o polegar e o indicador durante o desprendimento cefálico;
- Apoie o polo cefálico, com uma das mãos, enquanto sai;
- Aguarde a rotação externa da cabeça para desprendimento do ombro anterior, abaixando-o e após levante-o para o desprendimento do ombro posterior;
- Apoie o RN após expulsão em campo estéril;

ATENÇÃO

RN com boa vitalidade poderá ser colocado sobre o abdômen materno.

RN com má vitalidade realize protocolo específico

- Não tracione o cordão;
- O corte do cordão para RN com boa vitalidade deve ocorrer até cessar a pulsação do cordão (03 minutos), utilize a seguinte técnica:
 - ✓ Coloque o 1º clamp na distância de 15 a 20 cm do abdome do RN;
 - ✓ O 2º clamp deverá ser colocado após 5 cm do 1º clamp;
 - ✓ Seccione o cordão entre estes dois clamps.

ATENÇÃO

A equipe não deve atrasar o transporte para a unidade de saúde em detrimento da dequitação da placenta.

- Acondicione a placenta em saco plástico identificado com nome da puérpera;
- Encaminhe a placenta junto com a mãe e o RN;
- Mantenha a mãe em posição de confortável em DHH;
- Identifique o RN e a mãe com as pulseiras de identificação;
- Preencha a mesma ficha de APH para a mãe e RN;
- Registre as condições do parto e as condições do nascimento;
- Passe caso para MR;
- Transporte à unidade de saúde regulada pelo MR.

CONDUTA NA CIRCULAR DE CORDÃO

- Peça apoio do SAV;
- Não estimule a ocorrência do parto na cena ou na AM;
- Mantenha a gestante em posição ginecológica;
- Na saída do polo cefálico, observe a presença de circular de cordão:
 - ✓ Avalie a pulsação do cordão;
 - ✓ Afrouxe o cordão por cima da cabeça;
 - ✓ Libere o cordão por cima da cabeça, usando o dedo indicador;
 - ✓ Proceda a assistência ao RN conforme protocolo específico;
 - ✓ Caso não consiga afrouxar/ liberar o cordão, comunique caso para MR e aguarde orientação.

CONDUTA NA APRESENTAÇÃO PÉLVICA

- Peça apoio do SAV;
- Não estimule a ocorrência do parto na cena ou na AM;
- Mantenha a gestante em posição ginecológica;
- Caso ocorra o desprendimento espontâneo do RN, garanta o apoio na sua saída;
- Proceda a assistência ao RN conforme protocolo específico. **Prepara-se para possível reanimação neonatal.**

CONDUTA NA APRESENTAÇÃO TRANSVERSA

- Peça apoio do SAV;
- Não estimule a ocorrência do parto na cena ou na AM;
- Mantenha gestante em DLE;
- Administre máscara de oxigênio de 10-15 litros/minuto, se saturação < 94%;
- Transporte a gestante segundo orientação do MR.

CONDUTA NA PRESENÇA DE PROLAPSO DO CORDÃO

- Peça apoio do SAV;
- Não estimule a ocorrência do parto na cena ou na AM;
- Mantenha a gestante em posição ginecológica elevando a pelve (ex: mochila) diminuindo a pressão sobre o cordão;
- Use o dedo indicador e médio para apoiar a cabeça, liberando a pressão sobre o cordão, mantendo a pulsação do cordão;
- Envolver o cordão exposto em gaze umedecida com SF 0,9%;

- Transporte a gestante segundo orientação do MR;
- Considerar o uso de O₂ nas saturações < ou iguais 94%.

ATENÇÃO

- ✓ Monitore continuamente a presença de pulsação do cordão.
- ✓ Transporte a gestante com cautela, a fim de manter a descompressão do cordão durante todo o trajeto.

6. FLUXOGRAMA

Não há

7. REFERÊNCIAS CONSULTADAS

- ALSO. Suporte Avançado de Vida em Obstetricia, 2019.
- Urgências e Emergências Maternas: gula para diagnóstico e conduta em situações de risco de morte materna / Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Saúde da Mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2000, 2ª edição. 119 p.
- Protocolo de Atendimento Pré-Hospitalar: Suporte Intermediário de Vida. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde – SAMU, 2014.4ª. Edição 112 p.
- PALS. Suporte Avançado de Vida em Pediatria Editora Elsevier. 5ª Edição. 2020. 528 páginas.

8. CONTROLE DE REVISÕES

Revisão	Data	Motivo da Alteração
05	24/01/2022	Atualização

9. Anexos

Não há

Elaboração	Revisão	Aprovação
Celina H.H. Vasconcelos Edna Barbosa da Silva	Julianna Letícia G. Cotrick Gomes.	Maísa Ferreira dos Santos

PROCEDIMENTO

SAMU SP 067

Revisão nº 05

Data emissão: 24/01/2022

Data próxima revisão: 24/01/2024

ATENDIMENTO IMEDIATO AO RECÉM-NASCIDO

1. OBJETIVO

Descrever as ações do enfermeiro no atendimento imediato ao recém-nascido.

2. ÁREAS ENVOLVIDAS

SIV, SAV e Central de Regulação.

3. DEFINIÇÃO

Consiste na avaliação e suporte do RN associado às informações passadas pela mãe em relação à idade gestacional, condição do nascimento (respirando, chorando e tonicidade muscular) após expulsão se o parto já tiver ocorrido.

4. SIGLAS E ABREVIATURAS

O₂: Oxigênio;

RN: Recém Nascido;

SAMU: Serviço Atendimento Móvel de Urgência;

SAV: Suporte Avançado de Vida;

SIV: Suporte Intermediário de Vida;

VAS: Vias Aéreas;

VPP: Ventilação por Pressão Positiva.

5. PROCEDIMENTOS E RESPONSABILIDADES

Condutas ao RN a termo (entre 37 a 41 semanas) com boa vitalidade

- Posicione o RN sobre o abdome da mãe e avalie vias aéreas;
- Aspire VAS apenas se houver sinais de obstrução;
- Envolve-o em campo estéril, cobrindo a cabeça, exceto a face;
- Seque o corpo e cabeça e troque os campos úmidos por secos;
- Coloque a touca de algodão;
- Monitore o padrão respiratório e frequência cardíaca (ausculta do precórdio);

- Realize clampeamento do cordão umbilical após cessação de pulsação (cerca de 3 minutos);
- Aplique a escala de apgar;
- Passe o caso para o MR;
- Transporte para a unidade de saúde conforme orientação do MR;
- Transporte RN no colo da mãe.

ÍNDICE DE APGAR

Avalie no 1º e no 5º minuto de vida.

Se no 5º minuto o índice de apgar for < que 07, avalie a cada 5 minutos, até o total de 20 minutos.

ÍNDICE DE APGAR			
SINAL	0	1	2
FC (BPM)	Ausente	Lenta (< 100)	.> 100
MOVIMENTOS RESPIRATÓRIOS	Ausente	Lentos, irregulares	Bons, choro
TONUS MUSCULAR	Flácido	Alguma flexão	Movimentação ativa
IRRITABILIDADE REFLEXA	Sem resposta	Careta	Tosse reflexa, espirros, choro.
COR	Azul ou pálido	Corpo róseo, extremidade cianótica.	Completamente róseo

Condutas de estabilização do RN prematuro (< 37 semanas) com boa vitalidade

- Após nascimento, posicione o RN entre as pernas da mãe com leve extensão da cabeça;
- Providencie rapidamente o aquecimento do bebê, cobrindo-o com campo estéril, inclusive a cabeça para evitar perda de calor;
- Secar corpo e cabeça e trocar campos úmidos por secos, para evitar resfriamento;
- Colocar touca de algodão.
- RN prematuro que nascer com choro forte, tônus muscular preservado e pele rosada deverá ser realizado clampeamento do cordão entre 30 a 60 segundos.
- Monitore o padrão respiratório e frequência cardíaca (ausculta do precórdio);
- Aplique a escala de apgar;
- Passe o caso para o MR;
- Transporte para a unidade de saúde conforme orientação do MR;
- Transporte RN no colo da mãe.

ATENÇÃO

Prematuros com idade gestacional **< 34 semanas**

- ✓ Envolver RN em plástico transparente (exceto face) sem secar;
- ✓ Colocar a touca sobre o plástico transparente;
- ✓ Todas as manobras de reanimação serão conduzidas com o RN envolto no plástico.

Condutas de estabilização do RN prematuro (< 37 semanas) com má vitalidade

- Para o bebê prematuro com respiração inadequada (irregular, gasping ou apneia) ou FC < 100 bpm (verifique ausculta do precórdio com estetoscópio) ou hipotônico:
- Realize de imediato clampeamento do cordão umbilical;
- Aspire boca e nariz somente se houver sinais de obstrução (secreção/mecônio), utilize sonda de aspiração nº 10 logo após o nascimento (antes do aquecimento);
- Realize estímulo tátil no dorso para tentar estimular a respiração;
- Posicione o RN em DDH e com leve extensão do pescoço (coxins sob os ombros);
- Passe caso para MR e solicite apoio SAV;
- Secar corpo e cabeça e trocar campos úmidos por secos, para evitar resfriamento;
- Colocar touca de algodão;
- Monitore o padrão respiratório e frequência cardíaca (ausculta do precórdio contando os batimentos cardíacos por 6 segundos e multiplicando por 10);
- Se FC < 100, respiração irregular e apnéia, iniciar insuflação com pressão positiva em ar ambiente (IPP);
- Iniciar IPP com ar ambiente (FiO₂ 21%) por 90 segundos (**reavaliando** a cada 30 segundos por 90 segundos);
- IPP com frequência de 40 a 60 insuflações/minuto (regra mnemônica: “aperta... solta... solta, aperta... solta ... solta”);

ATENÇÃO

Verifique o bom posicionamento da máscara e a necessidade de reposicionar a cabeça ou aspirar

- Após 90 segundos se houver melhora (respiração regular, FC > 100 bpm), suspender a IPP;
- Após 90 segundos se não houver melhora com FiO₂ de 21% , conectar oxigênio à 100% com 5 litros/minuto no reservatório da bolsa valva máscara;

- Se houver melhora com O₂ 100% (respiração regular e FC > 100 bpm) suspender IPP e ofertar O₂ inalatório com cateter com mão em concha a 5 litros/minuto;
- Se após 90 segundos de IPP correta com O₂ 100% a FC manter-se < 60 bpm, deve-se manter IPP com O₂ e iniciar compressões torácicas na técnica dos polegares (preferencialmente) na região do 1/3 inferior do esterno por 30 segundos. A relação compressão/ventilação deve ser de 3:1;
- Se após 30 segundos de IPP e compressões torácicas a FC for > 60 bpm, manter apenas IPP até que a FC chegue a 100 bpm e a respiração se regularize. Caso contrário mantenha compressões e ventilações, se não houver apoio SAV, transporte as vítimas.

6. FLUXOGRAMA

Sim

7. REFERÊNCIAS CONSULTADAS

- ALSO. Suporte Avançado de Vida em Obstetricia, 2019.
- Guidelines American Heart Association – Destaques das diretrizes de RCP e ACE - 2020
- Protocolo de Atendimento Pré-Hospitalar: Suporte Intermediário de Vida. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde – SAMU, 2014.4ª. Edição 112 p.
- PALS. Suporte Avançado de Vida em Pediatria. Editora Elsevier. 5ª Edição. 2020. 528 páginas.
- Urgências e Emergências Maternas: guia para diagnóstico e conduta em situações de risco de morte materna / Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Saúde da Mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2000, 2ª edição. 119 p.

8. CONTROLE DE REVISÕES

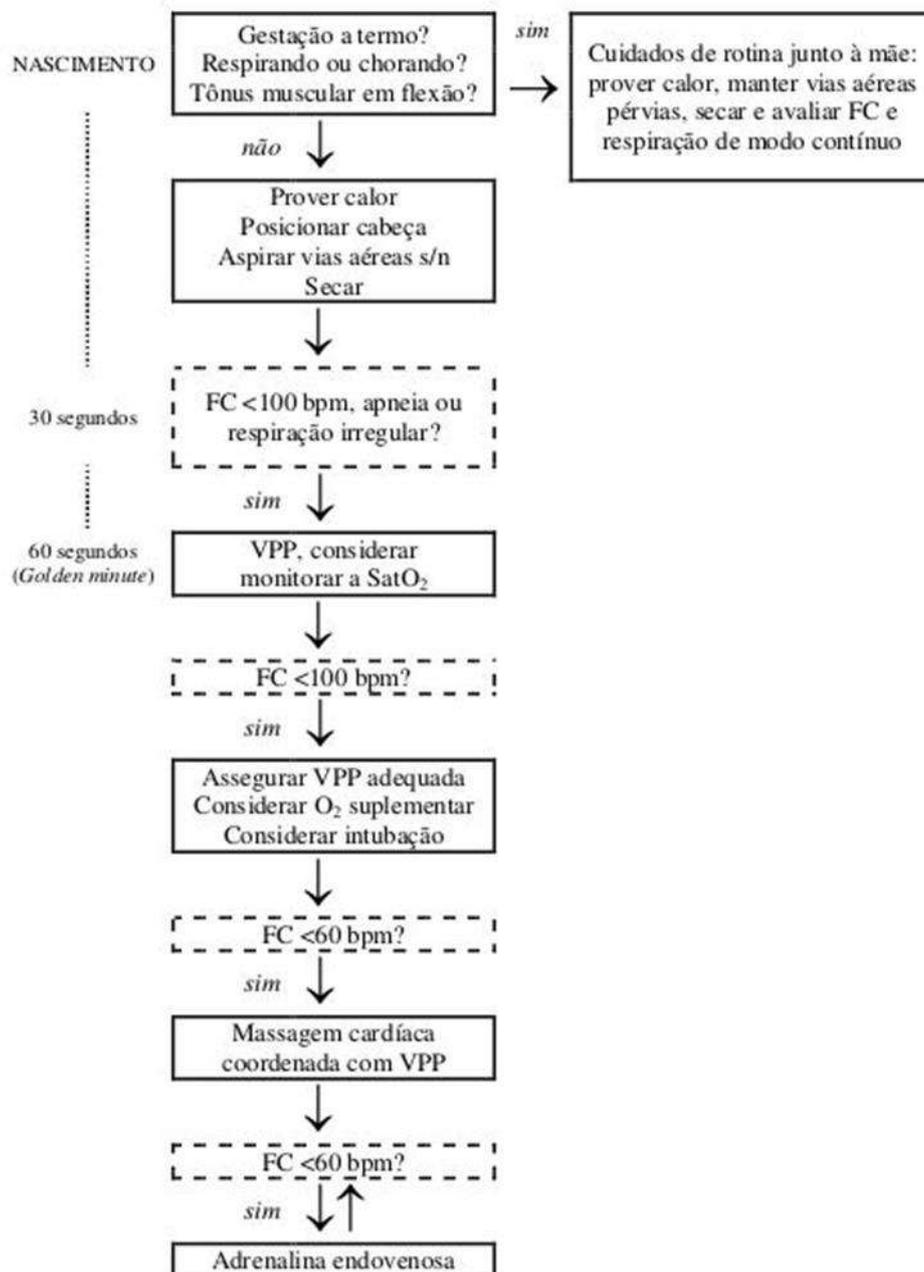
Revisão	Data	Motivo da Alteração
05	24/01/2022	Atualização

9. ANEXO

Não há.

Elaboração	Revisão	Aprovação
Cassia Oliveira Lopes Celina H.H. Vasconcelos Edna Barbosa da Silva	Julianna Letícia G. Cotrick Gomes.	Maísa Ferreira dos Santos

FLUXOGRAMA REANIMAÇÃO NEONATAL



Programa Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria, 2012.

PROCEDIMENTO

SAMU SP 068

Revisão nº 05

Data emissão: 24/01/2022

Data próxima revisão: 24/01/2024

TRAUMA EM GESTANTE

1. OBJETIVO

Descrever as ações do enfermeiro no atendimento à gestante vítima de trauma.

2. ÁREAS ENVOLVIDAS

SIV, SAV e Central de Regulação.

3. DEFINIÇÃO

Geralmente o trauma na gestante acomete a região abdominal por ser proeminente, sendo dois tipos: trauma penetrante e trauma fechado. Consideram-se também quedas de qualquer altura, com ou sem impacto direto sobre o abdome.

Principais lesões abdominais

- Rotura uterina.
- Ferimentos penetrantes.
- Rotura prematura das membranas.
- Descolamento de Placenta.
- Lesão pelo cinto de segurança (crista ilíaca).

ATENÇÃO

Diagnóstico diferencial entre eclâmpsia e TCE

4. SIGLAS E ABREVIATURAS

APH: Atendimento Pré-Hospitalar;

DLE: Decúbito Lateral Esquerdo;

EV: Endovenoso;

IO: Intraóssea;

MID: Membro Inferior Direito;

MR: Médico Regulador;

O₂: Oxigênio;

PAF: Projétil por Arma de Fogo;

SAMU: Serviço Atendimento Móvel de Urgência;

SAV: Suporte Avançado de Vida;

SIV: Suporte Intermediário de Vida;

VA: Vias aéreas.

5. PROCEDIMENTOS E RESPONSABILIDADES

X - Controle todas as lesões exsanguinantes (membros);

A – Mantenha permeabilidade de VA e instale dispositivo de imobilização de coluna S/N.

ATENÇÃO

Vítimas associada à cinemática de trauma de coluna encontradas em:

- ✓ Decúbito dorsal: imobilize manualmente a coluna, e continue avaliação primária.
- ✓ Decúbito ventral ou lateral: imobilize manualmente a coluna, realize o rolamento diretamente na prancha.

Mantenha **gestante em DLE** na prancha longa e coloque um coxim de 10 a 15 cm sob o lado direito da prancha **ou** desloque o útero manualmente em direção ao lado esquerdo da vítima.

Não perca tempo!



Fonte: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/saude/circunstancias-especiais>

B – Administre O₂ de 15 litros/minuto, independente da saturação;

A gestação apresenta taquipneia fisiológica, porém atente-se para lesão torácica (protocolo específico).

C – Observe e anote perdas vaginais, sangramentos, líquido amniótico, presença de contração intensa e movimento fetal.

➤ Puncione acesso venoso periférico com cateter 18 ou IO;

➤ Instale solução isotônica EV (RL ou SF 0,9%) para manter PAS > 90 mmHg, ou em casos de TCE PAS acima de 100 mmHg;

➤ Administre dipirona (01 ampola) diluída em 08 ml EV, infusão lenta, se dor intensa.

ATENÇÃO

Lembre-se de verificar alergia antes de administrar a medicação.

D – Aplique Escala de Glasgow e avalie as pupilas.

➤ Vítima com crise convulsiva pós TCE, infundir Sulfato de Magnésio:

- ✓ **Sulfato de Magnésio 10%:** administrar 4 g (ou seja, 40 ml) diluídos em 200 ml SG5%, EV em 15 minutos.
- ✓ **Sulfato de Magnésio 50%:** administrar 4 g (ou seja, 08 ml) diluídos em 200 ml SG5%, EV em 15 minutos.
- ✓ Se infusão menor que 10 minutos pode haver depressão respiratória e PCR.

ATENÇÃO

Não infundir diazepam na gestante que apresenta crise convulsiva após TCE.

E – Exposição e aquecimento

- Se presença de lesão de extremidade, imobilize conforme protocolo;
- Exponha com critério, evitando perda de calor;
- Mantenha aquecimento com manta aluminizada;
- Passe o caso para o MR;
- Transporte a gestante de acordo com orientação do MR (mantenha lateralidade à esquerda) para a unidade de saúde referenciada.

6. FLUXOGRAMA

Não há.

7. REFERÊNCIAS CONSULTADAS

- ALSO. Suporte Avançado de Vida em Obstetricia, 2019.
- Guidelines American Heart Association – Destaques das diretrizes de RCP e ACE - 2020
- PHTLS. Atendimento Pré-Hospitalar ao Traumatizado. National Association of Emergency Medical Technician, 2021. 9ª edição. 762 páginas.
- Protocolo de Atendimento Pré-Hospitalar: Suporte Intermediário de Vida. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde – SAMU, 2014.4ª. Edição 112 p.

8. CONTROLE DE REVISÕES

Revisão	Data	Motivo da Alteração
05	24/01/2022	Atualização

9. ANEXOS

Não há

Elaboração	Revisão	Aprovação
Celina H.H. Vasconcelos Edna Barbosa da Silva	Julianna Letícia G. Cotrick Gomes	Maísa Ferreira dos Santos

PROCEDIMENTO

SAMU SP 069

Revisão nº 05

Data emissão: 24/01/2022

Data próxima revisão: 24/01/2024

SÍNDROME HIPERTENSIVA NA GESTANTE

1. OBJETIVO

Descrever as ações do enfermeiro no atendimento à gestante vítima de síndrome hipertensiva.

2. ÁREAS ENVOLVIDAS

SIV, SAV e Central de Regulação.

3. DEFINIÇÃO

Essa síndrome apresenta manifestações específicas, definida clinicamente por aumento dos níveis da pressão arterial após a 20ª semana de gestação, associado ou não à proteinúria, conforme os estágios:

Pré-Eclâmpsia

- Edema generalizado
- PA > ou igual 140/ 90mmHg
- Proteinúria (não detectável no APH)

Pré-Eclâmpsia grave

- PA > ou igual 160/110 mmHg
- Proteinúria
- Cefaleia e/ou epigastralgia e/ou distúrbios neurológicos (visuais geralmente)
- Cianose e/ou edema pulmonar e oligúria

Eclâmpsia (geralmente no último trimestre ou no puerpério imediato)

- Pré-Eclâmpsia e crise convulsiva.

4. SIGLAS E ABREVIATURAS

AD: Água Destilada;

DLE: Decúbito Lateral Esquerdo;

EV: Endovenoso;

IO: Intraóssea;

MR: Médico Regulador;

O₂: Oxigênio;

SAMU: Serviço Atendimento Móvel de Urgência;

SAV: Suporte Avançado de Vida;

SIV: Suporte Intermediário de Vida.

5. PROCEDIMENTOS E RESPONSABILIDADES

- Realizar avaliação primária e intervir em achados;
- Realizar monitorização cardíaca e oximetria;
- Instalar O₂ por máscara 15 litros/minuto, independente de saturação;
- Manter DLE;
- Puncionar acesso venoso periférico com catéter IV nº 18 ou IO e infundir SG 5% 250 ml para manutenção (lento), em caso de paciente diabética, utilizar SF 0,9% 250 ml, lento;
- Realize avaliação secundária com ênfase no histórico de epilepsia.

ATENÇÃO

Gestante com histórico de epilepsia que faz uso de anticonvulsivantes e apresentar mal convulsivo deverá ser medicada com **Sulfato de Magnésio**.

Não administre diazepam em gestante!

- Passe o caso para o MR;
- Transporte para a unidade de saúde segundo orientação do MR.

Conduta no caso da Eclâmpsia

- ✓ **Sulfato de Magnésio 10%:** administrar 4 g (ou seja, 40 ml) diluídos em 200 ml SG5%, EV em 15 minutos.
- ✓ **Sulfato de Magnésio 50%:** administrar 4 g (ou seja, 08 ml) diluídos em 200 ml SG5%, EV em 15 minutos.

Atenção: Se infusão menor que 10 minutos pode haver depressão respiratória e PCR.

6. FLUXOGRAMA

Não há.

7. REFERÊNCIAS CONSULTADAS

- Protocolo de Atendimento Pré-Hospitalar: Suporte Intermediário de Vida. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde – SAMU, 2014; 4ª. Edição. 112 p.

- Pré-Eclâmpsia nos seus diversos aspectos – Série orientações e recomendações – Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), nº 8 – 2017.
- Atendimento inicial à Eclampsia - Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) – 16 de Fevereiro 2018.

8. CONTROLE DE REVISÕES

Revisão	Data	Motivo da Alteração
05	24/01/2022	Atualização

9. ANEXOS

Não há

Elaboração	Revisão	Aprovação
Cassia Oliveira Lopes Celina H.H. Vasconcelos	Julianna Letícia G. Cotrick Gomes.	Maísa Ferreira dos Santos

PROCEDIMENTO

SAMU SP 070

Revisão nº 05

Data emissão: 24/01/2022

Data próxima revisão: 24/01/2024

SÍNDROME HEMORRÁGICA PÓS - PARTO

1. OBJETIVO

Descrever as ações do enfermeiro no atendimento à gestante vítima de síndrome hemorrágica pós-parto.

2. ÁREAS ENVOLVIDAS

SIV, SAV e Central de Regulação.

3. DEFINIÇÃO

HEMORRAGIA PÓS-PARTO (HPP): Perda sanguínea acima de 500 ml após parto vaginal ou acima de 1000 ml após parto cesariano nas primeiras 24 horas, ou qualquer perda de sangue pelo trato genital capaz de causar instabilidade hemodinâmica.

HPP MACIÇA: Sangramento nas primeiras 24 horas após o parto (por qualquer via) superior a 2000 ml ou que necessite da transfusão de concentrado de hemácias.

HPP SECUNDÁRIA: Hemorragia que ocorre após 24 horas ou até seis semanas após o parto.

4. SIGLAS E ABREVIATURAS

DLE: Decúbito Lateral Esquerdo;

IO: Intraóssea;

MR: Médico Regulador;

O₂: Oxigênio;

SAMU: Serviço Atendimento Móvel de Urgência;

SAV: Suporte Avançado de Vida;

SF: Soro Fisiológico;

SIV: Suporte Intermediário de Vida.

5. PROCEDIMENTOS E RESPONSABILIDADES

- Realize avaliação primária e intervenha nos achados;
- Monitore sinais vitais e saturação;
- Administre O₂ 15 litros/minuto por máscara não reinalante, se saturação < 94%;

- Transporte gestante em DLE;
- Puncione acesso venoso periférico com catéter 18 ou IO;
- Instale solução isotônica (Ringer Lactato ou SF 0,9%) EV, para manter PAS acima de 90 mmHg,
- Realize avaliação secundária com ênfase no histórico: infecção puerperal, doença trofoblástica gestacional, retenção de tecidos placentários, distúrbios hereditários de coagulação e aborto;
- Mantenha o aquecimento da gestante;
- Passe o caso para o MR;
- Transporte para a unidade de saúde segundo orientação do MR.

ATENÇÃO

Em casos de Aborto, todo o produto expelido deverá ser identificado, acondicionado em saco infectante e encaminhado à unidade de saúde.

6. FLUXOGRAMA

Não há.

7. REFERÊNCIAS CONSULTADAS

- ALSO. Suporte Avançado de Vida em Obstetricia, 2019.
- Guidelines American Heart Association – Destaques das diretrizes de RCP e ACE – 2020.
- PHTLS. Atendimento Pré-Hospitalar ao Traumatizado. National Association of Emergency Medical Technician, 2021. 9ª edição. 762 páginas.
- Recomendações assistenciais para prevenção, diagnóstico e tratamento da hemorragia obstétrica – Organização Pan-Americana da Saúde, Centro Latino Americano de Perinatologia/ Saúde da Mulher e Reprodutiva (CLAP/SMR). OPAS, 2018. 80p.

8. CONTROLE DE REVISÕES

Revisão	Data	Motivo da Alteração
05	24/01/2022	Atualização

9. ANEXO

Não há.

Elaboração	Revisão	Aprovação
Cassia Oliveira Lopes Celina H.H. Vasconcelos	Julianna Letícia G. Cotrick Gomes	Maísa Ferreira dos Santos



SAMU
192

SÃO PAULO

PRÁTICAS AVANÇADAS DE ENFERMAGEM NO APH
SUORTE INTERMEDIÁRIO DE VIDA

ATENDIMENTO PSIQUIÁTRICO

PROCEDIMENTO	SAMU SP 071	
Revisão nº 05	Data emissão: 24/01/2022	Data próxima revisão: 24/01/2024
EMERGÊNCIAS PSIQUIÁTRICAS		

1. OBJETIVO

Descrever as ações do enfermeiro no atendimento a vítima acometida de transtornos mentais leves, moderados e graves.

2. ÁREAS ENVOLVIDAS

SIV, SAV, Central de Regulação, Policiamento e Corpo de Bombeiros.

3. DEFINIÇÃO

Os indivíduos com transtorno mental apresentam alterações de pensamento, percepções, emoções e comportamentos anormais, que podem colocar sua própria vida em risco e demais indivíduos.

4. SIGLAS E ABREVIATURAS

MR: Médico Regulador;

SAMU: Serviço Atendimento Móvel de Urgência;

SAV: Suporte Avançado de Vida;

SIV: Suporte Intermediário de Vida.

5. PROCEDIMENTOS E RESPONSABILIDADES

- No trajeto, certifique-se com a Central de Regulação sobre a necessidade de apoio do Policiamento ou Corpo de Bombeiros (retriagem);
- Ao chegar ao local certifique-se que a cena está segura e peça apoio nas seguintes situações:
 - ✓ Risco para equipe, doente, família ou circundantes;
 - ✓ Vítima agressiva ou portando algum tipo de arma;
 - ✓ Vítima atentando contra a própria vida.

O Enfermeiro deve usar o mnemônico **ACENA**

A - Arredores – considera-se todo um cenário ambiental, incluindo artefato que possa se transformar em arma contra si ou contra terceiros;

C – Conflitos - que possam existir com os familiares e ambiente social, dificultando sua aproximação e a realização dos procedimentos;

E - Expectativa – Atentar-se quanto às expectativas da família/doente, que possam interferir no atendimento;

N - Nível de Consciência (avaliação do estado mental/ comportamento).

Considerar a avaliação das alterações:

- ✓ Afeto: embotamento, distanciamento, empobrecimento, labilidade afetiva, exaltação afetiva;
- ✓ Atenção: hipoprosexia (diminuição da atenção da capacidade de atenção), distração;
- ✓ Linguagem: acelerada (logorréia), repetição dos sons emitidos (ecolalia), criação de linguagem (neologismo);
- ✓ Pensamento: ideias delirantes (persecutória),
- ✓ Senso percepção: ilusão, alucinação, despersonalização ou estado de fuga (esquece sua identidade);
- ✓ Vontade: ausência (abulia), diminuição (hipobulia) e exacerbação (hiperbulia);
- ✓ Entre outros: alteração no senso ético moral; hipercinesia, esterotipia (ações desprovidas de finalidade) e estupor.

ATENÇÃO

As alterações das funções mentais estão correlacionadas umas com as outras.
Lembre-se que as alterações podem ser por fatores orgânicos e psíquicos.

A - Agressividade e agitação psicomotora, como elementos das alterações comportamentais (atente-se para vítimas jovens e usuários de substâncias químicas).

➤ Realize a investigação direcionada aos familiares ou pessoas presentes para a pesquisa de:

- ✓ Doença psiquiátrica;
- ✓ Uso de medicamentos;
- ✓ Uso de álcool ou drogas e/ou abstinência com comportamento agressivo/violento;
- ✓ Tratamentos realizados;
- ✓ Comportamento nos últimos dias

➤ Realize aproximação cautelosa, identifique-se e diga que quer ajudá-lo;

➤ Utilize o mnemônico **AEIOU** para situações de crises e primeiros socorros psicossociais:

A: Estabeleça vínculo com o doente utilizando a comunicação terapêutica (**Apoio**, limite);

E: Realize **Escuta ativa**: escuta de pensamentos e sentimentos e observe a comunicação utilizada pelo doente (verbal e não verbal);

I: Identifique fatores de risco: identifique situações que aumentem a probabilidade de agravo no problema encontrado e fatores de proteção que possam aumentar a sensação de proteção para a pessoa, verifique o que pode ajudar a vítima a perceber-se protegida ao invés de ameaçada, por exemplo: estar com família.

O: Ofereça **Orientações:** apresente elementos que possam orientar a pessoa quanto a diminuir agravantes da situação vivida em questão;

U: Ultimize o que foi e esta sendo realizado com a vítima; apresente um resumo de tudo o que foi feito, mostrando que a vítima foi respeitada, ouvida e que a assistência prestada é para seu benefício, garantindo uma finalização segura no atendimento.

- Utilize frases curtas e se necessário, repetidas;
- Não julgue;
- Mantenha suas mãos à vista da vítima;
- Evite reações bruscas, quando o fizer, avise antes;
- Não dê as costas para a vítima;
- Estabeleça uma rota de fuga de fácil acesso;
- Após vínculo, vítima calma, encaminhe a vítima para a AM, coloque na maca e imobilize a com 03 cintos;
- Caso não ocorrer vínculo e vítima agressiva, comunique a família e aplique contenção (Kit);
- Avalie sempre a vítima durante o transporte e caso ocorra alteração do comportamento de vítima calma para agressiva, comunique a família, pare a AM e aplique contenção (Kit).

Contenção física

É o emprego de meios físicos externos que interfiram na liberdade de movimentos corporais do paciente, com a finalidade de impedir que pratique ato violento de heteroagressão ou autoagressão, utilizada em vítimas que estejam em quadro de agitação psicomotora (APM) e deve ter como objetivo primordial sua proteção, de outras pessoas, incluindo a equipe.

Indicação de contenção física

- Vítima agressiva com a equipe, familiar e circundante;
- Vítima com risco para si ou para terceiros;

ATENÇÃO

- ✓ Técnica para realização de contenção física esta descrita no protocolo de procedimentos;
- ✓ Solicite autorização da família para realizar a contenção;
- ✓ Caso a família não autorize a contenção, comunique MR e solicite o SAV;
- ✓ Após liberação da contenção pela família, realize a contenção utilizando o Kit apropriado (preferencialmente), evitando comprometer a circulação do membro.

- Passe o caso para o MR;
- Transporte para a unidade de saúde conforme orientação do MR;

- Evite uso de sirene durante o transporte.

6. FLUXOGRAMA

Não há.

7. REFERÊNCIAS CONSULTADAS

- Mantovani, C.; Migon, M.N.; Alheira, V. Manejo de paciente agitado ou agressivo. Revista Brasileira de Psiquiatria. V.32, sup.2, p. 96-103, 2010.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Governo do Distrito Federal. Atendimento pré-hospitalar em saúde mental: noções das urgências e emergências em saúde mental. Brasília DF. 2021. 1º Edição.
- Protocolo de Atendimento Pré-Hospitalar: Suporte Intermediário de Vida. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde – SAMU, 2014; 4ª. Edição. 112 p.

8. CONTROLE DE REVISÕES

Revisão	Data	Motivo da Alteração
05	24/01/2022	Atualização

9. ANEXOS

Não há

Elaboração	Revisão	Aprovação
Cassia Oliveira Lopes Marcos Antônio Campoy	Julianna Letícia G. Cotrick Gomes.	Maísa Ferreira dos Santos

PROCEDIMENTO	SAMU SP 072	
Revisão nº 00	Data emissão: 24/01/2022	Data próxima revisão: 24/01/2024
COMUNICAÇÃO DE MÁ NOTÍCIA		

1. OBJETIVO

Descrever as ações do enfermeiro no atendimento aos familiares e/ou responsáveis da vítima em morte óbvia.

2. ÁREAS ENVOLVIDAS

SIV.

3. DEFINIÇÃO

Má notícia é qualquer informação que afeta seriamente e deforma adversa a visão do indivíduo sobre o futuro (BUCKMAN, 1992 *apud* MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021).

O relato da morte de uma pessoa é possivelmente uma das piores notícias dada no APH, a preconização do protocolo SPIKES ajuda o profissional na realização de tal atuação.

4. SIGLAS E ABREVIATURAS

APH: Atendimento Pré-hospitalar

SIV: Suporte Intermediário de Vida

5. PROCEDIMENTOS E RESPONSABILIDADES

Após a verificação de morte óbvia (protocolo específico) o enfermeiro deverá novamente se identificar para a pessoa que solicitou informações e utilizar o Protocolo SPIKES (mnemônico) para fornecer a notícia sobre a morte.

Atenção: Quando for abordar a pessoa sobre a notícia de morte, verifique que a mesma está segura, por exemplo, se estiver em pé peça para sentar.

S: ETTING UP (Início: oferecer privacidade, contato visual).

P: ERCEPTION (perguntar o que a pessoa sabe corrigir informação errada).

I: NVITATION (dar a informação sobre a morte óbvia, fale a palavra: morreu).

K: NOWLEDGE (confirmar a compreensão, evitar confronto excessivo).

E: MOTIONS/EMPATHY (permitir e validar a resposta emocional, muitos vão querer falar sobre suas emoções; tenha empatia, deixe a pessoa se aproximar do corpo, caso ela queira).

S: TRATEGY/SUMMARY (estabilizar e ajudar a família/responsável a formular as estratégias necessárias para o momento).

ATENÇÃO

A notificação deve ser feita de forma simples e com utilização do nome da vítima.

Caso alguma criança faça perguntas sobre a morte, deixe que os pais /responsáveis conversem com ela.

6. FLUXOGRAMA

Não há.

7. REFERÊNCIAS CONSULTADAS

- Atendimento pré-hospitalar em saúde mental: noções das urgências e emergências em saúde mental. Ministério da Saúde. 1º edição. Brasília, D.F. 2021.

8. CONTROLE DE REVISÕES

Revisão	Data	Motivo da Alteração
00	00	_____

9. ANEXOS

Não há

Elaboração	Revisão	Aprovação
Cassia Oliveira Lopes	Julianna Letícia G. Cotrick Gomes.	Maísa Ferreira dos Santos



SAMU
192

SÃO PAULO

PRÁTICAS AVANÇADAS DE ENFERMAGEM NO APH
SUORTE INTERMEDIÁRIO DE VIDA

PROCEDIMENTOS

2022

PROCEDIMENTO

SAMU SP 073

Revisão nº 05

Data emissão: 24/01/2022

Data próxima revisão: 24/01/2024

LIMPEZA DE SUPERFÍCIE DA AMBULÂNCIA COM PRESENÇA DE MATERIAL BIOLÓGICO

1. OBJETIVO

Descrever a limpeza efetuada na superfície da AM na presença de material biológico.

2. ÁREAS ENVOLVIDAS

SIV e Central de Regulação.

3. DEFINIÇÃO

A limpeza descrita neste protocolo dá ênfase na superfície da AM com material biológico que são todas as secreções orgânicas potencialmente contaminadas, como: sangue, vômito, urina, fezes, entre outros.

4. SIGLAS E ABREVIATURAS

AM: Ambulância.

EPI: Equipamento de Proteção Individual.

SIV: Suporte Intermediário de Vida.

SAV: Suporte Avançado de Vida.

5. PROCEDIMENTOS E RESPONSABILIDADES

- Comunique a central de operação antes de iniciar a limpeza da superfície, mantendo-se em QAP;
- Use EPI para a tarefa a ser executada (luvas de borracha, máscara, avental e óculos);
- Reúna os materiais e produtos necessários para executar a limpeza:
 - ✓ Papel absorvente (Wipper/ papel toalha),
 - ✓ Borrifador com produto Surfa Safe (produto já pronto para o uso).
- Retire o excesso de material biológico com auxílio de papel absorvente e despreze o no lixo próprio (saco branco com identificação de material infectante);
- Sobre o local do material biológico borrife o produto Surfa Safe;
- Após 10 minutos, retire o produto com papel absorvente;
- Não seque;
- Descarte o papel no lixo apropriado;

- Proceda a limpeza concorrente (protocolo específico);
- Após término da limpeza, comunique a central de operações QAP/QRV.

6. FLUXOGRAMA

Não há

7. REFERÊNCIAS CONSULTADAS

- Protocolo de Atendimento Pré-Hospitalar: Suporte Intermediário de Vida. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde – SAMU, 2014; 4ª. Edição. 112 p.

Elaboração	Revisão	Aprovação
Cassia Oliveira Lopes	Julianna Letícia G. Cotrick Gomes	Maísa Ferreira dos Santos

PROCEDIMENTO

SAMU SP 074

Revisão nº 05

Data emissão: 24/01/2022

Data próxima revisão: 24/01/2024

LIMPEZA CONCORRENTE DA AMBULÂNCIA

1. OBJETIVO

Descrever a limpeza que deverá ser efetuada na AM a cada início de plantão, após atendimento, e sempre que necessário.

2. ÁREAS ENVOLVIDAS

SIV e Central de Regulação.

3. DEFINIÇÃO

Limpeza concorrente é a limpeza realizada quando há suspeita de doença infecto contagiosa, presença de material biológico ou excessiva sujeira, como chuva e barro. Prevê a limpeza da parte interna, mobiliário e equipamentos da ambulância.

4. SIGLAS E ABREVIATURAS

AM: Ambulância.

EPI: Equipamento de Proteção Individual.

SIV: Suporte Intermediário de Vida.

5. PROCEDIMENTOS E RESPONSABILIDADES

- Comunique a central de operações antes de iniciar a limpeza concorrente, mantendo-se em QAP;
- Use EPI para a tarefa a ser executada (luvas de borracha, máscara, avental e óculos);
- Reúna os materiais e produtos necessários para executar a limpeza:
 - ✓ Papel absorvente (Wipper/ papel toalha),
 - ✓ Borrifador com produto Surfa Safe (produto já pronto para o uso).
- Inicie a limpeza pela dianteira do salão em direção à porta traseira, e no sentido do teto em direção ao chão;
- Deixe o piso para o final;
- Proceda a limpeza da maca fora da AM;

- Inicie a limpeza aplicando a solução, com jatos de spray ou preferencialmente sobre o pano, espalhe a espuma sobre a superfície por 10 minutos;
- Não seque;
- Coloque novo lençol descartável na maca ao final da limpeza;
- Após término da limpeza, comunique a central de operações QAP/QRV.

6. FLUXOGRAMA

Não há

7. REFERÊNCIAS CONSULTADAS

- Protocolo de Atendimento Pré-Hospitalar: Suporte Intermediário de Vida. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde – SAMU, 2014; 4ª. Edição. 112 p.

Elaboração	Revisão	Aprovação
Cassia Oliveira Lopes	Julianna Letícia G. Cotrick Gomes.	Maísa Ferreira dos Santos

PROCEDIMENTO	SAMU SP 075	
Revisão nº 05	Data emissão: 24/01/2022	Data próxima revisão: 24/01/2024
LIMPEZA TERMINAL DA AM		

1. OBJETIVO

Descrever a limpeza que deverá ser efetuada por toda a equipe a cada cinco dias conforme escala programada pela supervisão de base.

2. ÁREAS ENVOLVIDAS

SIV e Central de Regulação.

3. DEFINIÇÃO

Processo de limpeza e desinfecção realizada na parte interna, mobiliário e equipamentos da ambulância, além da lavagem externa.

4. SIGLAS E ABREVIATURAS

AM: Ambulância.

EPI: Equipamento de Proteção Individual.

SIV: Suporte Intermediário de Vida.

5. PROCEDIMENTOS E RESPONSABILIDADES

- Comunique a central de operações antes de iniciar a limpeza terminal, apesar de permanecer em QAP/QRV;
- Use EPI para a tarefa a ser executada (luvas de borracha, máscara, avental e óculos);
- Reúna os materiais e produtos necessários para executar a limpeza:
 - ✓ Papel absorvente (Wipper/ papel toalha),
 - ✓ Borrifador com produto Surfa Safe (produto já pronto para o uso).
- Retire por fases os materiais e equipamentos da AM;
- Efetue a limpeza por compartimentos repondo-os logo a seguir, evitando atrasos em caso de acionamento;
Observe a sequência:
- Retire a maca e inicie a limpeza pela dianteira do salão em direção à porta traseira, e no sentido do teto em direção ao chão;

- Proceda a limpeza da maca fora da AM;
- Deixe o piso para o final;
- Proceda a limpeza da cabine do condutor;
- Deixe a limpeza externa da AM por último;
- Inicie a limpeza aplicando a solução com jatos de spray ou preferencialmente sobre o pano, espalhe a espuma sobre a superfície por 10 minutos;
- Não seque;
- Coloque novo lençol descartável na maca ao final da limpeza;
- Comunique à central de operações quando a limpeza for concluída.

ATENÇÃO

Ao retirar os materiais de consumo e descartáveis de dentro dos armários e gavetas para a limpeza, verifique a validade e estado de conservação dos mesmos. Separe, acondicione e identifique os materiais vencidos em sacos plásticos e comunique à supervisão da base.

6. FLUXOGRAMA

Não há.

7. REFERÊNCIAS CONSULTADAS

- Protocolo de Atendimento Pré-Hospitalar: Suporte Intermediário de Vida. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde – SAMU, 2014; 4ª. Edição. 112 p.

Elaboração	Revisão	Aprovação
Cassia Oliveira Lopes	Julianna Letícia G. Cotrick Gomes	Maísa Ferreira dos Santos

PROCEDIMENTO

SAMU SP 076

Revisão nº 05

Data emissão: 24/01/2022

Data próxima revisão: 24/01/2024

MANOBRA MANUAL DE ABERTURA DE VIAS AÉREAS NO TRAUMA

1. OBJETIVO

Descrever as técnicas de abertura de vias aéreas nas vítimas de trauma inconscientes.

2. ÁREAS ENVOLVIDAS

SIV.

3. DEFINIÇÃO

Técnica que garante permeabilidade das vias aéreas sem mover a coluna cervical nas vítimas de trauma inconscientes.

4. SIGLAS E ABREVIATURAS

EPI: Equipamento de Proteção Individual.

SIV: Suporte Intermediário de Vida.

5. PROCEDIMENTOS E RESPONSABILIDADES

ATENÇÃO

Esta técnica é usada nas vítimas de trauma inconscientes.

Manobra de elevação do mento pela técnica de Chin Lift modificada

ATENÇÃO

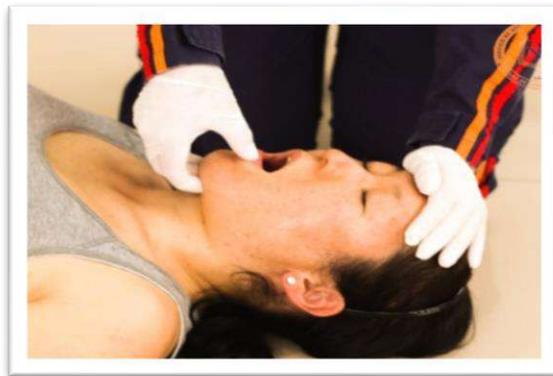
Esta técnica é diferente da Chin Lift tradicional usada em casos clínicos.

Material

➤ EPI.

Procedimento

- Em uso de EPI;
- Posicione-se ao lado da vítima, coloque uma das mãos espalmada na região frontal da cabeça, e com a outra mão faça uma pinça utilizando o dedo polegar e indicador no mento, realize a abertura da boca e tracione a mandíbula para frente.



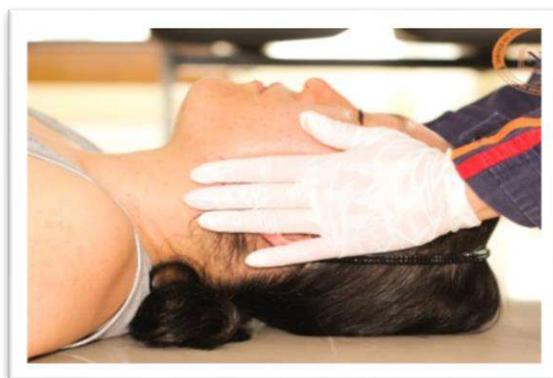
Manobra de elevação do mento pela técnica de Jaw Thrust.

Material

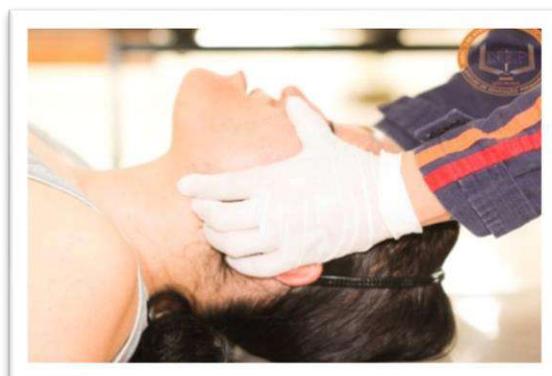
- EPI.

Procedimento

- Em uso de EPI;
- Posicione-se atrás da cabeça da vítima, coloque as mãos espalmadas lateralmente a face da mesma;



- Coloque ambos os polegares sobre os “zigomas” (ossos da bochecha) da vítima;
- Coloque os dedos indicador e médio sob a mandíbula e no mesmo ângulo, empurre a mandíbula para região anterior (para frente);



- Registre o procedimento na ficha de atendimento.

6. FLUXOGRAMA

Não há.

7. REFERÊNCIAS CONSULTADAS

- PHTLS. Atendimento Pré-Hospitalar ao Traumatizado. National Association of Emergency Medical Technician, 2021. 9ª edição. 762 páginas.

Elaboração	Revisão	Aprovação
Daniela Gurjão Moreira	Julianna Letícia G. Cotrick Gomes	Maísa Ferreira dos Santos

PROCEDIMENTO

SAMU SP 077

Revisão nº 05

Data emissão: 24/01/2022

Data próxima revisão: 24/01/2024

MANOBRA MANUAL DE ABERTURA DE VIAS AÉREAS NO CLÍNICO

1. OBJETIVO

Descrever as técnicas de abertura de vias aéreas nas vítimas inconscientes sem trauma.

2. ÁREAS ENVOLVIDAS

SIV.

3. DEFINIÇÃO

Técnica (Chin Lift tradicional) que garante permeabilidade das vias aéreas nas vítimas inconscientes sem trauma.

4. SIGLAS E ABREVIATURAS

EPI: Equipamento de Proteção Individual.

SIV: Suporte Intermediário de Vida.

5. PROCEDIMENTOS E RESPONSABILIDADES

Material

- EPI.

Procedimento

- Em uso de EPI;
- Mantenha uma das mãos posicionada sobre a região frontal da vítima e promover movimento discreto de extensão da cabeça;
- Posicione o polegar da outra mão no queixo e o indicador na face inferior do corpo da mandíbula;
- Tracione para baixo a mandíbula, o suficiente para liberar as vias aéreas;
- Registre o procedimento na ficha de atendimento.

6. FLUXOGRAMA

Não há.

7. REFERÊNCIAS CONSULTADAS

- Protocolo de Atendimento Pré-Hospitalar: Suporte Intermediário de Vida. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde – SAMU, 2014; 4ª. Edição. 112 p.
- PHTLS. Atendimento Pré-Hospitalar ao Traumatizado. National Association of Emergency Medical Technician, 2021. 9ª edição. 762 páginas.

Elaboração	Revisão	Aprovação
Daniela Gurjão Moreira	Julianna Letícia G. Cotrick Gomes	Maísa Ferreira dos Santos

PROCEDIMENTO

SAMU SP 078

Revisão nº 00

Data emissão: 24/01/2022

Data próxima revisão: 24/01/2024

TÉCNICA DE ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS

1. OBJETIVO

Descrever a técnica de aspiração das vias aéreas.

2. ÁREAS ENVOLVIDAS

SIV.

3. DEFINIÇÃO

Procedimento que visa eliminar efetivamente o acúmulo de secreções, vômitos, sangue ou corpo estranho na via aérea superior, mantendo a via aérea pérvia.

4. SIGLAS E ABREVIATURAS

EPI: Equipamento de Proteção Individual.

SIV: Suporte Intermediário de Vida.

5. PROCEDIMENTOS E RESPONSABILIDADES

Materiais

- EPI;
- Gazes;
- Soro fisiológico 0,9% - ampola de 10 ml;
- Fonte de vácuo ou aspirador portátil;
- Extensor de silicone;
- Cateter de aspiração de tamanho apropriado;
- Oxímetro de pulso.

Procedimento

- Utilize EPIs;
- Comunique a vítima sobre a necessidade do procedimento;
- Abra o invólucro da sonda de aspiração;
- Conecte a válvula da sonda ao extensor mantendo a sonda no invólucro;

- Calce nova luva de procedimento;
- Retire a sonda do invólucro;
- Segure a extremidade da sonda com uma gaze;
- Ligue o aspirador;
- Coloque a sonda em uma das narinas cerca de 5 cm(adulto);
- Introduza a sonda com a válvula aberta (evitando lesão no tecido);
- Feche o fluxo de aspiração, retirando a sonda com movimentos circulares;
- Despreze a sonda de aspiração em saco de lixo infectado;
- Retire e despreze as luvas em saco de lixo infectado;
- Registre o procedimento, quantidade e aspecto da secreção na ficha de atendimento.

6. FLUXOGRAMA

Não há.

7. REFERÊNCIAS CONSULTADAS

- AMLS: atendimento pré-hospitalar às emergências clínicas/ Tradução Maria Esmene G. Comenale *et al.* 1ª edição. Rio de Janeiro: Editora Elsevier, 2017.545 páginas.
- PHTLS. Atendimento Pré-Hospitalar ao Traumatizado. National Association of Emergency Medical Technician, 2021. 9ª edição. 762 páginas.

Elaboração	Revisão	Aprovação
Cassia Oliveira Lopes Daniela Gurjão Moreira	Julianna Letícia G. Cotrick Gomes	Maísa Ferreira dos Santos

PROCEDIMENTO

SAMU SP 079

Revisão nº 05

Data emissão: 24/01/2022

Data próxima revisão: 24/01/2024

TÉCNICAS PARA USO DE CÂNULA OROFARÍNGEA

1. OBJETIVO

Descrever a técnica para uso de cânula orofaríngea.

2. ÁREAS ENVOLVIDAS

SIV.

DEFINIÇÃO

Dispositivo introduzido na cavidade oral das vítimas inconscientes e sem reflexo de vômito ou tosse, com a finalidade de manter a permeabilidade das vias aéreas.

3. SIGLAS E ABREVIATURAS

COF: Cânula Orofaríngea.

EPI: Equipamento de Proteção Individual.

SIV: Suporte Intermediário de Vida.

VAS: Vias Aéreas Superiores.

4. PROCEDIMENTOS E RESPONSABILIDADES

Materiais

- EPI;
- COF de tamanhos variados para adultos e crianças.

Procedimento

- Use EPIs;
- Selecione o tamanho adequado da COF;
- Posicione a COF lateralmente à face da vítima;
- Realize a medida da distância entre a comissura labial e o lóbulo inferior da orelha;

ATENÇÃO

Caso a vítima seja suspeita de trauma, esta técnica necessitará de 2 profissionais.



- Remova secreções ou sangue da boca e faringe por meio da aspiração, se necessário;

ADULTO

- Insira a COF com a concavidade voltada para o palato duro;



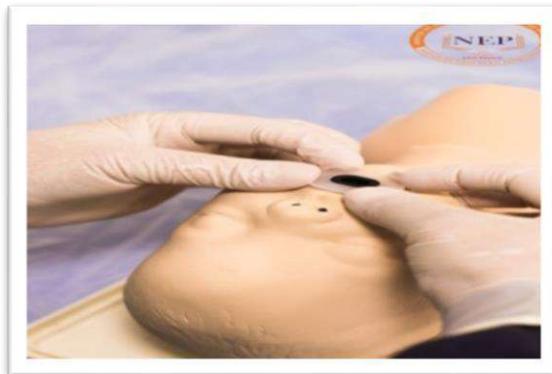
- Realize a rotação da cânula em um ângulo de 180°, encaixando a COF nos contornos anatômicos da base da língua da vítima;



- Registre o procedimento na ficha de atendimento.

CRIANÇA

- Insira a COF com a concavidade voltada para baixo (língua);



- Utilize preferencialmente uma espátula para apoiar a língua antes da introdução da COF, auxiliando na entrada;
- Registre o procedimento na ficha de atendimento.

6. FLUXOGRAMA

Não há.

7. REFERÊNCIAS CONSULTADAS

- AMLS: Atendimento Pré-Hospitalar às Emergências Clínicas/ Tradução Maria Esmene G. Comenale *et al.* 1ª edição. Rio de Janeiro: Editora Elsevier, 2017. 545 páginas.
- PHTLS. Atendimento Pré-Hospitalar ao Traumatizado. National Association of Emergency Medical Technician, 2021. 9ª edição. 762 páginas.
- Protocolo de Atendimento Pré-Hospitalar: Suporte Intermediário de Vida. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde – SAMU, 2014. 4ª. Edição. 112 páginas

Elaboração	Revisão	Aprovação
Cassia Oliveira Lopes Daniela Gurjão Moreira	Julianna Letícia G. Cotrick Gomes.	Maísa Ferreira dos Santos.

PROCEDIMENTO

SAMU SP 080

Revisão nº 00

Data emissão: 24/01/2022

Data próxima revisão: 24/01/2024

PASSAGEM DE DISPOSITIVO SUPRAGLÓTICO

1. OBJETIVO

Descrever a técnica de passagem de dispositivo supraglótico.

2. ÁREAS ENVOLVIDAS

SIV.

3. DEFINIÇÃO

Procedimento realizado com o objetivo de oferecer uma via aérea funcional alternativa à intubação endotraqueal. São dispositivos inseridos sem visualização direta das pregas vocais, sendo também alternativa útil quando não se obtém sucesso com as tentativas de via aérea avançadas.

4. SIGLAS E ABREVIATURAS

EPI: Equipamento de Proteção Individual.

SIV: Suporte Intermediário de Vida.

5. PROCEDIMENTOS E RESPONSABILIDADES

Materiais

- EPI;
- Máscara ou tubo laríngeo do tamanho adequado;
- Seringa de 20 ml, ou seringa própria do tubo laríngeo;
- Espátula (principalmente em criança);
- Filtro bacteriostático;
- Lidocaína gel;
- Dispositivo bolsa-valva-máscara conectado a uma fonte de O₂;
- Estetoscópio;
- Cadarço ou atadura fina para fixação.

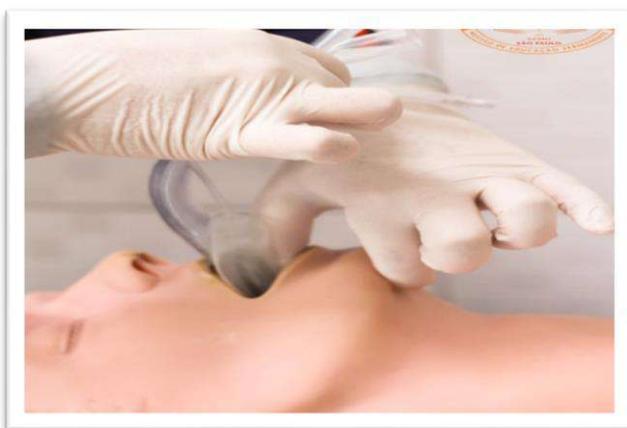
Procedimento

- Em uso de EPI;

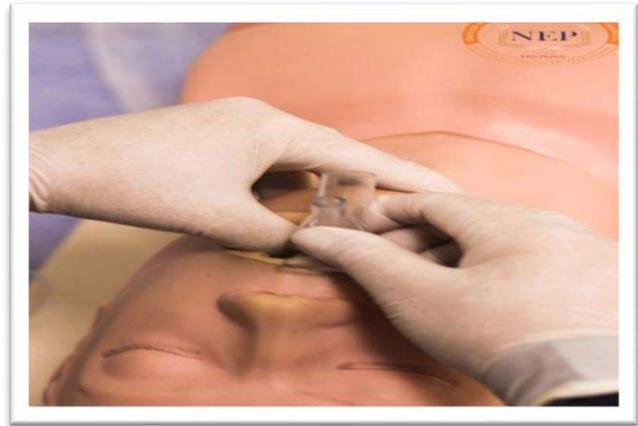
- Mantenha a vítima posicionada em DDH, e promova a abertura da via aérea (atentar-se aos casos de trauma);
- Realize o teste do cuff que compõe o dispositivo supraglótico, utilizando seringa de 20 ml (ou seringa própria do tubo laríngeo) respeitando o volume de ar recomendado pelo fabricante (atentar-se para desinflar o dispositivo antes do procedimento);
- Lubrifique o dispositivo supraglótico com lidocaína gel;
- Com a mão não dominante segure o mento juntamente com a língua, mantendo a abertura da via aérea. Recomenda-se o uso de espátula;



- Segure o dispositivo supraglótico como se estivesse pegando uma caneta e introduza o dispositivo contra a superfície da língua, avançando até a parede posterior da faringe (a resistência é percebida quando a máscara atinge a base da hipofaringe);



- Insira o dispositivo até encontrar resistência compatível com base da língua e glote;



- Conecte o filtro ao dispositivo supraglótico;



- Insufle o cuff com a quantidade de ar recomendada pelo fabricante;



- Conecte a máscara a unidade bolsa-valva-máscara com suplementação de oxigênio (O₂) e inicie as ventilações;



- Verifique presença de expansão torácica efetiva e ausculte os campos pulmonares, bem como monitore a oximetria de pulso (quando disponível e se indicada);
- Realize a fixação do dispositivo com cadarço ou atadura fina;
- Registre o procedimento na ficha de atendimento.

6. FLUXOGRAMA

Não há.

7. REFERÊNCIAS CONSULTADAS

- PHTLS. Atendimento Pré-Hospitalar ao Traumatizado. National Association of Emergency Medical Technician, 2021. 9ª edição. 762 páginas.

Elaboração	Revisão	Aprovação
Cassia Oliveira Lopes	Julianna Letícia G. Cotrick Gomes	Maísa Ferreira dos Santos

PROCEDIMENTO

SAMU SP 081

Revisão nº 00

Data emissão: 24/01/2022

Data próxima revisão: 24/01/2024

TÉCNICA PARA USO DE CATETER DE OXIGÊNIO

1. OBJETIVO

Descrever a técnica para uso de cateter de oxigênio.

2. ÁREAS ENVOLVIDAS

SIV.

3. DEFINIÇÃO

Dispositivo utilizado nas vítimas conscientes, com leve desconforto respiratório e que necessitam de baixo fluxo de oxigênio (até 06 litros/O₂ minuto).

4. SIGLAS E ABREVIATURAS

EPI: Equipamento de Proteção Individual.

SF: Soro Fisiológico.

SIV: Suporte Intermediário de Vida.

VAS: Vias Aéreas Superiores.

5. PROCEDIMENTOS E RESPONSABILIDADES

Materiais

- EPIs;
- Catéter nasal tipo óculos;
- Fluxômetro;
- Fonte de Oxigênio;
- Extensão / latex;
- Umidificador.

Procedimento

- Use de EPIs;
- Comunique a vítima sobre o procedimento;
- Adapte o extensor ao fluxômetro;

- Introduza cada uma das extremidades do cateter em cada narina;
- Passe a extensão dos óculos por trás dos pavilhões auriculares;
- Ajuste na região submaxilar, sem apertar;
- Conecte o cateter nasal a extensão;
- Abra o fluxômetro até o volume necessário (limite de 6 litros O₂/minutos);
- Não utilize água destilada ou SF 0,9%;
- Registre procedimento na ficha de atendimento.

6. FLUXOGRAMA

Não há.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMLS: Atendimento Pré-Hospitalar às Emergências Clínicas/ Tradução Maria Esmene G. Comenale *et al.* 1ª edição. Rio de Janeiro: Editora Elsevier, 2017. 545 páginas.
- PHTLS. Atendimento Pré-Hospitalar ao Traumatizado. National Association of Emergency Medical Technician, 2021. 9ª edição. 762 páginas.
- Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB). Orientações sobre o uso racional do gás oxigênio em pacientes graves com suspeita de infecção por SARS-CoV-2. Disponível em:< https://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/amib/2021/janeiro/27/ORIENTACOES SOBRE O USO RACIONAL DO GAS OXIGENIO EM PACIENTES GRAVES COM SUSPEITA DE INFECCAO P OR SARS-COV-2VJS.pdf> Acesso em Junho de 2021.
- Associação Brasileira de Medicina de Emergência. Orientações sobre o uso racional do gás oxigênio em pacientes graves com suspeita de infecção por sars-cov-2.< Disponível em https://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/amib/2021/janeiro/27/ORIENTACOES SOBRE O USO RACIONAL DO GAS OXIGENIO EM PACIENTES GRAVES COM SUSPEITA DE INFECCAO POR SARS-COV-2VJS.pdf> Acesso em Junho de 2021.

Elaboração	Revisão	Aprovação
Cassia Oliveira Lopes Daniela Gurjão Moreira	Julianna Letícia G. Cotrick Gomes.	Maísa Ferreira dos Santos

PROCEDIMENTO

SAMU SP 082

Revisão nº 00

Data emissão: 24/01/2022

Data próxima revisão: 24/01/2024

TÉCNICA PARA USO DE MÁSCARA FACIAL NÃO REINALANTE

1. OBJETIVO

Descrever a técnica para uso da máscara facial não reinalante.

2. ÁREAS ENVOLVIDAS

SIV

3. DEFINIÇÃO

Dispositivo utilizado na vítima com desconforto respiratório moderado a grave, que necessita de alto fluxo de oxigênio (> 6 l O₂/minuto).

4. SIGLAS E ABREVIATURAS

EPI: Equipamento de Proteção Individual

SIV: Suporte Intermediário de Vida

5. PROCEDIMENTOS E RESPONSABILIDADES

Materiais e equipamentos

- EPIs;
- Máscara facial não-reinalante, com reservatório de oxigênio;
- Fluxômetro;
- Fonte de oxigênio;
- Extensão de látex.

Procedimento

- Uso de EPIs;
- Comunique a vítima sobre o procedimento;
- Adapte o extensor/látex da máscara ao fluxômetro;
- Selecione no fluxômetro o volume de O₂ (10 a 15 litros), enchendo a bag de ar;
- Coloque a máscara sobre o nariz e boca da vítima;

- Passe o elástico por trás da cabeça e mantenha-o na região occipital e temporal;
- Registre procedimento na ficha de atendimento.

6. FLUXOGRAMA

Não há.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMLS: Atendimento Pré-Hospitalar às Emergências Clínicas/ Tradução Maria Esmene G. Comenale *et al.* 1ª edição. Rio de Janeiro: Editora Elsevier, 2017. 545 páginas.
- PHTLS. Atendimento Pré-Hospitalar ao Traumatizado. National Association of Emergency Medical Technician, 2021. 9ª edição. 762 páginas.
- Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB). Orientações sobre o uso racional do gás oxigênio em pacientes graves com suspeita de infecção por SARS-CoV-2. Disponível em:< https://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/amib/2021/janeiro/27/ORIENTACOES SOBRE O USO_RACIONAL DO GAS OXIGENIO EM PACIENTES GRAVES COM SUSPEITA DE INFECCAO P OR SARS-COV-2VJS.pdf.> Acesso em Junho de 2021.
- Associação Brasileira de Medicina de Emergência. Orientações sobre o uso racional do gás oxigênio em pacientes graves com suspeita de infecção por sars-cov-2.< Disponível em https://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/amib/2021/janeiro/27/ORIENTACOES SOBRE O USO_RACIONAL DO GAS OXIGENIO EM PACIENTES GRAVES COM SUSPEITA DE INFECCAO P OR SARS-COV-2VJS.pdf> Acesso em Junho de 2021.

Elaboração	Revisão	Aprovação
Cassia Oliveira Lopes Daniela Gurjão Moreira	Julianna Letícia G. Cotrick Gomes	Maísa Ferreira dos Santos

PROCEDIMENTO

SAMU SP 083

Revisão nº 00

Data emissão: 24/01/2022

Data próxima revisão: 24/01/2024

OXIMETRIA

1. OBJETIVO

Descrever a técnica de realização de oximetria.

2. ÁREAS ENVOLVIDAS

SIV.

3. DEFINIÇÃO

Procedimento realizado com auxílio de um aparelho chamado oxímetro, que visa aferir o valor da concentração de oxigênio presente na circulação periférica da vítima, apresentando os valores quantitativos da frequência cardíaca e da saturação de oxigênio no sangue.

4. SIGLAS E ABREVIATURAS

EPI: Equipamento de Proteção Individual.

MMSS: Membros Superiores.

SIV: Suporte Intermediário de Vida.

5. PROCEDIMENTOS E RESPONSABILIDADES

Materiais

- EPIs;
- Oxímetro portátil com sensor adequado;
- Gaze e álcool 70%.

Procedimento

- Uso de EPIs;
- Comunique a vítima sobre o procedimento;
- Escolha a região em que será colocado o sensor:
 - ✓ Adultos no dedo indicador de MMSS;
 - ✓ Crianças no dedo indicador de MMSS, porém, na ausência do sensor infantil coloque o sensor adulto na palma da mão ou planta do pé.

Caso haja má perfusão periférica (adulto ou criança), o sensor pode ser colocado no lóbulo da orelha;

- Ligue o dispositivo;
- Aguarde o medidor fornecer a leitura digital do valor (cerca de 30 segundos);
- Limpe sensor com gaze embebida em álcool 70%;
- Registre os dados na ficha de atendimento.

6. FLUXOGRAMA

Não há.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMLS: Atendimento Pré-Hospitalar às Emergências Clínicas/ Tradução Maria Esmene G. Comenale *et al.* 1ª edição. Rio de Janeiro: Editora Elsevier, 2017. 545 páginas.
- PHTLS. Atendimento Pré-Hospitalar ao Traumatizado. National Association of Emergency Medical Technician, 2021. 9ª edição. 762 páginas.

Elaboração	Revisão	Aprovação
Cassia Oliveira Lopes Daniela Gurjão Moreira	Julianna Letícia G. Cotrick Gomes	Maísa Ferreira dos Santos

PROCEDIMENTO

SAMU SP 084

Revisão nº 00

Data emissão: 24/01/2022

Data próxima revisão: 24/01/2024

VERIFICAÇÃO DE SINAIS VITAIS: PRESSÃO ARTERIAL

1. OBJETIVO

Descrever a técnica de aferição da pressão arterial.

2. ÁREAS ENVOLVIDAS

SIV.

3. DEFINIÇÃO

Procedimento realizado na avaliação secundária com auxílio de um esfigmomanômetro juntamente com um estetoscópio, para aferir os valores de pressão arterial sistólica e diastólica.

4. SIGLAS E ABREVIATURAS

EPI: Equipamento de Proteção Individual.

SIV: Suporte Intermediário de Vida.

5. PROCEDIMENTOS E RESPONSABILIDADES

Materiais

- EPIs;
- Gaze e álcool a 70 %;
- Esfigmomanômetro com manguito adulto;
- Estetoscópio.

Procedimento

- Uso do EPI;
- Explique o procedimento a vítima;
- Posicione o braço apoiado com a palma da mão para cima, o cotovelo levemente fletido e à altura do coração;
- Instale a braçadeira do esfigmomanômetro;
- Exponha o membro a ser aferido evitando compressão pelas vestes, que preferencialmente devem ser retiradas;

- Localize a artéria braquial por palpação para determinar o local correto do manguito;
- Instale o manguito 2 a 3 cm acima da fossa cubital, sem deixar folga, centralizando-o sobre a artéria braquial;

Método auscultatório:

- Posicione a campânula do estetoscópio suavemente sobre a artéria braquial (não comprimir em excesso)
- Insufle o manguito até o momento em que desaparecer o pulso;
- Registre mentalmente o valor;
- Inflar rapidamente até ultrapassar em 20 a 30 mmHg o nível estimado da pressão sistólica;
- Proceda à deflação lentamente (velocidade de 2 mmHg por segundo);
- Determine a pressão sistólica pela ausculta do primeiro som (geralmente fraco seguido de batidas regulares);
- Determine a pressão diastólica no desaparecimento dos sons;
- Ausculte cerca de 20 a 30 mmHg abaixo do último som para confirmar seu desaparecimento e depois proceder à deflação rápida e completa;
- Se os batimentos persistirem até o nível zero, determinar a pressão diastólica no abafamento dos sons;
- Limpe o estetoscópio e as olivas com gaze embebida em álcool a 70%;
- Registre dados na ficha de atendimento.

6. FLUXOGRAMA

Não há.

7. REFERÊNCIAS CONSULTADAS

- AMLS: atendimento pré-hospitalar às emergências clínicas/ Tradução Maria Esmene G. Comenale *et al.* 1ª edição. Rio de Janeiro: Editora Elsevier, 2017. 545 páginas.
- PHTLS. Atendimento Pré-Hospitalar ao Traumatizado. National Association of Emergency Medical Technician, 2021. 9ª edição. 762 páginas.

Elaboração	Revisão	Aprovação
Cássia Oliveira Lopes Daniela Gurjão Moreira	Julianna Letícia G. Cotrick Gomes	Maísa Ferreira dos Santos

PROCEDIMENTO

SAMU SP 085

Revisão nº 00

Data emissão: 24/01/2022

Data próxima revisão: 24/01/2024

VERIFICAÇÃO DE SINAIS VITAIS: FREQUÊNCIA CARDÍACA

1. OBJETIVO

Descrever a técnica de aferição da frequência cardíaca.

2. ÁREAS ENVOLVIDAS

SIV.

3. DEFINIÇÃO

Procedimento feito manualmente (com o dedo indicador e médio) no pulso radial, braquial ou carotídeo, visando obter a contagem dos batimentos cardíacos por minuto.

4. SIGLAS E ABREVIATURAS

EPI: Equipamento de Proteção Individual.

SIV: Suporte Intermediário de Vida.

5. PROCEDIMENTOS E RESPONSABILIDADES

Materiais

- EPI;
- Relógio.

Procedimento

- Em uso de EPI;
- Explique o procedimento a vítima;
- Coloque a vítima em posição confortável com o braço apoiado;
- Posicione a polpa digital dos dedos indicador e médio sobre a artéria radial, fazendo leve pressão, o suficiente para sentir a pulsação;

ATENÇÃO

Caso não seja possível à verificação na artéria radial; em **adultos** pode-se optar pela artéria braquial e carótida; em **crianças** (< 01 ano) pela artéria braquial.

- Realize a contagem dos batimentos durante 15 segundos e multiplicar por 4;

- Observe também ritmo e qualidade (forte e cheio ou fraco e fino);

ATENÇÃO

Se pulso arritmico contar 1 minuto.

- Registre dados na ficha de atendimento.

6. FLUXOGRAMA

Não há.

7. REFERÊNCIAS CONSULTADAS

- AMLS: Atendimento Pré-Hospitalar às Emergências Clínicas/ Tradução Maria Esmene G. Comenale *et al.* 1ª edição. Rio de Janeiro: Editora Elsevier, 2017. 545 páginas.
- PHTLS. Atendimento Pré-Hospitalar ao Traumatizado. National Association of Emergency Medical Technician, 2021. 9ª edição. 762 páginas.

Elaboração	Revisão	Aprovação
Cassia Oliveira Lopes	Julianna Letícia G. Cotrick Gomes	Maísa Ferreira dos Santos

PROCEDIMENTO

SAMU SP 086

Revisão nº 00

Data emissão: 24/01/2022

Data próxima revisão: 24/01/2024

VERIFICAÇÃO DE SINAIS VITAIS: FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA

1. OBJETIVO

Descrever a técnica de aferição da frequência respiratória.

2. ÁREAS ENVOLVIDAS

SIV.

3. DEFINIÇÃO

Procedimento que quantifica a frequência respiratória da vítima, através da visualização da caixa torácica durante os movimentos do diafragma e músculos intercostais.

4. SIGLAS E ABREVIATURAS

EPI: Equipamento de Proteção Individual.

SIV: Suporte Intermediário de Vida.

5. PROCEDIMENTOS E RESPONSABILIDADES

Materiais

- EPI;
- Relógio.

Procedimento

- Em uso de EPI;
- A explicação do procedimento poderá alterar a frequência respiratória;
- Coloque a vítima em posição confortável, se possível;
- Observe os movimentos torácicos de expansão e retração (incursões respiratórias);
- Realize a contagem dos movimentos torácicos de expansão por 15 segundos e multiplicar por 04.

ATENÇÃO

Adulto e criança com respiração arritmica contar 1 minuto.

Lactente poderá apresentar pausa respiratória fisiológica, por isso conte 01 minuto.

- Registre dados na ficha de atendimento.

6. FLUXOGRAMA

Não há.

7. REFERÊNCIAS CONSULTADAS

- AMLS: Atendimento Pré-Hospitalar às Emergências Clínicas/ Tradução Maria Esmene G. Comenale *et al.* 1ª edição. Rio de Janeiro: Editora Elsevier, 2017. 545 páginas.
- PHTLS. Atendimento Pré-Hospitalar ao Traumatizado. National Association of Emergency Medical Technician, 2021. 9ª edição. 762 páginas.

Elaboração	Revisão	Aprovação
Cassia Oliveira Lopes	Julianna Letícia G. Cotrick Gomes	Maísa Ferreira dos Santos

PROCEDIMENTO

SAMU SP 087

Revisão nº 00

Data emissão: 24/01/2022

Data próxima revisão: 24/01/2024

VERIFICAÇÃO DA GLICEMIA CAPILAR

1. OBJETIVO

Descrever a técnica de verificação da glicemia capilar.

2. ÁREAS ENVOLVIDAS

SIV.

3. DEFINIÇÃO

Procedimento realizado através de um aparelho (glicosímetro) que realiza a verificação da concentração de glicose nos vasos capilares.

4. SIGLAS E ABREVIATURAS

EPI: Equipamento de Proteção Individual.

SIV: Suporte Intermediário de Vida.

5. PROCEDIMENTOS E RESPONSABILIDADES

Indicação para vítimas com:

- Alteração do nível de consciência;
- Convulsão;
- História pregressa de patologia metabólica (diabete, hipoglicemia, hiperglicemia) com ou sem uso de insulina;
- Desconforto torácico.

Materiais

- EPI;
- Gaze e álcool 70%;
- Glicosímetro padronizado no serviço;
- Lancetas estéreis;
- Fitas reagentes compatíveis com o modelo de glicosímetro disponível;
- Recipiente perfuro cortantes.

Procedimento

- Em uso de EPI;
- Separar o material adequado;
- Orientar a vítima quanto à realização do procedimento;
- Escolher o local para punção (dar preferência à lateral da extremidade das polpas digitais);
- Limpar a área com gaze com álcool 70%, caso haja sujidade e aguardar secagem;
- Ligar o aparelho e posicionar a fita reagente no aparelho;
- Realizar leve pressão na ponta do dedo;
- Realizar punção com a lanceta na borda lateral da polpa digital;
- Preencher o campo reagente da fita;
- Após absorção da gota, pressionar o local da punção com gaze;
- Aguardar a leitura digital do valor da glicose sanguínea;
- Desprezar a lanceta no coletor de resíduos perfuro cortantes e demais materiais no lixo contaminado;
- Realizar a desinfecção do glicosímetro com gaze e álcool a 70%;
- Registrar os dados na ficha de atendimento.

6. FLUXOGRAMA

Não há.

7. REFERÊNCIAS CONSULTADAS

- AMLS: Atendimento Pré-Hospitalar às Emergências Clínicas/ Tradução Maria Esmene G. Comenale *et al.* 1ª edição. Rio de Janeiro: Editora Elsevier, 2017. 545 páginas.
- PHTLS. Atendimento Pré-Hospitalar ao Traumatizado. National Association of Emergency Medical Technician, 2021. 9ª edição. 762 páginas.

Elaboração	Revisão	Aprovação
Cassia Oliveira Lopes	Julianna Letícia G. Cotrick Gomes	Maísa Ferreira dos Santos

PROCEDIMENTO

SAMU SP 088

Revisão nº 00

Data emissão: 24/01/2022

Data próxima revisão: 24/01/2024

DIMENSIONAMENTO E APLICAÇÃO DO COLAR CERVICAL

1. OBJETIVO

Descrever a técnica de dimensionamento e aplicação do colar cervical.

2. ÁREAS ENVOLVIDAS

SIV.

3. DEFINIÇÃO

Técnica utilizada para alinhamento e estabilização da coluna cervical nas vítimas com trauma.

4. SIGLAS E ABREVIATURAS

EPI: Equipamento de Proteção Individual.

SIV: Suporte Intermediário de Vida.

5. PROCEDIMENTOS E RESPONSABILIDADES

Materiais

- EPI;
- Colar cervical ajustável.

Procedimento

O procedimento deverá ser realizado por dois profissionais.

- Em uso de EPI;
- Separar o material adequado;
- Orientar a vítima quanto à realização do procedimento;
- **Profissional 1** se posiciona atrás da cabeça da vítima com joelhos no chão, mantendo as mãos espalmadas sobre as orelhas, realizando o alinhamento e estabilização da coluna cervical;



- **Profissional 2** se posiciona paralelamente a vítima e mensura o tamanho do colar cervical, utilizando os dedos entre o ângulo da mandíbula até a base da clavícula;



- **Profissional 2** pegará o colar cervical, irá desprender os botões paralelos e os feixes para ajusta lo de acordo com o tamanho verificado. Com a mão que realizou a mensuração o profissional deverá colocar na linha horizontal lateral ao colar e ajusta lo conforme tamanho, sendo que após os botões e feixes deverão ser travados;



- **Profissional 1** continua mantendo a estabilização manual da cabeça e o **profissional 2** inicia a colocação do colar, primeiramente abaixo da coluna cervical e após na região anterior do pescoço, realizando o fechamento do colar com velcro;



- **Profissional 1** manterá a estabilização manual da cabeça até que vítima seja colocada na prancha com head block.

6. FLUXOGRAMA

Não há.

7. REFERÊNCIAS CONSULTADAS

- PHTLS. Atendimento Pré-Hospitalar ao Traumatizado. National Association of Emergency Medical Technician, 2021. 9ª edição. 762 páginas.

Elaboração	Revisão	Aprovação
Cassia Oliveira Lopes Edna Barbosa da Silva	Julianna Letícia G. Cotrick Gomes.	Maísa Ferreira dos Santos

PROCEDIMENTO

SAMU SP 089

Revisão nº 00

Data emissão: 24/01/2022

Data próxima revisão: 24/01/2024

RETIRADA DE CAPACETE NA VÍTIMA COM SUSPEITA DE TRAUMA

1. OBJETIVO

Descrever a técnica de remoção de capacete nas vítimas de trauma.

2. ÁREAS ENVOLVIDAS

SIV.

3. DEFINIÇÃO

É a técnica utilizada para retirar o capacete de forma a não instabilizar uma possível fratura na coluna cervical da vítima de trauma.

4. SIGLAS E ABREVIATURAS

EPI: Equipamento de Proteção Individual.

SIV: Suporte Intermediário de Vida.

5. PROCEDIMENTOS E RESPONSABILIDADES

Materiais

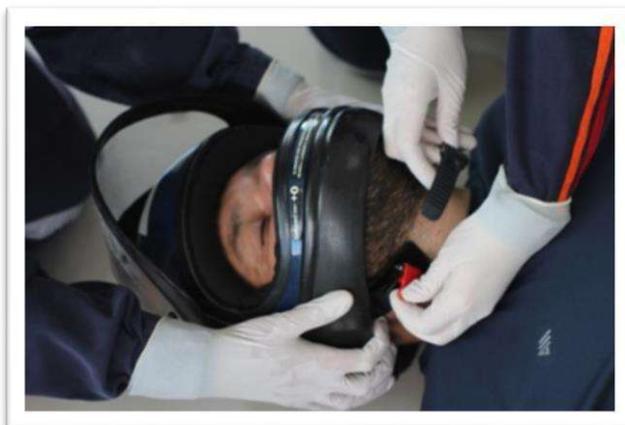
- EPIs;
- Colar cervical do tamanho adequado ou ajustável.

Procedimento

- Em uso de EPI;
- Explique o procedimento para a vítima;

Realize o procedimento conforme descrito:

- **Profissional 1** fica ajoelhado atrás da cabeça da vítima com os cotovelos apoiados no chão e as mãos espalmadas estabilizando o capacete.
- **Profissional 2** ajoelha-se ao lado da vítima, apoia o cotovelo no chão, abre a viseira e solta (ou corta) a tira de fixação do capacete.



- **Profissional 2** com um dos braços apoiado no chão coloca a mão na região occipital, e com o outro braço apoiado no tórax posiciona a mão na região cervical anterior, mantendo a estabilidade da coluna;



- **Profissional 1** retira o capacete posicionando os dedos das mãos na parte interna do capacete e com movimentos firmes tipo balanço inicia a liberação do nariz e do occipito, repetindo até a liberação totalmente do capacete;

ATENÇÃO

Os movimentos devem ser lentos e controlados.



- **Professional 2** mantém a cabeça em posição neutra após a retirada do capacete até que o **Professional 1** assumo a cabeça;



- Enquanto o **profissional 1** estabiliza a cabeça, o **profissional 2** coloca o colar cervical (protocolo específico).



6. FLUXOGRAMA

Não há.

7. REFERÊNCIAS CONSULTADAS

- PHTLS. Atendimento Pré-Hospitalar ao Traumatizado. National Association of Emergency Medical Technician, 2021. 9ª edição. 762 páginas.

Elaboração	Revisão	Aprovação
Cássia Oliveira Lopes Edna Barbosa da Silva	Julianna Letícia G. Cotrick Gomes	Maísa Ferreira dos Santos

PROCEDIMENTO

SAMU SP 090

Revisão nº 00

Data emissão: 24/01/2022

Data próxima revisão: 24/01/2024

EMPACOTAMENTO

1. OBJETIVO

Descrever a técnica de realização do empacotamento.

2. ÁREAS ENVOLVIDAS

SIV.

3. DEFINIÇÃO

Empacotamento é a colocação de agentes hemostáticos e/ou compressas no interior das lesões com sangramento ativo, para aumentar a coagulação de hemorragias potencialmente fatais, e que não podem ser interrompidas apenas com a compressão direta em áreas do corpo sem condições de colocação do torniquete.

4. SIGLAS E ABREVIATURAS

EPI: Equipamento de Proteção Individual.

SIV: Suporte Intermediário de Vida.

5. PROCEDIMENTOS E RESPONSABILIDADES

Materiais

- Gaze estéril;
- Zobec ou curativo hemostático;
- Atadura Crepe ou Bandagem triangular;
- Fita Crepe ou Esparadrapo.

Procedimento

- Em uso de EPI;
- Informe o procedimento à vítima;
- Exponha a ferida;
- Remova delicadamente o excesso de sangue, preservando coágulos formados.



- Localize a fonte de sangramento ativo;
- Preencha o interior da ferida diretamente sobre o ponto de sangramento mais ativo com gaze/curativo hemostático;



- Aplique compressão direta e firme sobre a ferida por pelo menos 10 minutos;



- Reavalie se o sangramento cessou;
- Insira novo preenchimento na ferida se houver necessidade de controlar um sangramento contínuo;



- Realize uma cobertura local compressiva com atadura crepe ou bandagem triangular para fixar o curativo quando o sangramento estiver controlado;



- Finalize com fita crepe ou esparadrapo;
- Registre o procedimento na ficha de atendimento.

6. FLUXOGRAMA

Não há.

7. REFERÊNCIAS CONSULTADAS

- PHTLS. Atendimento Pré-Hospitalar ao Traumatizado. National Association of Emergency Medical Technician, 2021. 9ª edição. 762 páginas.

Elaboração	Revisão	Aprovação
Cassia Oliveira Lopes	Julianna Letícia G. Cotrick Gomes	Maísa Ferreira dos Santos

PROCEDIMENTO

SAMU SP 091

Revisão nº 00

Data emissão: 24/01/2022

Data próxima revisão: 24/01/2024

TORNIQUETE

1. OBJETIVO

Descrever a técnica de torniquete.

2. ÁREAS ENVOLVIDAS

SIV e Unidade de Saúde.

3. DEFINIÇÃO

É a técnica utilizada para a contenção de hemorragia exsanguinante em membros.

4. SIGLAS E ABREVIATURAS

EPI: Equipamento de Proteção Individual.

SIV: Suporte Intermediário de Vida.

5. PROCEDIMENTOS E RESPONSABILIDADES

Materiais

- EPI;
- Bandagem triangular e seringa 20 mls.

Procedimento

1. Em uso de EPI;
2. Explique o procedimento à vítima;

ATENÇÃO

- ✓ Não aplicar torniquetes sobre áreas de articulação.
- ✓ A bandagem triangular deve ser dobrada até que fique com aproximadamente 10 cm de largura.

- Passe a bandagem triangular duas vezes no membro com hemorragia exsanguinante e entrelace uma tira na outra. Nas lesões localizadas em membros superiores, o torniquete deve ser instalado na região da axila e nas lesões localizadas em membros inferiores, na região da virilha;

ATENÇÃO

Independente da localização da lesão exsanguinante, o torniquete deve ser instalado sempre na raiz do membro afetado.



- Coloque uma seringa de 20 ml e dê um nó firme sobre ela;



- Utilize a seringa como uma manivela para girar em sentido horário até a interrupção do sangramento;



- Com a hemorragia controlada, fixe a seringa com esparadrapo e registre o horário da instalação;
- Caso a hemorragia não seja controlada, um segundo torniquete pode ser instalado próximo ao primeiro.

TORNIQUETE TÁTICO (obedece ao mesmo princípio da bandagem)



ATENÇÃO

O enfermeiro deverá comunicar à equipe da unidade de saúde o horário de instalação do torniquete, bem como registrar em ficha de atendimento.

6. FLUXOGRAMA

Não há.

7. REFERÊNCIAS CONSULTADAS

- PHTLS. Atendimento Pré-Hospitalar ao Traumatizado. National Association of Emergency Medical Technician, 2021. 9ª edição. 762 páginas.

Elaboração	Revisão	Aprovação
Cassia Oliveira Lopes Edna Barbosa da Silva	Julianna Letícia G. Cotrick Gomes	Maísa Ferreira dos Santos

PROCEDIMENTO

SAMU SP 092

Revisão nº 00

Data emissão: 24/01/2022

Data próxima revisão: 24/01/2024

RETIRADA RÁPIDA DA VÍTIMA

1. OBJETIVO

Descrever a técnica de retirada rápida da vítima de trauma encontrada sentada em veículo ou em circunstância similar.

2. ÁREAS ENVOLVIDAS

SIV.

3. DEFINIÇÃO

É a técnica utilizada para retirada rápida da vítima de trauma que se encontra sentada no veículo ou em circunstância similar, obedecendo ao princípio de imobilidade da coluna vertebral após avaliação e identificação de gravidade com risco de morte.

ATENÇÃO

A retirada rápida é uma indicação de acordo com a identificação de gravidade.

Não deve ser realizada com base nas preferências pessoais.

4. SIGLAS E ABREVIATURAS

EPI: Equipamento de Proteção Individual.

SIV: Suporte Intermediário de Vida.

5. PROCEDIMENTOS E RESPONSABILIDADES

Materiais

- EPI;
- Colar cervical de tamanho apropriado ou ajustável;
- Estetoscópio;
- Máscara de oxigênio não reinalante;
- Cilindro de oxigênio portátil;
- Prancha longa;

- Três cintos de segurança ou dispositivo similar (cinto aranha).

Procedimento

- Em uso de EPI, confirmação da cena segura e portando materiais para o atendimento;
- Verifique se a vítima não está presa nos pedais, ferragens ou outro obstáculo;
- **Profissional 2** (enfermeiro) faz a abordagem da vítima pela janela estabilizando a coluna cervical;



- **Profissional 1** entra e se posiciona atrás da vítima, colocando as mãos espalmadas sobre as orelhas substituindo o **profissional 2**;



- **Profissional 2** coloca as mãos no tórax anterior e posterior e aguarda o comando do **profissional 1** para encostar a vítima no banco;
- **Profissional 3** se posiciona no banco do passageiro, realiza a medição e instalação do colar, solicitando que o **profissional 2** feche o dispositivo;



- **Professional 2** inicia a avaliação até encontrar indícios de gravidade e comunica a equipe da necessidade de retirada a rápida;



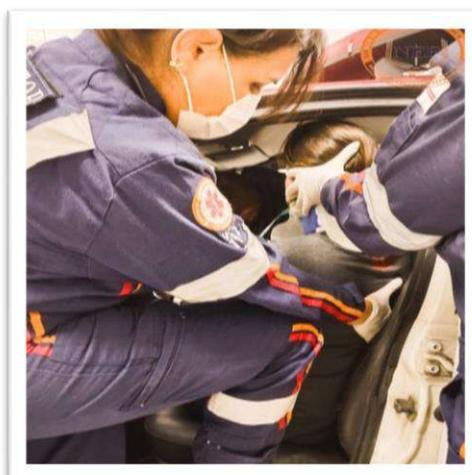
- **Professional 3** segura na alavanca para iniciar a movimentação do banco que vai ser feita após o comando do profissional 1 que dá ordem: “banco para trás e/ou frente, contando até 3: 1...2...3” (o banco deve estar alinhado com a coluna do carro);
- **Professional 1** mantém a estabilidade da coluna, enquanto o **profissional 2** mantém as mãos no tórax anterior e posterior, e sob o comando do **profissional 1** que dá a ordem: “tronco da vítima para frente,

contando até 3: 1...2...3” (essa posição permite que possa ser iniciado a movimentação da vítima em bloco);

- **Profissional 3** coloca uma das mãos até a altura do seu cotovelo sob as pernas da vítima na região poplíteia, com a outra mão ele se apoia no banco e/ou painel. Nessa posição ele aguarda o comando para iniciar o primeiro giro sem elevar os membros;



- **Profissional 1** da ordem: “vamos girar a vítima aproximadamente 45°, contando até 3: 1...2...3”;
- **Profissional 2** se mantém estabilizando a coluna torácica anterior e posterior até a retirada da vítima;
- **Profissional 4**, após o primeiro giro assume a cabeça com as mãos espalmadas lateralmente sobre as orelhas ordenando: “cabeça é minha”, liberando o **profissional 1** para pegar a prancha e a maca da ambulância, mantendo-a próxima;
- **Profissional 3** libera uma perna de cada vez passando sobre o cambio do veículo, posicionando novamente sua mão sob as pernas;
- Todos os movimentos só devem ser realizados com sincronismo e após o comando do **profissional 1** com o objetivo de manter a coluna alinhada;
- **Profissional 4** dá ordem: “vamos girar 45°, contando até 3: 1...2...3”. Após o giro, a vítima estará na posição sentada (90° do início do atendimento), sendo estabilizada pelo **profissional 4** na cabeça, **profissional 2** no tórax e **profissional 3** nos membros inferiores;



- **Profissional 1** apoia uma extremidade da prancha longa entre o banco e a região glútea da vítima, posicionando a outra extremidade da prancha (com a base do head block) nas suas coxas, mantendo as mãos livres para assumir a cabeça;



- **Profissional 4** da ordem: “vamos descer a vítima na prancha, contando até 3: 1...2...3”;
- **Profissional 2** retira as mãos do tórax e posiciona nos ombros, o **profissional 3** mantém suas mãos sob as pernas flexionadas e o **profissional 4** com as mãos espalmadas na cabeça da o comando: “vítima para cima, contando 1...2...3”. Essa manobra pode ser repetida mais uma ou duas vezes, a depender do alcance das mãos do **profissional 1**;



- **Profissional 1** assume a cabeça, **profissional 4** assume os ombros e **profissional 2** assume a pelve, enquanto o **profissional 3** se mantém na mesma posição;



- **Profissional 1** da ordem: “vítima para cima, contando até 3: 1...2...3”. Essa manobra pode ser repetida até que a cabeça esteja posicionada na base do head block. Após o **profissional 1** assumir a cabeça, o restante da equipe deve **IMEDIATAMENTE** assumir a alça da prancha: **Profissional 4** assume as alças do lado direito da vítima, **profissional 2** assume as alças do seu lado esquerdo da vítima e o **profissional 3** assume a prancha na extremidade dos pés, levando-a para a maca da ambulância.



ATENÇÃO

Profissional 1 após assumir a cabeça não poderá solta-la em hipótese nenhuma.

O peso da vítima encontra totalmente sobre a coxa do profissional 1, por esse motivo a equipe deve imediatamente aliviar o peso segurando na alça.

6. FLUXOGRAMA

Não há.

7. REFERÊNCIAS CONSULTADAS

- PHTLS. Atendimento Pré-Hospitalar ao Traumatizado. National Association of Emergency Medical Technician, 2021. 9ª edição. 762 páginas.

Elaboração	Revisão	Aprovação
Edna Barbosa da Silva	Julianna Letícia G. Cotrick Gomes.	Maísa Ferreira dos Santos

PROCEDIMENTO

SAMU SP 093

Revisão nº 00

Data emissão: 24/01/2022

Data próxima revisão: 24/01/2024

USO DO KED NA VÍTIMA DE TRAUMA

1. OBJETIVO

Descrever a técnica de uso do KED.

2. ÁREAS ENVOLVIDAS

SIV.

3. DEFINIÇÃO

KED (Kendrick Extrication Device) é um dispositivo utilizado para retirada da vítima de trauma que se encontra sentada, sem gravidade.

SIGLAS E ABREVIATURAS

EPI: Equipamento de Proteção Individual.

KED: Kendrick Extrication Device.

SIV: Suporte Intermediário de Vida.

5. PROCEDIMENTOS E RESPONSABILIDADES

Materiais

- EPI;
- KED;
- Colar cervical;
- Prancha longa;
- Protetor lateral de cabeça;
- Bandagem triangular ou similar.

Procedimento (mínimo 3 profissionais)

- Em uso de EPI, confirmação da cena segura e portando materiais para o atendimento;
- Verifique se a vítima não está presa nos pedais, ferragens ou outro obstáculo;
- **Profissional 2** (enfermeiro) faz a abordagem da vítima pela janela estabilizando a coluna cervical.



- **Profissional 1** entra e se posiciona atrás da vítima, colocando as mãos espalmadas sobre as orelhas substituindo o **profissional 2**.



- **Profissional 2** coloca as mãos no tórax anterior e posterior e aguarda o comando do **profissional 1** para encostar a vítima no banco;
- **Profissional 3** se posiciona no banco do passageiro, realiza a medição e instalação do colar, solicitando que o **profissional 2** feche o dispositivo;



- **Profissional 2** realiza a avaliação e após verificar que vítima se encontra estável, informa a equipe a equipe da necessidade de colocação do KED;

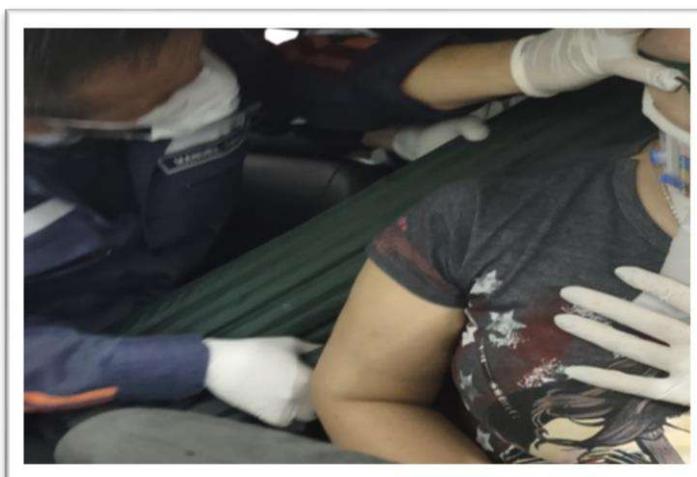


- **Profissional 3** sai do veículo para pegar o KED, soltando os tirantes longos (virilha) e colocando atrás do dispositivo;

ATENÇÃO

Ao pegar o KED, o profissional deve conferir se esse dispositivo contém todos os complementos de imobilização (tirantes da testa, queixo e almofada).

- **Profissional 1** mantendo a estabilização da cabeça, dá ordem para o **profissional 2** que está estabilizando a região torácica anterior e posterior: “movimentar a vítima para frente, contando até 3: 1...2...3” (apenas o suficiente para que o colete imobilizador seja posicionado entre a vítima e o encosto);



- **Profissional 3** posiciona o colete imobilizador entre o encosto do banco e a vítima, ajusta as abas laterais do dispositivo abaixo das axilas;

- **Profissionais 2 e 3** realizam o afivelamento dos tirantes iniciando torácico médio (amarelo), seguido do tirante torácico inferior (vermelho) e o tirante torácico superior (verde), que não deve ser apertado nesse momento;



- **Profissional 3** sobre o banco do passageiro, posiciona o colete imobilizador entre a vítima e o encosto do banco, enquanto a estabilização da cabeça é mantida pelo **profissional 1** e da região torácica anterior e posterior pelo **profissional 2**;

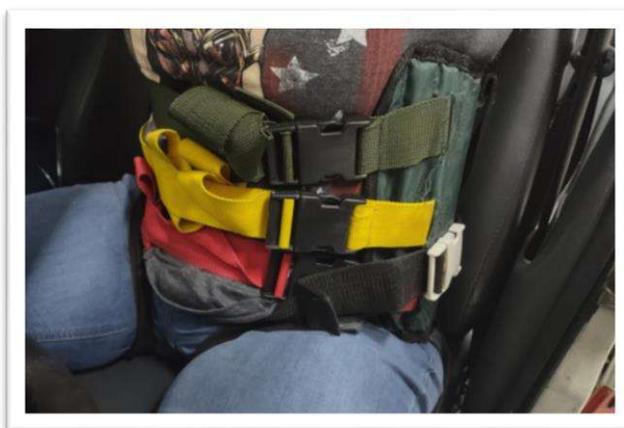
ATENÇÃO

O tirante verde deve ser mantido frouxo até que o paciente esteja pronto para ser retirado, quando então será ajustado como os demais.

- Os tirantes longos da virilha que já estavam soltos, devem passar sob coxa, serem ajustados sob cada membro inferior e conectados ao dispositivo do mesmo lado;



- Nesse momento é necessário revisar e ajustar os tirantes do tronco, exceto o superior (verde);



ATENÇÃO

Analisar se é necessário o uso da almofada para preencher o espaço entre a cabeça e o colete, mantendo o alinhamento neutro.

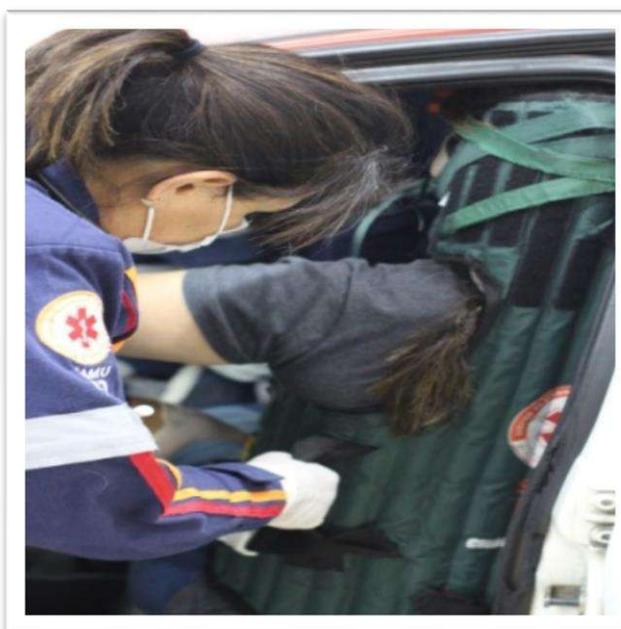
- **Profissional 2** coloca os tirantes de fixação na região frontal (testa) da vítima, prendendo as tiras no velcro do dispositivo;
- **Profissional 3** coloca os tirantes de fixação da região do mento (queixo) da vítima, prendendo as tiras no velcro do dispositivo;
- **Profissional 1** já pode sair do veículo;



ATENÇÃO

Os dois antebraços do paciente devem ser posicionados um sobre o outro e imobilizados com a ajuda de bandagens triangulares.

- Uma extremidade da prancha longa é posicionada sob as nádegas da vítima e apoiada no assento, enquanto a outra é apoiada pelo profissional;
- **Profissional 2 e 3** deverão proceder à remoção segurando pelas alças do colete enquanto giram, levantam e movimentam a vítima para a prancha em movimentos curtos e sincronizados;



- **Profissional 3** mantém os membros inferiores elevados durante a movimentação de retirada;



- Manter os membros inferiores elevados até que os tirantes (preto) da virilha sejam soltos;



- Após a retirada da vítima, os tirantes superiores do tórax podem ser afrouxados;



- O dispositivo deverá ser mantido na vítima até a sua avaliação na unidade de saúde.



6. FLUXOGRAMA

Não há.

7. REFERÊNCIAS CONSULTADAS

- PHTLS. Atendimento Pré-Hospitalar ao Traumatizado. National Association of Emergency Medical Technician, 2021. 9ª edição. 762 páginas.
- Protocolo de Atendimento Pré-Hospitalar: Suporte Intermediário de Vida. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde – SAMU, 2014. 4ª. Edição. 112 páginas

Elaboração	Revisão	Aprovação
Edna Barbosa da Silva	Julianna Letícia G. Cotrick Gomes	Maísa Ferreira dos Santos

PROCEDIMENTO

SAMU SP 094

Revisão nº 00

Data emissão: 24/01/2022

Data próxima revisão: 24/01/2024

IMOBILIZAÇÃO DA PELVE

1. OBJETIVO

Descrever a técnica de imobilização da pelve.

2. ÁREAS ENVOLVIDAS

SIV.

3. DEFINIÇÃO

É a técnica utilizada em casos confirmados ou suspeitos de fraturas pélvicas, com objetivo de estabilizar e reduzir o sangramento.

4. SIGLAS E ABREVIATURAS

EPI: Equipamento de Proteção Individual.

SIV: Suporte Intermediário de Vida.

5. PROCEDIMENTOS E RESPONSABILIDADES

Materiais

- EPI,
- Tala GG;
- Bandagem triangular ou atadura de crepe (10 a 15 cm).

Procedimento

- Em uso de EPI;
- Explicar o procedimento à vítima;
- A palpação da pelve deve ser feita na vítima hemodinamicamente instável confirmado no MNEMÔNICO (C) sem causa identificada até essa etapa da avaliação;
- **Profissional 1** ao palpar a pelve e identificar alterações como: instabilidade, crepitação e reação dolorosa, não deve mais retirar as mãos dessa região, solicitando a imobilização imediata;
- A palpação da pelve deve ser realizada através das seguintes manobras: o profissional posiciona as mãos na crista ilíaca bilateralmente, exercendo uma pressão da região anterior para posterior e lateralmente;



ATENÇÃO

O profissional ao perceber instabilidade pélvica e/ou reação dolorosa da vítima ao fazer a primeira manobra (antero posterior), deve interromper o exame, manter a estabilização manual e solicitar a imobilização imediata.

Na presença de deformidade pélvica e/ou referência de dor nessa região, a imobilização estará indicada sem a necessidade do exame dessa estrutura.

- **Profissional 2** pega 1 tala GG e uma atadura crepe e solicita apoio do profissional 3;

SEQUÊNCIA 01

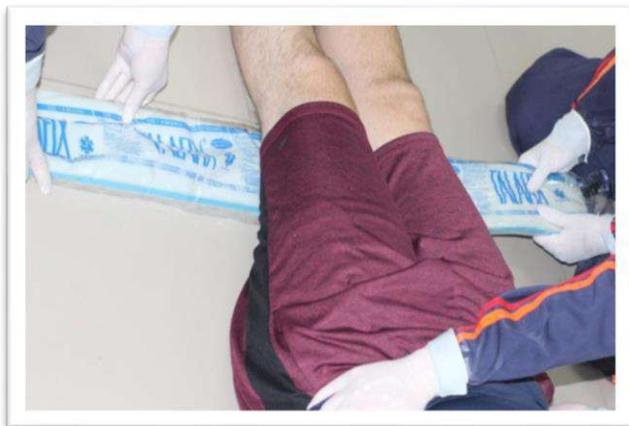


SEQUÊNCIA 02



- **Profissional 1** mantém a estabilização manual da pelve, enquanto o profissional 2 se posiciona de um lado da vítima e passa a tala no vão do joelho;
- **Profissional 3** do lado contralateral, pega a outra extremidade da tala;

SEQUÊNCIA 03



SEQUÊNCIA 04



- **Profissional 2 e 3** iniciam movimento de serra em direção da cabeça até a região trocantérica, entortando as extremidades da tala formando uma alça ou “Ω invertido”. A atadura vai ser amarrada em uma alça e passada na alça contralateral, retornando para alça anterior repetidas vezes até a finalização com um nó, sempre tracionando para fechar a pelve.

SEQUÊNCIA 05



SEQUÊNCIA 06



SEQUÊNCIA 07



SEQUÊNCIA 08



SEQUÊNCIA 09



SEQUÊNCIA 10



ATENÇÃO

Não coloque nenhum dispositivo (coxim) para manter a abdução entre os membros inferiores da vítima.

6. FLUXOGRAMA

Não há

7. REFERÊNCIAS CONSULTADAS

- PHTLS. Atendimento Pré-Hospitalar ao Traumatizado. National Association of Emergency Medical Technician, 2021. 9ª edição. 762 páginas.

Elaboração	Revisão	Aprovação
Cassia Oliveira Lopes Edna Barbosa da Silva	Julianna Letícia G. Cotrick Gomes.	Maísa Ferreira dos Santos

PROCEDIMENTO

SAMU SP 095

Revisão nº 00

Data emissão: 24/01/2022

Data próxima revisão: 24/01/2024

IMOBILIZAÇÃO DE EXTREMIDADES

1. OBJETIVO

Descrever a técnica de imobilização nas lesões de extremidades.

2. ÁREAS ENVOLVIDAS

SIV.

3. DEFINIÇÃO

É a técnica utilizada para reduzir o potencial de novas lesões, dor e hemorragias na vítima com trauma de extremidade.

4. SIGLAS E ABREVIATURAS

EPI: Equipamento de Proteção Individual.

SIV: Suporte Intermediário de Vida.

5. PROCEDIMENTOS E RESPONSABILIDADES

Materiais

- EP;
- Talas de vários tamanhos;
- Bandagem triangular;
- Atadura de crepe (10 a 15 cm).

Procedimento

- Em uso de EPI;
- Explique o procedimento à vítima;
- Retire adornos, calçados e corte as roupas dos membros a serem avaliados;

SEQUÊNCIA 01



SEQUÊNCIA 02



- Avalie pulso, perfusão, sensibilidade e motricidade do membro lesionado;
- Na ausência de pulso, tentar realinhar até a restauração do fluxo sanguíneo ou a presença do enchimento capilar, respeitando o limiar de dor da vítima;

SEQUÊNCIA 03



SEQUÊNCIA 04



- Realize o alinhamento da extremidade óssea lesionada em posição anatômica;
- Realize a remoção de toda sujidade em excesso com soro fisiológico e mantenha a lesão coberta;
- Apoie o membro lesionado em tala;
- Estabilize manualmente o membro lesionado até que os procedimentos com a lesão e a imobilização, tenham sido finalizados;
- Reavalie a extremidade após a imobilização em relação à perfusão e sensibilidade.

SEQUÊNCIA 05



SEQUÊNCIA 06



SEQUÊNCIA 07



SEQUÊNCIA 08



ATENÇÃO

Realize a imobilização com bandagem triangular na suspeita de lesões: escapular, ombro e úmero, conforme ilustração abaixo.

SEQUÊNCIA 01



SEQUÊNCIA 02



SEQUÊNCIA 03



SEQUÊNCIA 04



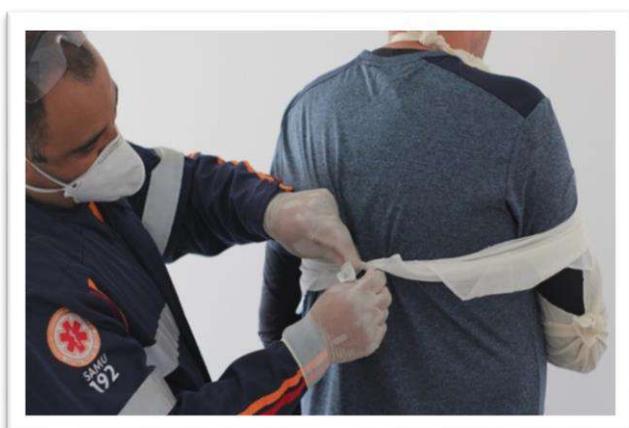
SEQUÊNCIA 05



SEQUÊNCIA 06



SEQUÊNCIA 07



SEQUÊNCIA 08



6. FLUXOGRAMA

Não há.

7. REFERÊNCIAS CONSULTADAS

- PHTLS. Atendimento Pré-Hospitalar ao Traumatizado. National Association of Emergency Medical Technician, 2021. 9ª edição. 762 páginas.

Elaboração	Revisão	Aprovação
Cássia Oliveira Lopes Edna Barbosa da Silva	Julianna Letícia G. Cotrick Gomes	Maísa Ferreira dos Santos

PROCEDIMENTO

SAMU SP 096

Revisão nº 00

Data emissão: 24/01/2022

Data próxima revisão: 24/01/2024

PRANCHAMENTO EM PÉ

1. OBJETIVO

Descrever a técnica de imobilização da vítima de trauma que se encontra em pé na cena.

2. ÁREAS ENVOLVIDAS

SIV.

3. DEFINIÇÃO

É a imobilização da vítima que se encontra em pé após mecanismo traumático.

4. SIGLAS E ABREVIATURAS

EPI: Equipamento proteção individual.

SIV: Suporte Intermediário de Vida.

5. PROCEDIMENTOS E RESPONSABILIDADES

Materiais

- EPIs;
- Colar cervical;
- Imobilizador lateral de cabeça com tirantes;
- Prancha longa;
- Três cintos de segurança ou dispositivo similar (“cinto aranha”).

Procedimento

- Em uso de EPI;
- Explicar o procedimento à vítima;
- **Profissional 1** deverá estar na frente da vítima e estabilizar a cabeça (protocolo colocação colar cervical);



- **Profissional 2** instala o colar, posiciona a prancha atrás da vítima, passa o braço sob a axila e segura a alça desse dispositivo, com o outro braço ele estabiliza a cabeça espalmando a mão sobre a orelha deste mesmo lado;



- **Profissional 1 e 2** apoia a prancha utilizando a região do calcanhar e inicia o movimento de descida após ordem: “descer a vitima, contando até 3 : 1...2...3”;





- Com a prancha no chão, o **profissional 3** se posiciona atrás e assume a cabeça, enquanto o **profissional 2** posiciona as mãos nos ombros e o **profissional 1** posiciona as mãos na pelve, para ajustar a vítima através de movimentos para baixo e para cima, até a mesma encontrar-se centralizada.

6. FLUXOGRAMA

Não há.

7. REFERÊNCIAS CONSULTADAS

- PHTLS. Atendimento Pré-Hospitalar ao Traumatizado. National Association of Emergency Medical Technician, 2021. 9ª edição. 762 páginas.

Elaboração	Revisão	Aprovação
Edna Barbosa da Silva	Julianna Letícia G. Cotrick Gomes	Maísa Ferreira dos Santos

PROCEDIMENTO

SAMU SP 097

Revisão nº 00

Data emissão: 24/01/2022

Data próxima revisão: 24/01/2024

ROLAMENTO EM BLOCO 90º e 180º

1. OBJETIVO

Descrever a técnica de imobilização da vítima de trauma que se encontra em posição supina.

2. ÁREAS ENVOLVIDAS

SIV.

3. DEFINIÇÃO

O rolamento em bloco é a técnica usada para imobilizar a vítima de trauma encontrada em posição supina. O enfermeiro poderá observar a região dorsal neste procedimento.

4. SIGLAS E ABREVIATURAS

EPI: Equipamento de Proteção Individual.

SIV: Suporte Intermediário de Vida.

5. PROCEDIMENTOS E RESPONSABILIDADES

Materiais

- EPIs;
- Colar cervical;
- Imobilizador lateral de cabeça com tirantes;
- Prancha longa;
- Três cintos de segurança ou dispositivo similar (“cinto aranha”).

Procedimento

- Em uso de EPI;
- Explicar o procedimento para as vítimas;
- Realizar o procedimento conforme descrito:
- **Profissional 1** apoia os joelhos no chão, coloca a mão esquerda espalmada sobre a orelha esquerda e a mão direita espalmada na orelha direita da vítima, mantendo a estabilização da coluna para o rolamento,

ATENÇÃO

A vítima deve ser rolada para o lado oposto da direção para a qual o seu rosto aponta inicialmente.

Os membros superiores da vítima são posicionados para o rolamento. Se a face da vítima estiver virada para o lado direito, o braço esquerdo da vítima deve ser elevado para apoiar a cabeça, e o braço direito estendido ao longo do corpo, ou vice versa.

Os membros inferiores são alinhados em posição anatômica para o rolamento, mesmo na presença de lesões e antes de serem imobilizados.



- **Profissional 2** coloca a prancha deitada mantendo uma distância de aproximadamente 20 cm entre ela e a vítima, na altura do tórax apoia os joelhos sobre a prancha e posiciona as mãos no ombro e pelve respectivamente;
- **Profissional 3** abaixa na altura da pelve apoiando os joelhos sobre a prancha, posiciona uma mão na pelve, cruzando o braço com o **profissional 2**, e a outra mão na região tibial anterior da vítima respectivamente;





O rolamento deve ser realizado em 02 tempos:

- 1º tempo: **profissional 1** confirma o posicionamento dos demais e efetua a contagem para o rolamento da vítima em bloco à 90º;
- **Profissional 1** da ordem: “vamos virar a 90º, contando até 3: 1...2...3”, mas não acompanha a movimentação da vítima, permanecendo na mesma posição;
- 2º tempo: com a vítima à 90º, o **profissional 1** confirma o posicionamento dos demais e efetua a contagem para posicioná-la na prancha;
- **Profissional 1** da ordem: “vamos virar a 90º, contando até 3: 1...2...3”, e acompanha a movimentação da vítima até a prancha e se mantém nessa posição;
- **Profissional 2** posiciona as mãos nos ombros e o **profissional 3** posiciona as mãos na pelve, para ajustar a vítima através de movimentos para baixo e para cima, até a mesma encontrar-se centralizada na prancha;



- Com a vítima em DDH já centralizada na prancha, o **profissional 1** mantém a estabilização da coluna, enquanto os **profissionais 2 e 3** colocam os tirantes no tórax, pelve e head block, respectivamente.



ATENÇÃO

Vítimas com uso de capacete devem sofrer todo o rolamento sem a retirada do mesmo. A retirada do capacete só ocorrerá quando vítima em DDH sobre a prancha.

5. FLUXOGRAMA

Não há.

6. REFERÊNCIAS CONSULTADAS

- PHTLS. Atendimento Pré-Hospitalar ao Traumatizado. National Association of Emergency Medical Technician, 2021. 9ª edição. 762 páginas.

Elaboração	Revisão	Aprovação
Cassia Oliveira Lopes Edna Barbosa da Silva	Julianna Letícia G. Cotrick Gomes	Maísa Ferreira dos Santos

PROCEDIMENTO

SAMU SP 098

Revisão nº 00

Data emissão: 24/01/2022

Data próxima revisão: 24/01/2024

IMOBILIZAÇÃO E CONTENÇÃO FÍSICA

1. OBJETIVO

Descrever a técnica de contenção física para as vítimas com alterações psíquicas, a fim de prevenir dano imediato ou iminente ao paciente ou aos demais.

➤ **ÁREAS ENVOLVIDAS**

SIV, SAV, SBV e Central de Operações.

➤ **DEFINIÇÃO**

A imobilização é o procedimento de restrição manual dos movimentos do paciente, visando com isto à contenção física subsequentemente.

Contenção física é o emprego de meios físicos externos que interfiram na liberdade de movimentos corporais da vítima, com a finalidade de impedir que este pratique ato violento ou autoagressão (QUEVEDO, 2013).

Conforme o Conselho Federal de Medicina, a indicação da contenção é prescrita pelo profissional médico. Caso haja protocolo compartilhado que a autorize, o enfermeiro também pode prescrever a contenção (CREMESP, 2015).

➤ **SIGLAS E ABREVIATURAS**

PM: Polícia Militar.

SAV: Suporte Avançado de Vida.

SBV: Suporte Básico de Vida.

SIV: Suporte Intermediário de Vida.

➤ **PROCEDIMENTOS E RESPONSABILIDADES**

Contenção Verbal: A escuta terapêutica é o primeiro cuidado com a vítima que manifesta agitação e potencial agressividade, realizado enquanto se faz a observação do comportamento da mesma e do ambiente. “A adequação do comportamento da equipe de profissionais no manejo da situação é um aspecto fundamental para a prevenção de agressão física ou danos morais” (MANTOVANI *et al*, 2010).

É importante o ouvir reflexivo, o observar atento, a interpretação as mensagens verbais.

Manejo ambiental

Analisar elementos ambientais, materiais e humanos para aumentar a segurança da vítima, da equipe e de outras pessoas inseridas no local, diminuindo fatores que aumentarão o comportamento violento.

Lembre-se que deverá ser observado qual é o agente causador da agressividade e/ou agitação e este deverá ser retirado do local, por exemplo: o próprio solicitante.

Manejo físico

Comunicar aos familiares e/ou responsáveis o uso da necessidade de contenção física, registrando na ficha de atendimento o consentimento, e caso presenciado por outra pessoa, registrar o nome e documento da testemunha.

Iniciar o procedimento após chegada de apoio de outra equipe do SAMU ou Corpo de Bombeiro.

Lembre-se que o PM realiza contenção do ambiente. A atuação do PM com a vítima será realizada mediante presença de objetos em posse da vítima, que poderão ser usados contra si mesmo ou outros.

Escolher qual será o coordenador da ação; sendo o mediador a primeira opção; definindo qual a palavra ou frase chave para a ação.

Atenção: a imobilização física ocorrerá em duas fases: 1. Imobilização (restrição dos movimentos e da locomoção) e 2. Contenção mecânica (uso de faixas).

1. Imobilização

- Realizar o manejo do espaço (equipe em semicírculo ao redor da vítima “encurralando a vítima”, dando a ele uma mensagem limite);
- Coordenador deverá ficar ao centro e tentar posicionar a vítima para a parede em ambiente fechado (evitando fuga), caso o ambiente seja aberto, evitar se posicionar atrás da vítima;
- Observe os sinais não verbais;
- O profissional deve ser tranquilo e empático, lembre-se que poderá ocorrer “espelhamento”, ou seja, um profissional ríspido e agressivo poderá desenvolver na vítima rispidez e agressividade e o inverso é real;
- Os profissionais devem: manter-se a um braço e meio longe da vítima, com os pés afastados, braços ao longo do corpo. Manter o olhar na vítima.

Observações

- Caso a vítima tente se aproximar, o profissional deve estender seu braço na altura do tórax dele, na tentativa de conter a aproximação; e
- Profissional do comando: executar a ação após a frase-chave (sem mudar tom de voz);
- Prosseguir para contenção mecânica;
- Caso a vítima se torne colaborativa a partir desse momento, solicitar que a mesma se posicione na maca/prancha e que seja acompanhada pela equipe com seus membros superiores seguros. Utilize os 03 cintos da maca da viatura para contenção parcial.

Execução

- O profissional coordenador se manterá ao centro e após falar a frase chave os 4 profissionais realizarão a imobilização da vítima;



- Os profissionais que se posicionaram do lado da vítima seguram os membros superiores. Cada profissional se posiciona lateralmente a vítima, mantendo o braço estendido e o cotovelo sob a axila e próximo ao seu tórax. O punho da vítima deve estar seguro com as duas mãos de cada profissional;



- Os profissionais que se posicionaram perpendicular à vítima seguram os membros inferiores; Cada profissional que segurar o membro inferior deve manter um de seus joelhos no chão (para força e equilíbrio) próximo da vítima e o outro deverá permanecer dobrado. Este profissional devesse abraçar o joelho com uma mão e com a outra segurar o tornozelo. Cuidado com o rosto próximo ao joelho da vítima.



- O coordenador deve passar um dos seus braços sobre o tórax e o outro sobre a testa. A vítima será apoiada sobre o corpo do coordenador;



- Observe todos os pontos de contenção na foto abaixo;



- O coordenador irá solicitar que a equipe eleve os membros inferiores da vítima e este profissional irá sustentar a vítima até a maca;



- Transporte e posicionamento na maca/prancha – com os membros suspensos e seguros, o tórax e a cabeça apoiados do profissional coordenador, posicionar a vítima sobre a maca/prancha, mantendo a na posição anatômica (DDH): Membros inferiores afastados (fixar joelho e tornozelo); e membros superiores ao longo do tronco, com as palmas das mãos para cima (fixar punhos).



3. Contenção mecânica

O coordenador que apoiava cabeça e tórax deverá passar as faixas nos membros e tórax.

Iniciar a passagem da faixa pelo membro com maior risco da vítima soltar.

MEMBROS

Passar a faixa por baixo da articulação, com nó na parte anterior. Amarrar a faixa na lateral da maca/prancha e manter a imobilização manual. Nos membros superiores a faixa deve envolver os punhos e nos membros inferiores deve envolver os tornozelos.

Não hiperextender os membros.



TÓRAX

Última faixa a ser posicionada, na altura dos mamilos nos homens e abaixo das mamas nas mulheres. Amarrar nas laterais da maca/prancha.

Evitar compressão de tórax e não comprimir abdômen.



- Caso a vítima consiga liberar ambos os braços ou ambas as pernas, deve-se contê-los juntos, imediatamente, para, depois de controlada a situação, separá-los e proceder conforme a técnica;
- Observar pele e perfusão para identificar eventual ocorrência de garroteamentos e lesões locais ou nos membros contidos da vítima. Há necessidade de monitoramento clínico do nível de consciência, de dados vitais e de condições de pele e circulação nos locais e membros contidos da vítima (COFEN, 2012).

Caso vítima muito agitada solicitar apoio SAV (contenção química).

➤ FLUXOGRAMA

Não há.

➤ REFERÊNCIAS CONSULTADAS

- CREMESP. Parecer sobre contenções física e mecânica no atendimento psiquiátrico. Junho 2015.
- Mantovani, C.; Migon, M.N.; Alheira, V. Manejo de paciente agitado ou agressivo. Revista Brasileira de Psiquiatria. V.32, sup.2, p. 96-103, 2010.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Governo do Distrito Federal. Atendimento pré-hospitalar em saúde mental: noções das urgências e emergências em saúde mental. Brasília DF. 2021. 1º Edição.

- Quevedo, J. *org.* Emergências Psiquiátricas, 3º edição. Porto Alegre: Artmed, 2013. 336 p.
- Resolução COFEN 427/ 2012.

Elaboração	Revisão	Aprovação
Cassia Oliveira Lopes	Julianna Letícia G. Cotrick Gomes	Maísa Ferreira dos Santos

PROCEDIMENTO

SAMU SP 099

Revisão nº 00

Data emissão: 24/01/2022

Data próxima revisão: 24/01/2024

TÉCNICA DE ACESSO VENOSO PERIFÉRICO

1. OBJETIVO

Descrever a técnica de acesso venoso periférico.

➤ **ÁREAS ENVOLVIDAS**

SIV.

3. DEFINIÇÃO

Consiste na introdução de um cateter venoso na luz do vaso através da punção percutânea.

4. SIGLAS E ABREVIATURAS

AVP: Acesso Venoso Periférico.

EPI: Equipamento de Proteção Individual.

SIV: Suporte Intermediário de Vida.

7. PROCEDIMENTOS E RESPONSABILIDADES

Materiais

- EPI;
- Material para antissepsia: algodão e almotolia com álcool 70%;
- Garrote (látex);
- Esparadrapo ou similar para fixação;
- Cateter intravenoso (cateter sobre agulha de metal) diversos calibres;
- Equipos;
- Solução conforme protocolo;
- Caixa de perfuro cortante.

Técnica de acesso com cateter sobre agulha de metal

Procedimento

- Em uso de EPI;
- Explique o procedimento à vítima;
- Selecione o membro e local para punção;
- Selecione o tipo de dispositivo e calibre, levando em consideração idade e condição da rede venosa;
- Visualize a veia, garrotear 10 a 15 cm acima do local de inserção proposto;
- Realize a antissepsia com álcool 70%, no sentido do distal para o proximal (sentido do retorno venoso), três vezes;
- Tracione a pele com o polegar abaixo do local a ser puncionado para minimizar a mobilidade da veia;
- Introduza o cateter venoso na pele, com o bisel voltado para cima, a um ângulo de 15° a 30°, até a cateterização do vaso;
- Ao visualizar o refluxo sanguíneo na câmara, reduza o ângulo e introduza por 0,5cm e estabilize o cateter com uma mão paralelamente à pele;
- Solte o garrote;
- Introduza o cateter enquanto retira gradualmente do mandril, conecte o equipo e fixe o dispositivo;
- Despreze agulha-guia no coletor de resíduos perfuro cortantes;
- Identifique o acesso com hora e data;
- Registre o procedimento na ficha de atendimento, intercorrências, bem como o calibre do dispositivo utilizado.

Técnica de acesso periférico em veia jugular externa pelo enfermeiro (COREN SP 045/2013)

Procedimento

- Em uso de EPI.
- Explique o procedimento à vítima;
- Selecione o local de acesso, verificando as condições de enchimento da jugular externa de ambos os lados (comprima acima da clavícula com o dedo indicador) e escolha a que apresentar melhor enchimento e menos tortuosidade;
- Selecione o tipo de dispositivo e calibre;
- Posicione a vítima em decúbito dorsal, com a cabeceira reta e peça para vítima não se movimentar durante o procedimento (caso consciente);
- Lateralize a cabeça da vítima para o lado oposto da punção;
- Realize a antissepsia do local com gaze embebido em álcool 70%, no sentido do distal para proximal (sentido do retorno venoso), três vezes;

- Posicione-se atrás da cabeça da vítima;
- Com a mão não dominante comprima a veia jugular logo acima da clavícula utilizando o dedo indicador e com a mão dominante realize a punção percutânea, em ângulo de 35°, aproximadamente, com o cateter na direção céfalopodálica;
- Após retorno venoso, com a mão não dominante comprima a veia jugular abaixo da inserção do cateter, retire o mandril com a mão dominante e conecte o equipo com soro;
- Fixe o cateter;
- Identifique o acesso com hora e data;
- Registre o procedimento na ficha de atendimento, intercorrências, bem como o calibre do dispositivo utilizado.

Técnica de acesso com cateter de metal

Procedimento

- Em uso de EPI;
- Explique o procedimento à vítima;
- Selecione o membro e local para punção;
- Selecione o tipo de dispositivo e calibre, levando em consideração idade e condição da rede venosa;
- Visualize a veia, garrotear 10 a 15 cm acima do local de inserção proposto;
- Realize a antisepsia com álcool 70%, no sentido do distal para o proximal (sentido do retorno venoso), três vezes;
- Tracione a pele com o polegar abaixo do local a ser puncionado para minimizar a mobilidade da veia;
- Introduza o cateter venoso na pele, com o bisel voltado para cima, a um ângulo de 15° a 30°, até a cateterização do vaso;
- Ao visualizar o refluxo sanguíneo na câmara, reduza o ângulo e introduza o cateter no mesmo ângulo;
- Solte o garrote, conecte o equipo e fixe o dispositivo;
- Identifique o acesso com hora e data;
- Registre o procedimento na ficha de atendimento, intercorrências, bem como o calibre do dispositivo utilizado.
- **FLUXOGRAMA**

Não há.

7. REFERÊNCIAS CONSULTADAS

- Coutinho, M. H. B.; Santos, S. R. G. Manual de procedimentos de enfermagem. Governo do Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde. Subsecretaria de Atenção à Saúde. Gerência de Enfermagem. Brasília, 2012.
- Craven, R. F.; Hirnle, C. J. Fundamentos de Enfermagem: saúde e função humanas. 4. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
- PARECER COREN-SP 045/2013 – CT. Punção da Veia Jugular Externa pelo Enfermeiro.

Elaboração	Revisão	Aprovação
Cassia Oliveira Lopes	Julianna Letícia G. Cotrick Gomes	Maísa Ferreira dos Santos

PROCEDIMENTO

SAMU SP 100

Revisão nº 00

Data emissão: 24/01/2022

Data próxima revisão: 24/01/2024

ACESSO VASCULAR INTRAÓSSEO

1. OBJETIVO

Descrever a técnica de acesso vascular intraósseo.

2. ÁREAS ENVOLVIDAS

SIV.

3. DEFINIÇÃO

É a técnica realizada pela introdução de uma agulha na cavidade da medula óssea, que garante acesso à circulação venosa para a infusão de medicamentos e soluções em situações emergenciais.

A técnica deverá ser realizada por profissionais devidamente capacitados pela instituição, com respaldo pela resolução COFEN 648/2020.

4. SIGLAS E ABREVIATURAS

EPI: Equipamento Proteção Individual.

COFEN: Conselho Federal de Enfermagem.

SIV: Suporte Intermediário de Vida.

5. PROCEDIMENTOS E RESPONSABILIDADES

Materiais

- EPI;
- Dispositivo Intraósseo fornecidos da instituição (fabricante cath care);
- Uso infantil: seringa 5 ml; Uso adulto: seringa: 20 ml;
- Soro Fisiológico 0,9% 10 ml (2 ampolas);
- Polifix 02 vias e soro para administração;
- Gaze e álcool 70%;
- Esparadrapo.

Procedimento

- Em uso de EPI;

- Explique o procedimento à vítima,
- Coloque a vítima em decúbito dorsal;
- Escolha o local de aplicação da agulha intraóssea:

Tíbia

- ✓ Adultos: localizar a tuberosidade da tíbia, medir 2 cm para região medial e 2 cm para cima.
- ✓ Crianças: localizar a tuberosidade da tíbia, medir 2 cm para região medial e 2 cm para baixo (evitando placa de crescimento).

Fêmur

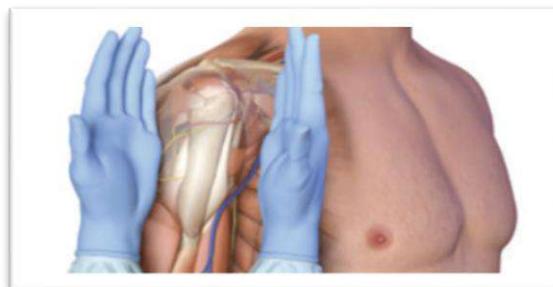
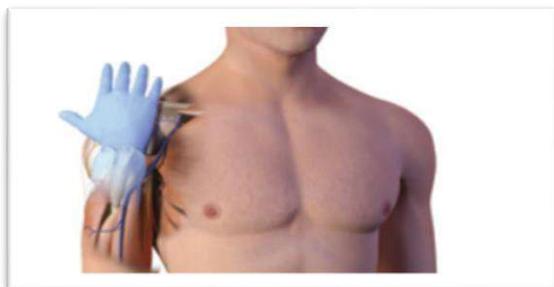
- ✓ Adultos e crianças maiores de 1 ano: localizar o côndilo externo e medir 2 a 3 cm para cima e 1-2 cm na linha medial anterior, na parte distal do fêmur.

Úmero

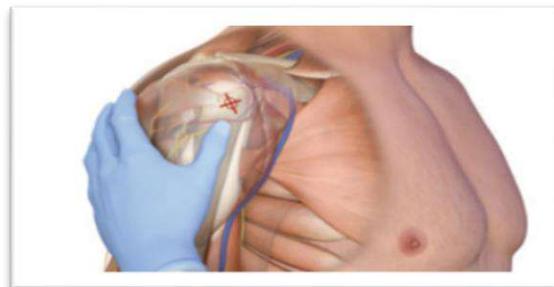
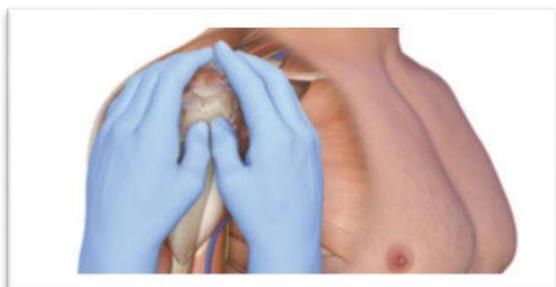
- ✓ Adultos: Com o cotovelo dobrado, e a mão da vítima sobre o abdômen, palpar o colo cirúrgico do úmero para localizar o tubérculo maior. O local de inserção é aproximadamente 1 cm acima do colo cirúrgico e 2-3 cm lateral ao tendão do bíceps.

Referência

Coloque a palma da mão na frente do ombro da vítima, e coloque contra lateralmente a palma da outra mão sobre axila.



Coloque os polegares juntos sobre os braços, identificando a linha vertical de inserção no úmero proximal.



Palpe profundamente o úmero até atingir o colo cirúrgico e verifique que a proeminência do tubérculo maior (1 a 2 cm do colo cirúrgico)

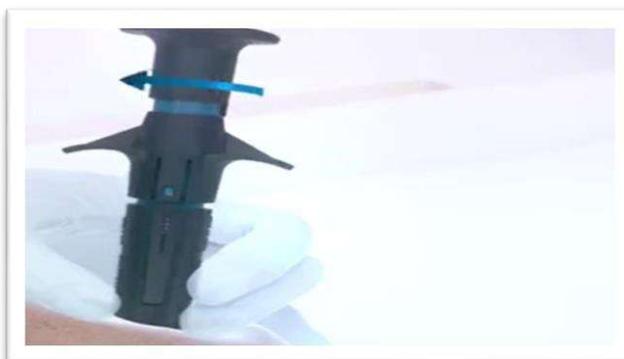
- Remova o dispositivo NIO de sua embalagem;
- Faça antissepsia da pele no local da punção;

- Dispositivo infantil (NIO P): garanta a profundidade de penetração indicadora correlacionada com a idade:
 - ✓ 3 a 9 anos: deixe o espaçador vermelho intacto e ajuste para 14 mm
 - ✓ 9 a 12 anos: remova o espaçador vermelho e ajuste para 18 mm.
- Dispositivo adulto (NIO A): profundidade indica de 2,5 cm.
- Segure o dispositivo NIO no ângulo de 90º no local de inserção da vítima, com a mão não dominante;



Fonte: <https://www.medicaexpo.com/pt/prod/persys-medical/product-91489-820455.html>

- Desbloqueei o dispositivo: girando a tampa até se alinhar com as asas do gatilho;



Fonte: <https://www.medicaexpo.com/pt/prod/persys-medical/product-91489-820455.html>

- Coloque a palma da sua mão dominante sobre o tampa do dispositivo;



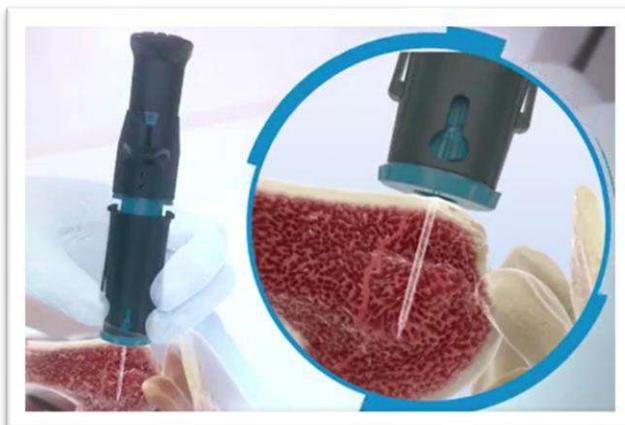
Fonte: <https://www.medicaexpo.com/pt/prod/persys-medical/product-91489-820455.html>

- Aplique pressão para baixo e use os dedos para apertar as asas de gatilho (esta ação irá ativar o dispositivo);



Fonte: <https://www.medicaexpo.com/pt/prod/persys-medical/product-91489-820455.html>

- Segure a base do dispositivo com a mão não dominante e realize suavemente um movimento de rotação da parte superior com a mão dominante;



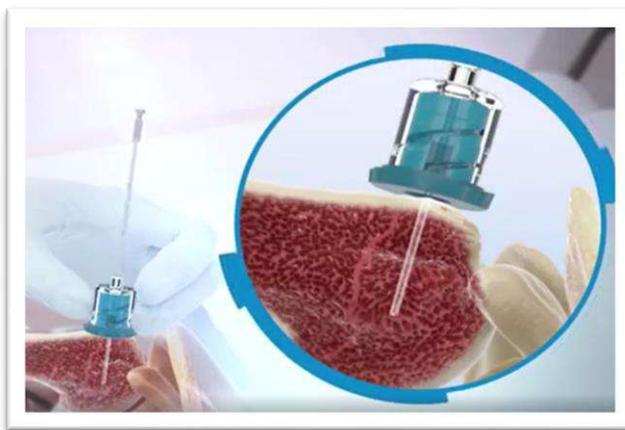
Fonte: <https://www.medicaexpo.com/pt/prod/persys-medical/product-91489-820455.html>

- Puxe suavemente o dispositivo para cima, mantendo a base do estabilizador da agulha no local de inserção;



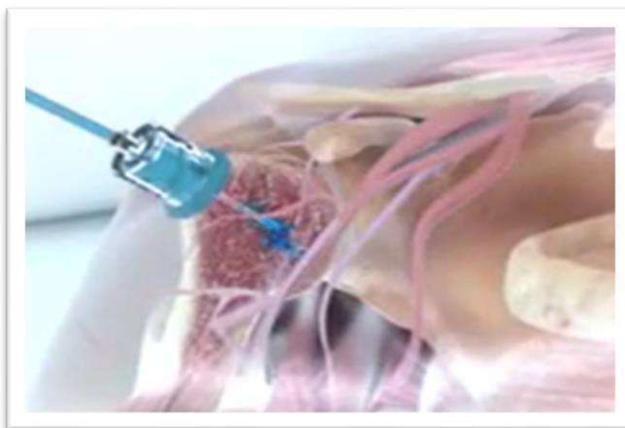
Fonte: <https://www.medicaexpo.com/pt/prod/persys-medical/product-91489-820455.html>

- Segure a base do estabilizador firmemente e remova o mandril do centro da agulha;



Fonte: <https://www.medicaexpo.com/pt/prod/persys-medical/product-91489-820455.html>

- Conecte a seringa, puxe o embolo para verificar retorno de sangue e após infunda o SF 0,9% observando infiltração;
- Realize o curativo de fixação do dispositivo sobre a base estabilizadora;
- Retire seringa e conecte o polifix com solução definida conforme protocolo específico para infusão.



Fonte: <https://www.medicaexpo.com/pt/prod/persys-medical/product-91489-820455.html>

Contra indicação para punção

- Fratura de pelve, não puncionar MMII.
- Fratura de extremidade proximal do osso a ser puncionado.
- Fratura no próprio osso indicado para punção.

6. FLUXOGRAMA

Não há.

7. REFERÊNCIAS CONSULTADAS

- Lane, JC; Guimaraes, HP. Acesso venoso pela via intraóssea em urgências médicas. Rev. Bras. Terapia Intensa, 2008; 20 (1): 63-7.

- NIO®. Manual do fabricante. Waismed Ltda, Israel.
- PHTLS. Atendimento Pré-Hospitalar ao Traumatizado. National Association of Emergency Medical Technician, 2021. 9ª edição. 762 páginas.

Elaboração	Revisão	Aprovação
Cassia Oliveira Lopes Daniela Gurjão Moreira	Julianna Letícia G. Cotrick Gomes.	Maísa Ferreira dos Santos

PROCEDIMENTO

SAMU SP 101

Revisão nº 00

Data emissão: 24/01/2022

Data próxima revisão: 24/01/2024

DEFIBRILADOR EXTERNO AUTOMÁTICO - TOTH EASYSHOCK

1. OBJETIVO

Descrever as etapas do uso do equipamento DEA-TOTH aos enfermeiros, a fim de assegurar o uso adequado e eficiente do equipamento pelos Enfermeiros do SIV.

Oferecer subsídios para tomada de decisão segura pelos enfermeiros na assistência à vítima crítica.

2. ÁREAS ENVOLVIDAS

SIV.

3. DEFINIÇÃO

O DEA-TOTH Easyshock é um desfibrilador externo semiautomático leve, portátil e ergonômico, que possui capacidade de adquirir e interpretar a atividade elétrica cardíaca de uma vítima e em caso de detecção de um ritmo chocável prepara automaticamente para entrega de uma terapia de desfibrilação exponencial bifásica.

4. SIGLAS E ABREVIATURAS

DEA: Desfibrilador Externo Automático.

ECG: Eletrocardiograma.

EPI: Equipamento de Proteção Individual.

PCR: Parada Cardiorrespiratória.

RCP: Reanimação Cardiopulmonar.

SIV: Suporte Intermediário de Vida.

5. PROCEDIMENTOS E RESPONSABILIDADES

Materiais

- Eletrodos de monitorização;
- Eletrodos de desfibrilação;
- Equipamento DEA com bolsa protetora;
- Cabo de ECG com 5 vias;
- Cabo de oximetria;

- Cabo com fonte de energia;
- Sensor de feedback.

Procedimento

ROTINA

Auto – Teste: deverá ser realizado no início de cada plantão.

Bateria: verifique nível da bateria com aparelho desligado apertando o botão de choque.

- ✓ Cor vermelha significa que o aparelho não está apto para uso, comunique gerente da base;
- ✓ Cor verde e vermelha significa que o aparelho está apto para uso, porém comunique gerente da base.

O aparelho deve permanecer na tomada da AM.

Cabos: aparelho deverá estar sempre com os cabos conectados (oxímetro, feedback, monitorização, pá de DEA)

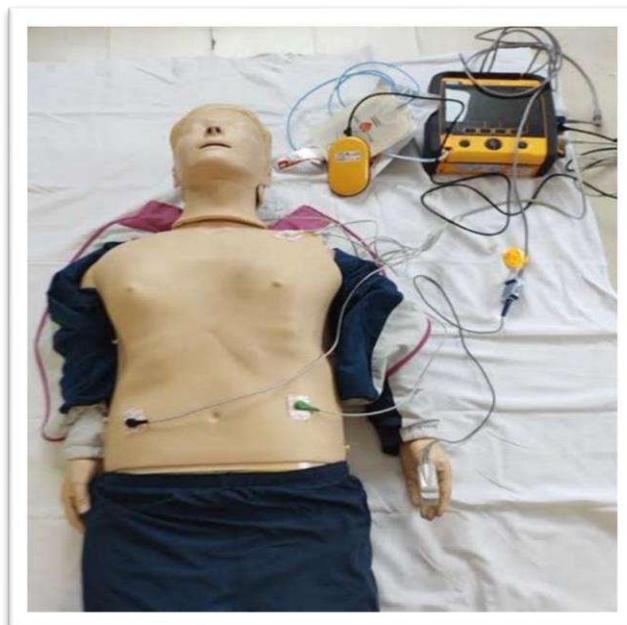
Desinfecção: utilize o produto de desinfecção do serviço (surfa safe).

REALIZAÇÃO DO AUTO -TESTE

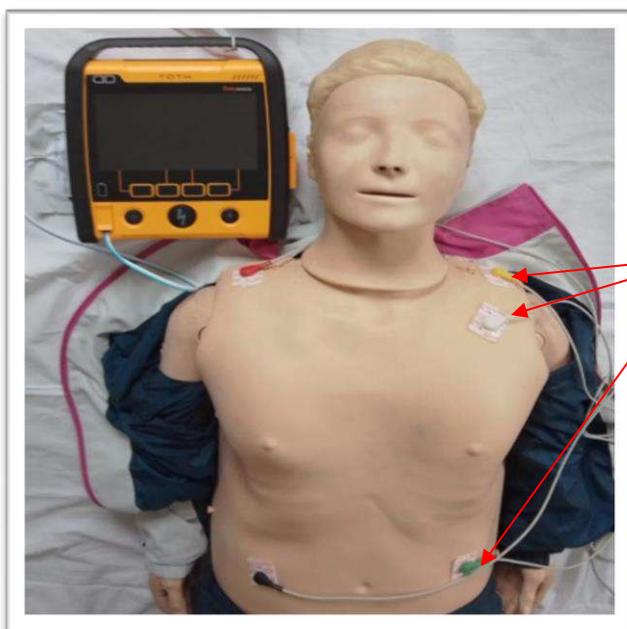
- Ligue o DEA;
- Pressione o botão LIGA/DESLIGA por 5 segundos para entrar no **Modo Administrador**;
- Selecione o botão “TESTE”;
- Aguarde a verificação completa do aparelho;
- Siga as orientações sonoras do aparelho;
- Ao finalizar o processo desligue o aparelho.

MONITORIZAÇÃO

- Em uso de EPI;
- Informe o procedimento à vítima (se consciente);
- Coloque a vítima em posição confortável;
- Retire adornos;
- Exponha, com pudor, o tórax da vítima;



- Coloque os eletrodos de forma a manter o tórax livre, caso necessite utilizar pás do DEA;



Coloque 02 eletrodos:
✓ Região supra clavicular
✓ Hipocôndrio
Coloque 01 eletrodo no 3º espaço intercostal à esquerda.

ATENÇÃO

Mantenha área de fixação de eletrodos limpo, seco e sem pelos.
Retire qualquer tipo de adesivo medicamentoso no local de instalação dos eletrodos

- Ligue o DEA e acione o modo “AVANÇADO”;



AVANÇADO

- Acione o botão “MENU” selecionando o “ECG” e seguidamente “7 derivações”.

ATENÇÃO

Não considerar a informação “Posicione as pás na vítima”;

Instale oximetria e Siga protocolo assistencial.

Opções do ECG será o aumento do ganho e seleção de alguma derivação.

O enfermeiro selecionará uma das opções e apertará OK.

MODO DEA NA PCR

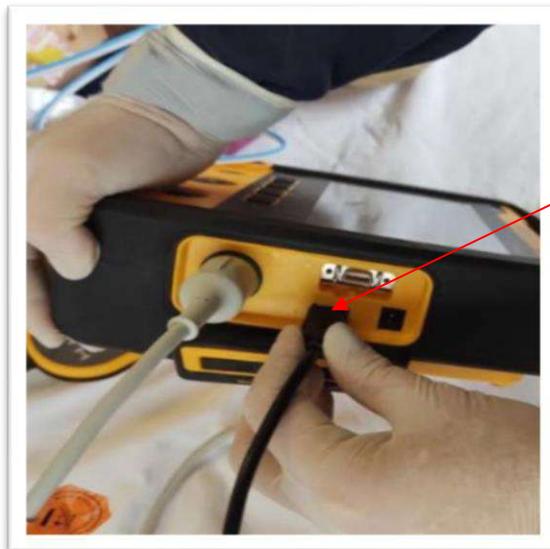
- Identifique a PCR;
- Inicie as compressões torácicas;
- Instale a pá do DEA;



- Ligue o DEA;



- Aguarde a análise e orientações do DEA;
- Enquanto ocorre a análise, instale o cabo de feedback;



Cabo de feedback

- **Ritmo chocável**, aguarde o aparelho carregar e aplique o choque;

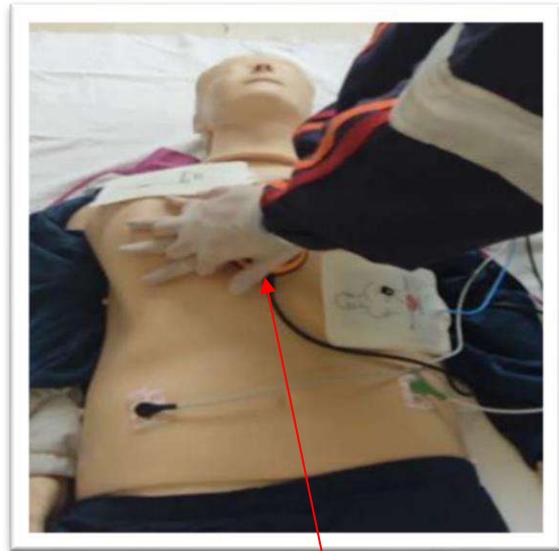


Aperte o botão
"CHOQUE"

- Após choque, instale o sensor de feedback na região esternal da vítima e reinicie RCP imediatamente;



Sensor de feedback



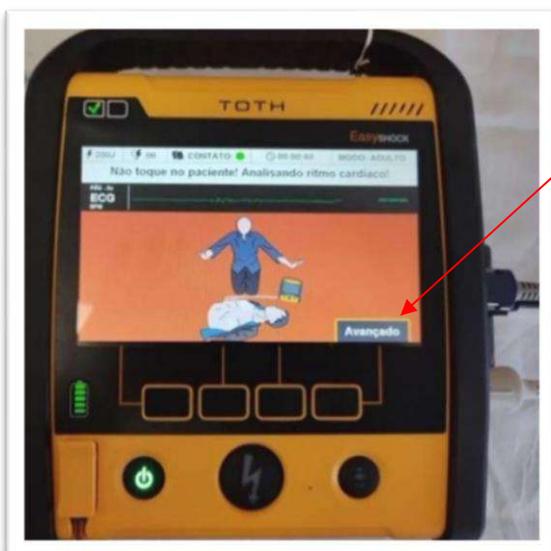
Compressão cardíaca com sensor de feedback

ATENÇÃO

Avalie o tórax da vítima para utilizar o sensor de feedback, por exemplo: vítimas caquéticas/idosos/enfisematoso, entre outros.

Verifique sempre a posição do sensor na região esternal.

- **Ritmo não chocável**, instale o sensor de feedback na região esternal da vítima e reinicie RCP imediatamente;
- Acione modo “Avançado” do aparelho e controle o tempo no visor imediatamente;



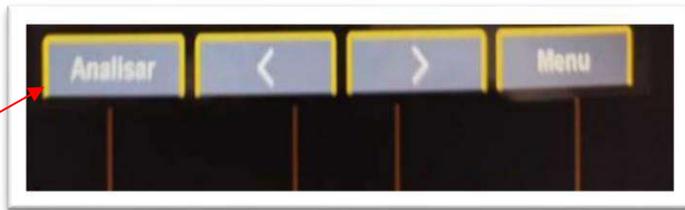
AVANÇADO



TEMPO

- Realize RCP por dois minutos e aperte o botão “ANALISAR”

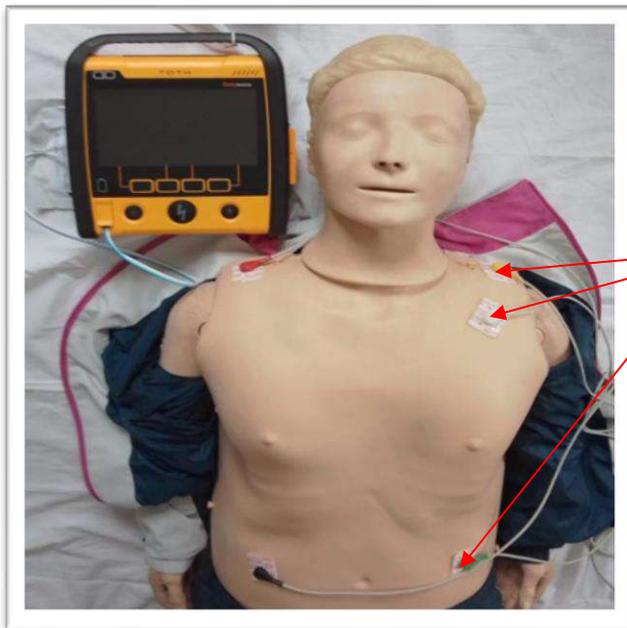
ANALISAR



- Siga protocolo RCP.

MODO MONITORIZAÇÃO NA PCR

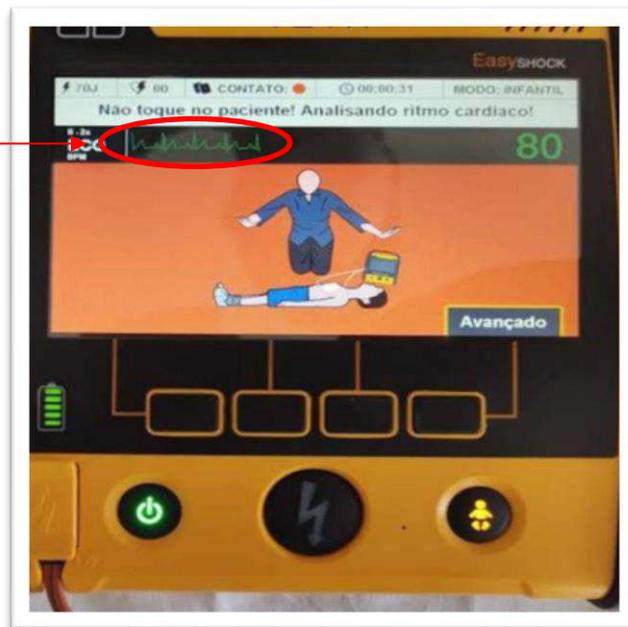
- Identifique a PCR;
- Inicie as compressões torácicas;
- Ligue o aparelho e instale os eletrodos de monitorização do ECG;



Coloque 02 eletrodos:
✓ Região supraclavicular
✓ Hipocôndrio
Coloque 01 eletrodo no 3º espaço intercostal à esquerda.

- O aparelho estará no MODO DEA e analisará o ritmo;

No modo DEA em monitorização será avaliado ritmo.



➤ Enquanto ocorre a análise, instale o cabo de feedback:

Se Ritmo chocável, instale pá de DEA e aplique o choque;

- ✓ Após choque, instale o sensor de feedback no tórax da vítima e reinicie RCP imediatamente;
- ✓ Siga protocolo RCP.

Se Ritmo não chocável, instale o sensor de feedback no tórax da vítima e reinicie RCP imediatamente;

- ✓ Não coloque pá de DEA e aperte o botão MODO “AVANÇADO”
- ✓ Controle o tempo no visor imediatamente;
- ✓ Após 2 minutos de RCP avalie o ritmo;
- ✓ Siga protocolo RCP.

ATENÇÃO

Se na reavaliação do ritmo cardíaco após 2 minutos da RCP for identificado ritmo chocável, instale imediatamente as pás do DEA e aperte o botão “ANALISAR”.

O aparelho carregará em 200 Joules e o enfermeiro deverá apertar o botão “CHOQUE”.

O enfermeiro poderá optar pelo tipo de modalidade na PCR (DEA ou monitorização).

ESPECIFICAÇÕES NA PCR INFANTIL

- Instale os eletrodos de desfibrilação colocando-os na posição anterior e posterior do tórax.
- No modo DEA ou monitor: acione o botão PEDIÁTRICO.
- No modo PEDIÁTRICO o aparelho carregará 50 joules.



MODO
PEDIÁTRICO

6. FLUXOGRAMA

Não há

7. REFERÊNCIAS CONSULTADAS

Toth Products. Manual de uso. Toth Lifecare. 3º edição. 2019.

Elaboração	Revisão	Aprovação
Cassia Oliveira Lopes Celina H. H. Vasconcelos	Julianna Letícia G. Cotrick Gomes	Maísa Ferreira dos Santos



SAMU

192

SÃO PAULO

**PRÁTICAS AVANÇADAS DE ENFERMAGEM NO APH
SUPORTE INTERMEDIÁRIO DE VIDA**

INCIDENTES MÚLTIPLAS VÍTIMAS

2022

PROCEDIMENTO

SAMU SP 102

Revisão nº 05

Data emissão: 24/01/2022

Data próxima revisão: 24/01/2024

INCIDENTES MÚLTIPLAS VÍTIMAS

1. OBJETIVO

- Compreender a cascata e a estrutura organizacional do atendimento médico na cena;
- Identificar e classificar as vítimas e encaminhá-las ao PMA pelo método START;
- Definir as áreas de atuação com suas funções e responsabilidades;
- Priorizar transferência hospitalar de referência das vítimas de acordo com sua complexidade.

2. ÁREAS ENVOLVIDAS

- Central de operações e Regulação médica;
- Viaturas: SAV, SIV, SBV, URAM;
- Veículo de atendimento a Múltiplas Vítimas e Calamidades;
- Polícia Militar e civil, CET, Companhia de luz e água (dependendo do incidente),
- Corpo de bombeiro.

3. DEFINIÇÃO

Incidentes com múltiplas vítimas são eventos súbitos que produzem um maior número de vítimas que levam a um desequilíbrio entre os recursos médicos disponíveis e as necessidades assistenciais.

Requer um comando hierárquico, harmônico, organizado, coordenado, integrado e coerente de todas as instituições envolvidas e dos recursos disponíveis que será exposto neste protocolo.

4. SIGLAS E ABREVIATURAS

CET: Companhia de Engenharia de Tráfego.

IMV: Incidentes Múltiplas Vítimas.

PCM: Plantão Controlador Metropolitano.

PM: Polícia Militar.

PMA: Posto médico avançado.

SAV: Suporte avançado de vida.

SBV: Suporte básico de vida.

SICOE: Sistema de comando de operações e emergências.

SIV: Suporte intermediário de vida.

START: Simple Triage and rapid Treatment.

URAM: Unidade rápida de atendimento por motolância.

VAMVC: Veículo de atendimento a Múltiplas Vítimas e Calamidades.

5. PROCEDIMENTOS E RESPONSABILIDADES

Médico Regulador toma ciência do incidente de múltiplas vítimas e:

- Mediante fonte “confiável” (PM, Bombeiro, Equipe Resgate, SAMU, CET, Defesa Civil) o mesmo encaminha o acionamento obrigatório em seqüência: SAV mais próximo, SIV, SBV, URAM e condutor escalado para a VAMVC.
- Sem fonte “confiável”: checar as informações com órgãos oficiais de emergência ou pela equipe do SAMU mais próxima ao local

Atribuições da primeira equipe que chega à cena.

- Avalie a cena, a segurança e a situação do local;
- Informe à regulação médica sobre o mecanismo da ocorrência e número estimado de vítimas;
- Direcione as vítimas verdes que vão até a equipe para um local seguro;
- Aguarde a equipe do corpo de bombeiros para delimitação das áreas (anexo1) quente (local onde ocorreu o evento), morna (área de menor risco que a zona quente, porém em contato direto com ela) e fria (área segura onde o PMA deverá ser montado).

ATENÇÃO

Não entre nas áreas morna e quente

Conduta da equipe do SIV na chegada do corpo de bombeiro

- Após o corpo de bombeiro montar o SICOE e delimitar as áreas, permaneça na área fria.
- Inicie a montagem do PMA (anexo 02), caso SAV ainda não esteja presente (utilize as lonas dos bombeiros, caso não tenha chegado do SAMU);
- Lembre-se que a preferência do local do PMA é o que permite fácil acesso às vítimas trazidas em maca e, ao mesmo tempo, proporciona uma rota livre e um fluxo unidirecional para entrada e saída das viaturas.
- Caso o SAV esteja na cena, auxilie na montagem do PMA;
- Mantenha-se a disposição.

Aspectos Gerais no PMA

Atenção para o local de montagem do PMA

- É o local onde será iniciado o tratamento das lesões graves, visando garantir a estabilização das vítimas;
- Na área fria deverão ser abertas as lonas (vermelha, amarela, verde e preta), permitindo fácil acesso as vítimas trazidas da área quente e morna;
- As vítimas são reclassificadas e direcionadas à área correspondente.
- O 1º SAV no local assume a coordenação no PMA até a chegada do médico mais experiente que conhece a rede e seu funcionamento;
- As equipes que chegarem ao local deverão se apresentar para o Coordenador do PMA e este definirá os componentes que serão responsáveis pelas lonas, identificando-os com coletes de cor correspondente ao do posto de atendimento.
- As equipes que forem acionadas para o atendimento às vítimas deverão se reportar somente ao coordenador da lona antes de realizar qualquer atendimento;

Na montagem do PMA teremos vários coordenadores para o atendimento adequado às vítimas, sendo eles:

Coordenador Médico Geral (Médico SICOE)

- Comanda todo o atendimento da área da saúde;
- Prove recursos o evento e seus integrantes;
- Coordena todas as funções da equipe de atendimento médico durante o evento;
- Recebe novas equipes e designa, de acordo com a solicitação do coordenador do posto médico, a cor que esta equipe deverá atender;
- Coordena a captação e a utilização de recursos humanos e materiais;
- Aciona outros sistemas, s/n;
- Coordena todos os serviços particulares ou privados que se apresentarem no local até o final do evento, sendo que só poderão iniciar ou finalizar sua participação quando este coordenador permitir;
- Controla possíveis impasses entre as equipes do evento ou com os hospitais;
- Determina o final da ação médica.

Médico Regulador de Campo (Médico - exclusivo da Central de regulação) e um rádio operador no interior do SICOE (Sistema de Comando de Operações e Emergências).

- Mantêm contato com o COBOM e com o PCM para saber as condições dos hospitais que receberão vítimas do evento;

- Recebe e ordenar as informações vindas do Coordenador do PMA sobre as vítimas para designar o hospital próprio;
- Designa para que hospital os pacientes seja encaminhados e informar o Coordenador do PMA.
- Mantêm quadro atualizado com o número de vítimas, sua classificação, lesões mais importantes possíveis identificação e destino.
- Realiza contato com o hospital de destino da vítima quando esta necessitar de algum tipo de tratamento especializado ou for enviada por transporte aeromédico.

Coordenador do PMA (médico)

- Coordena o fluxo de entrada e saída de vítimas no PMA (com ajuda do coordenador de logística);
- Coordena a distribuição das vítimas para as posições próprias, de acordo com a gravidade do caso;
- Coordena equipes de atendimento;
- Solicita equipes para o coordenador geral, s/n;
- Mantêm informado o médico regulador de campo o número de vítimas, sua classificação e os principais problemas encontrados;
- Define a prioridade de remoção;
- Mantêm contato com o coordenador de transporte para designar o melhor recurso para a vítima;
- Recebe do médico regulador de campo informações quanto o hospital para o qual a vítima deverá ser encaminhada.
- Recolhe as tarjetas das vítimas atendidas.

Coordenador de Logística (enfermeiro)

- Coordena o fluxo de materiais no evento, através da VAMVC e de almoxarifados do sistema SAMU 192 São Paulo;
- Identifica a necessidade de alocar novos recursos e manter contato com o Coordenador Médico Avançado e Coordenador Geral.

Coordenador de Transporte (condutor)

- Providencia o fluxo das viaturas no local de embarque de vítimas no PMA adequado;
- Determina recurso necessário, acordo com a solicitação do Coordenador do PMA;
- Solicita ao condutor que encaminhe a vítima ao hospital indicado pelo Coordenador do PMA;
- Programa a remoção da vítima de acordo como Coordenador do PMA;
- Preenche adequadamente os formulários de área;
- Coordena as equipes que deverão movimentar as vítimas dentro do PMA de acordo com orientação do Coordenador Médico do PMA;

- Providencia o traslado da vítima até o ponto de decolagem do transporte aéreo.

Coordenador Lona (médico ou enfermeiro)

- Coordena o fluxo de vítimas dentro de sua área;
- Coordena o trabalho das equipes dentro de sua área;
- Informa ao Coordenador do PMA a situação das vítimas prontas para evacuação e/ou encaminhamento, necessidade de mais recursos pessoais /materiais;
- Faz ou delega a um profissional de cada lona o preenchimento dos impressos dos pacientes atendidos;
- Comunica à regulação médica o número de vítimas e o hospital de destino;
- Preenche adequadamente os formulários de área;
- Avisa o Coordenador do PMA sobre as vítimas prontas para transporte;
- Comunica qualquer instabilidade e/ou piora das vítimas ao médico do PMA.

Classificação das vítimas

As classificações das vítimas ocorrerão nas áreas quente e morna, pela equipe dos bombeiros, através do método START (anexo 03).

As vítimas serão encaminhadas para as lonas de acordo com cartão de identificação (anexo 04).

- Identificação preta: Vítimas críticas inviáveis, ou que na primeira avaliação não apresentavam sinais de respiração após abertura de vias aéreas.
- Vítimas de morte óbvia.
- São os últimos a serem removidos da área quente devendo ser reclassificadas posteriormente.
- Identificação vermelha: Tratamento e estabilização dos pacientes graves com risco de morte nas próximas 02 h.
- Eliminar os fatores de risco imediato à vida da vítima.
- Identificação Amarela: Estabilização dos pacientes com lesões com risco de morte ou incapacidade definitiva nas próximas 24 h;
- Identificação Verde: Maior número de vítimas e a mais tumultuada.
- Lesões de menor gravidade ou sem lesões
- Vítimas que deambulam.

6. FLUXOGRAMA

ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DO ATENDIMENTO MÉDICO NA CENA



Fonte: Atendimento a Desastres: Manual de treinamento. Setembro 2000

7. REFERÊNCIAS CONSULTADAS

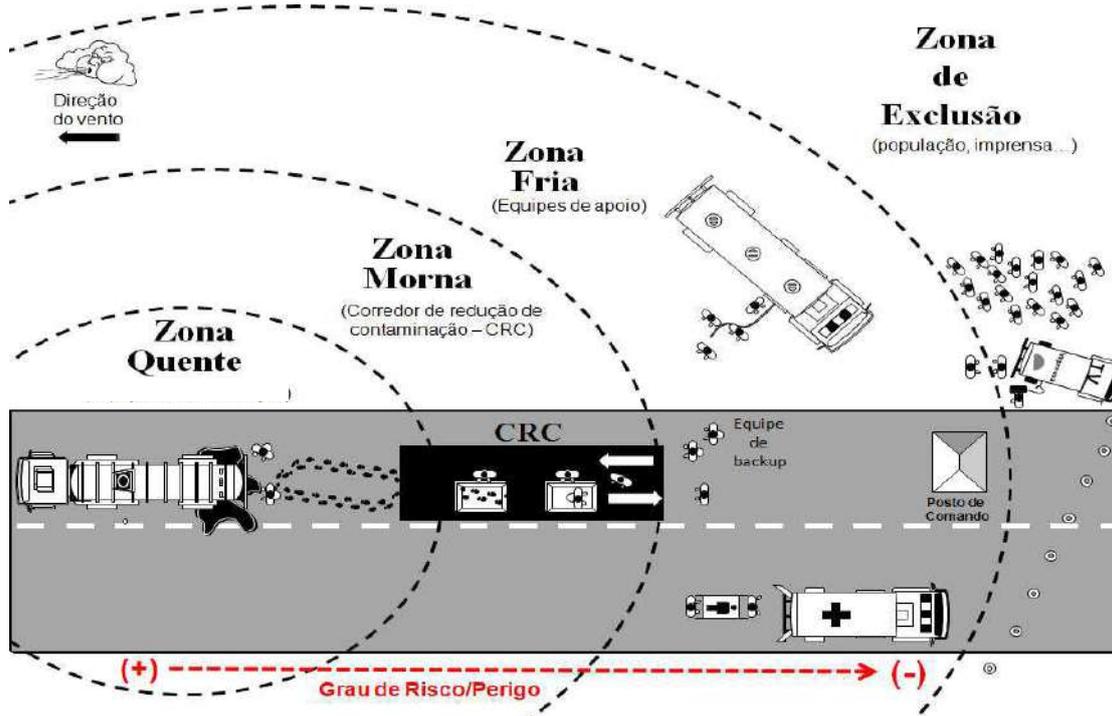
- Leiva, C.A., *et al.* Atendimento de Saúde a múltiplas vítimas e em catástrofes. 2º Edição. Curitiba. SAMU. Brasil. 2014.
- Malagutti, W. Martins, J. C.A, *organizadores.* Catástrofes. Atuação Multidisciplinar em Emergências. 1º Edição. São Paulo, Martinari, 2011.
- Manual de treinamento Atendimento a Desastres. São Paulo, 2000. Projeto Trauma.
- Plano de assistência médica a eventos com múltiplas vítimas e desastres do SAMU 192 da cidade de São Paulo, 2014.
- Sueoka, J., Abgussen, C. APH Resgate. Emergência em Trauma. 1º Edição. Rio de Janeiro. Elsevier.2019.

8. CONTROLE DE REVISÕES

Revisão	Data	Motivo da Alteração
05	15/05/2021	Atualização

9. ANEXOS

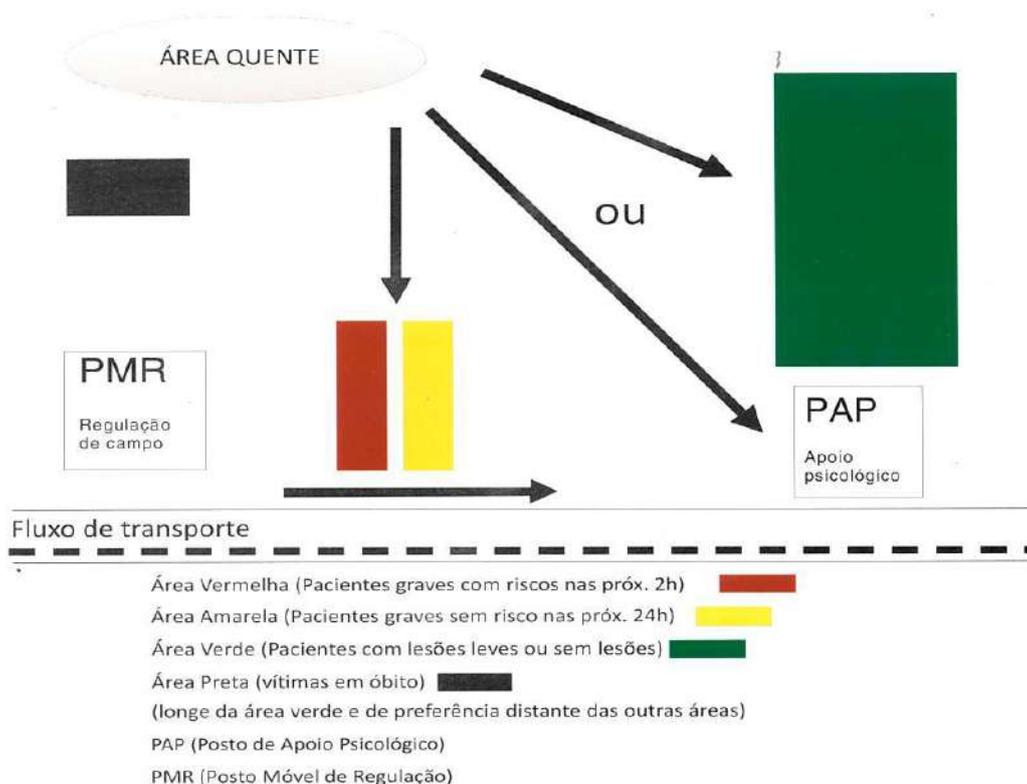
Anexo 01. Área quente, morna e fria.



<https://slidetodoc.com/mdulo-7-procedimento-em-caso-de-emergencia-com/>

Anexo 02. Montagem PMA

Montagem do Posto Médico Avançado (PMA)



Fonte: Atendimento a Desastres: Manual de treinamento. Setembro 2000

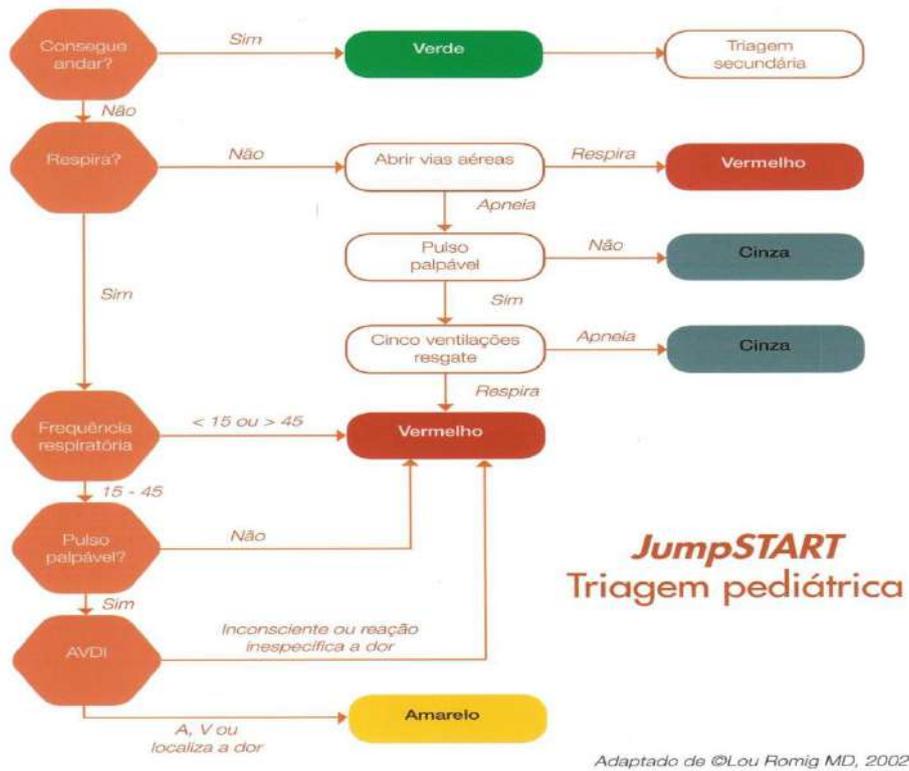
Anexo 03. Método START Adulto



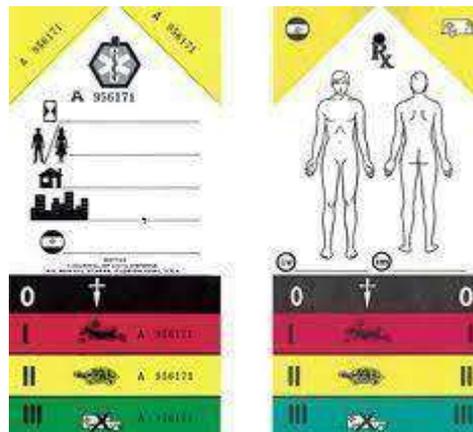
Classificar e identificar de forma visível todas as vítimas conforme prioridade de tratamento e transporte, utilizando identificadores de cores:

Imediato/Urgente	Vermelho
Pode aguardar	Amarelo
Leve	Verde
Morto/Inviável	Cinza

Método START Infantil



Anexo 04. Identificação Vítimas



Fonte: Atendimento a Desastres: Manual de treinamento. Setembro 2000

Elaboração	Revisão	Aprovação
Cassia Oliveira Lopes Celina H. H. Vasconcelos Edna Barbosa da Silva	Julianna Letícia G. Cotrick Gomes.	Máisa Ferreira dos Santos



SAMU
192

SÃO PAULO

UNIDADE RÁPIDA DE ATENDIMENTO POR MOTOCICLISTAS

NORMAS E ROTINAS

2022

NORMA

SAMU SP 103

Edição 01

Data emissão: 07/02/2022

Data próxima revisão: 07/02/2024

**ATRIBUIÇÕES E RESPONSABILIDADES COMPLEMENTARES DO CONDUTOR DA URAM
SAMU-192 SÃO PAULO**

1. OBJETIVO

Descrever as atribuições e responsabilidades complementares do condutor da URAM do SAMU 192-São Paulo.

2. ÁREAS ENVOLVIDAS

URAM e Central de Regulação.

3. DEFINIÇÃO

As responsabilidades descritas servem de base para nortear o condutor da URAM na execução de suas atividades complementares.

4. SIGLAS E ABREVIATURAS

CONTRAN: Conselho Nacional de Trânsito.

CTB: Código de Trânsito Brasileiro.

EPI: Equipamento de Proteção Individual.

SAMU: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.

TWI: Tread Wear Indicator (índice de desgaste do pneu).

URAM: Unidade Rápida de Atendimento por Motociclistas.

5. PROCEDIMENTOS E RESPONSABILIDADES

Ao condutor da URAM compete adicionalmente a **NR 001**:

5.1. No recebimento do plantão

➤ Verificar as condições do veículo que está recebendo, com o condutor que o antecedeu.

a. Na checagem do veículo no início do plantão

➤ Realizar a checagem dos itens PCLOC:

INSPECIONE

PNEUS	
P	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Índice de desgaste de pneus-TWI; ✓ Pressão; ✓ Presença de amassados de rodas; ✓ Tensão de raios e folgas de rolamentos e parafusos; ✓ Desgaste de pastilha de freios.
CABOS	
C	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Embreagem: presença de folga mínima exigida conforme manual do fabricante e regular de acordo com a sua utilização. <u>Lubrifique S/N.</u> ✓ Freios teste funcional de freios dianteiros e traseiros. ✓ Acelerador: aceleração, folga do cabo, suavidade na posição neutra do guidão e batente à direita e à esquerda.
LUZES E SISTEMA ELÉTRICO	
L	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Luzes de freio manual e pedal, piscas dianteiros e traseiros, farol alto e baixo, sinalizadores ópticos, sinais sonoros em todas as fases; ✓ Iniciar partida e verificar auto teste no painel.
ÓLEOS E FLUÍDOS	
O	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Óleo do motor (antes de conduzir a motocicleta): Se necessário, adicionar óleo ou substituí-lo conforme manual do fabricante. ✓ Fluídos de freios: Nível do reservatório. ✓ Combustível: Nível no marcador do painel e no tanque.
CORRENTE E TRANSMISSÃO	
C	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Folga da corrente conforme manual do fabricante; ✓ Limpeza e lubrificação, sempre que necessário, conforme manual do fabricante.

Fonte: file:///C:/Users/PC/Desktop/Fundamental_PDF.pdf

5.3. Durante o deslocamento da motolância

- Observar durante o trajeto alterações como ruídos, peças soltas, entre outros;
- Utilizar o HT e o celular durante o trajeto;
- Utilizar o farol baixo durante todo o trajeto (dia e noite);
- Utilizar a sinalização sonora, iluminação de emergência (giroflex) quando em ocorrência;
- Respeitar a legislação vigente do CTB e CONTRAN;
- Seguir regras gerais de condução/estacionamento veículo de urgência e emergência (protocolo específico NR 004).

6. FLUXOGRAMA

Não há.

7. REFERÊNCIAS CONSULTADAS

- Protocolo de Atendimento Pré-Hospitalar: Suporte Básico de Vida. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde – SAMU, 2011. 7ª. Edição. 94 p.
- <https://www.motorcyclelegalfoundation.com/motorcycle-hand-signals-chart/>
- https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_suporte_basico_vida.pdf
- file:///C:/Users/PC/Desktop/Fundamental_PDF.pdf

8. CONTROLE DE REVISÕES

Revisão	Data	Motivo da Alteração
00	_____	_____

9. ANEXO

Não há.

Elaboração	Revisão	Aprovação
Carlos Eduardo de Paula Cássia Oliveira Lopes	Julianna Letícia G. Cotrick Gomes.	Maísa Ferreira dos Santos

NORMA	SAMU SP 104	
Edição 01	Data emissão: 07/02/2022	Data próxima revisão: 07/02/2024
CARTA DE SINAIS PARA DESLOCAMENTO DA URAM SAMU 192-SÃO PAULO		

1. OBJETIVO

Descrever a carta de sinais utilizada pela URAM SAMU 192-São Paulo durante deslocamento pelo município, a fim de garantir a segurança da equipe e dos circundantes.

2. ÁREAS ENVOLVIDAS

URAM.

3. DEFINIÇÃO

A carta de sinais é a padronização da comunicação não verbal que a equipe da motolância utiliza durante o deslocamento e/ou orientações em diferentes situações.

SIGLAS E ABREVIATURAS

SAMU: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.

URAM: Unidade Rápida de Atendimento por Motociclistas.

EPI: Equipamento de Proteção Individual.

.5. PROCEDIMENTOS E RESPONSABILIDADES

- Em uso de EPI;
- O condutor da motolância durante o deslocamento utilizará a **membro superior esquerdo** sempre que houver necessidade de comunicação;
- A comunicação deverá ser realizada conforme a orientação a seguir:

O braço direito levemente flexionado indica início da comunicação, utilizado para liderar.



A mão espalmada atrás do capacete, com movimentos circulares, indica que o companheiro deve se aproximar.



A mão parada e espalmada atrás do capacete indica que o motociclista irá virar à direita.



O braço estendido e parado a 90° indica que o motociclista irá virar à esquerda.



A mão fechada atrás do capacete, com o dedo indicador apontado para a direita e em movimentos circulares indica que será realizada a mudança de faixa à direita.



O braço estendido a 90° e em movimentos circulares indica que o motociclista que será realizada a mudança de faixa à esquerda.



O braço estendido a 45° do corpo do motociclista, com o dedo indicador para baixo indica que o 2º motociclista deverá parar à esquerda .



O braço flexionado para baixo com a mão espalmada e o dedo indicador dobrado para dentro da palma da mão, em movimentos para frente e para trás indica que há animal na pista.



O braço fletido e a mão espalmada na frente e acima da cabeça indica infiltração



O braço estendido a 90° e com movimentos ondulados indica que há lombada/obstáculo à frente.



O braço fletido para cima e a mão em formato de semi círculo para cima indica que há radar à frente.



O braço estendido a 90°, com mão espalmada para baixo e em movimentos circulares indica sujidade na pista.



O braço estendido a 90ª com mão espalmada para baixo em movimento circular indica que os motociclistas deverão diminuir a velocidade.



O braço estendido a 90ª com mão espalmada para cima em movimento circular indica que os motociclistas deverão aumentar a velocidade.



O braço fletido para cima e com a formação do numero dois com os dedos parados o motociclista indica a formação de coluna por dois alternada.



O braço fletido para cima e com a formação do numero dois com os dedos em movimento para dentro o motociclista indica a inversão de coluna por dois alternada.



O braço fletido para cima e com a mão fechada o motociclista indica para motociclistas parar e/ou desligar sinais sonoros.



6. FLUXOGRAMA

Não há.

7. REFERÊNCIAS CONSULTADAS

- http://educacao.cetsp.com.br/uploaded_files/modulo5_19_55.pdf
- <https://www.elaspilotam.com/post/comboio-de-moto-saiba-os-sinais-e-o-que-fazer-num-ride-em-grupo>
- <https://www.motorcyclelegalfoundation.com/motorcycle-hand-signals-chart/>
- https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_suporte_basico_vida.pdf

8. CONTROLE DE REVISÕES

Revisão	Data	Motivo da Alteração
00	_____	_____

9. ANEXO

Não há.

Elaboração	Revisão	Aprovação
Carlos Eduardo de Paula Cássia Oliveira Lopes	Julianna Letícia G. Cotrick Gomes.	Maísa Ferreira dos Santos

NORMA	SAMU SP 105	
Edição 01	Data emissão: 07/02/2022	Data próxima revisão: 07/02/2024
REGRAS GERAIS DE BIOSSEGURANÇA PARA URAM		

1. OBJETIVO

Descrever as regras voltadas para a prevenção, proteção do trabalhador das URAMs, bem como para a vítima, minimizando riscos inerentes ao atendimento no APH.

2. ÁREAS ENVOLVIDAS

URAM.

3. DEFINIÇÃO

Segundo ANVISA, a biossegurança é definida como a condição de segurança alcançada por um conjunto de ações destinadas a prevenir, controlar, reduzir ou eliminar riscos inerentes às atividades que possam comprometer a saúde humana, animal e o meio ambiente.

4. SIGLAS E ABREVIATURAS

ANVISA: Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

EPI: Equipamento de Proteção Individual

SAMU: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

URAM: Unidade Rápida de Atendimento por Motociclistas

5. PROCEDIMENTOS E RESPONSABILIDADES

Ao condutor da URAM compete adicionalmente a **NR 005** (Regras Gerais de Biossegurança SAMU-192 São Paulo):

- Utilize os EPIs específicos para motolância: Capacete, Jaqueta, Camiseta de manga longa, Calça de tecido resistente a abrasão, luvas e botas (equipamentos fornecidos pelo serviço).
- Utilize o capacete ajustado a cinta jugular (não ultrapassando o queixo), mantendo a viseira limpa.

ATENÇÃO

Capacete articulado deverá estar com viseira e queixeira abaixadas e travadas.

- Realize a limpeza do baú, materiais e equipamentos conforme NR 005.

6. FLUXOGRAMA

Não há.

7. REFERÊNCIAS CONSULTADAS

- ANVISA. Biossegurança. Conceitos e Definições. Disponível em <<http://antigo.anvisa.gov.br/>> Consultado em 12 de dezembro de 2021.
- <https://www.motorcyclelegalfoundation.com/motorcycle-hand-signals-chart/>
- https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_suporte_basico_vida.pdf

8. CONTROLE DE REVISÕES

Revisão	Data	Motivo da Alteração
00	_____	_____

9. ANEXO

Não há.

Elaboração	Revisão	Aprovação
Carlos Eduardo de Paula Cassia Oliveira Lopes	Julianna Letícia G. Cotrick Gomes.	Maísa Ferreira dos Santos

NORMA**SAMU SP 106****Edição 01****Data emissão: 07/02/2022****Data próxima revisão: 07/02/2024****REGRAS DE DESLOCAMENTO DA URAM SAMU 192-SÃO PAULO****1. OBJETIVO**

Descrever as regras gerais para deslocamentos da URAM SAMU 192-São Paulo.

2. ÁREAS ENVOLVIDAS

URAM e Central de Regulação.

3. DEFINIÇÃO

As regras de deslocamento descritas servem de base para nortear o condutor da URAM na execução de seu deslocamento, de acordo com lei local, protocolo institucional e segurança.

4. SIGLAS E ABREVIATURAS

EPI: Equipamento de Proteção Individual

SAMU: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

URAM: Unidade Rápida de Atendimento por Motociclistas

5. PROCEDIMENTOS E RESPONSABILIDADES**a. Aspectos fundamentais**

- Utilizar EPI específico (protocolo específico);
- Realizar o deslocamento respeitando as normas descritas na NR 001, NR 003 e NR 005 desse protocolo.

a. Condução defensiva

- Considerar as diretrizes da regra PIPDE:

PROCURAR/PESQUISAR**P**

Atentar para o que esta ao redor.

IDENTIFICAR**I**

Situações que possam gerar riscos.

PREVER/PREVENIR**P**

Observar mudanças de cenário.

DECIDIR**D**

Escolher a menor situação de risco frente uma adversidade

EXECUTAR**E**

Manobra adequada com destreza e rapidez frente a adversidade.

<https://www.motorcyclelegalfoundation.com/motorcycle-hand-signals-chart/>

b. Durante o deslocamento até o local da ocorrência

- Ao condutor da URAM compete adicionalmente ao protocolo de atribuições e responsabilidades específicos, as atividades à seguir:
- Utilize Carta de Sinais (Protocolo Específico).
- Desloque em “Coluna por um alternada”.
- Mantenha distância de seguimento de três segundos em velocidade de até 70km/h e de cinco segundos em velocidade acima de 70km/h.

Em ultrapassagens

- Realize sempre pela esquerda do veículo na via;
- Execute obrigatoriamente o mesmo trajeto pelas duas motolâncias (“onde passa a primeira, passa a segunda”).

Na passagem por corredor

- Sinalize antecipadamente, respeitando o tempo de 3 segundos entre as motolâncias;
- Reduza a velocidade para no máximo 40 km/h.

Na passagem por via coletora

- Use a “Passagem tática com fechamento faixa a faixa”, um motociclista à esquerda e outro à direita respeitando distância lateral entre guias.
- Evite o ponto cego dos veículos, mantendo-se no visual dos outros motoristas.

ATENÇÃO

DESLOCAMENTO COM NEBLINA E BAIXA LUMINOSIDADE

- Ajuste a velocidade à condição de segurança proporcionada pela pista.
- Aumente a distância entre a motolância e os veículos.

DESLOCAMENTO EM SITUAÇÕES DE BAIXA ADERÊNCIA

Utilize os cuidados acima descritos e:

- Desloque o corpo para manter tração das rodas atentando para a inclinação da motocicleta, sempre com pernas flexionadas, pés firmes nas pedaleiras e pressionando os joelhos contra o tanque.
- Em transposição de obstáculos, sempre manter a posição em pé, utilizando sempre ângulo de 90°.

c. No local da ocorrência

Ao condutor da URAM compete adicionalmente a **NR 004, NR 005 e NR 006 desse protocolo;**

- ✓ Posicionar as motolâncias de forma a facilitar o fluxo de veículos na via;
- ✓ Estacionar as motolância com distância de 1(um) metro entre elas e perpendicular ao meio-fio, mantendo alinhamento entre elas;
- ✓ Em vias públicas, sem sinalização de outros veículos ou serviços: posicionar a motolância de forma a garantir a adequada sinalização da cena: uma motolância antes e outra à frente do incidente com a sinalização voltada para o fluxo de veículos observando posicionar o farol em direção oposta ao fluxo, obedecendo ao limite de distância conforme a velocidade da via;
- ✓ Em vias públicas, com sinalização de outros veículos ou serviços: posicionar a motolância após o

evento, desde que não haja nenhum impedimento para deslocar-se até essa posição. Se houver, posicionar se antes ou no melhor local possível e revisar as sinalizações já existentes para garantir as distâncias de segurança.

d. No retorno para base

Realize o deslocamento de acordo com NR 001,004,005 e protocolos específicos de responsabilidades, competências, biossegurança e carta de sinais.

e. Estacionamento da motolância

Estacione as motocicletas com distância de 1(um) metro entre elas e perpendicular ao meio-fio, mantendo alinhamento.

PRERROGATIVAS e PRIVILÉGIOS DAS URAMs

- ✓ Ultrapasse um semáforo vermelho, desde que garantidas todas as questões de segurança (CTB artigo 29, VIII);
- ✓ Trafegue na contramão, desde que garantidas todas as questões de segurança (CTB artigo 29, VIII);
- ✓ Estacione em local proibido, desde que garantidas todas as questões de segurança (CTB artigo 29, VIII).

IMPEDIMENTOS

Não ultrapasse o limite de velocidade máxima estabelecida para uma via.

ATENÇÃO

Acidentes com a URAM envolvendo vítima ou não, siga protocolo institucional.

6. FLUXOGRAMA

Não há.

7. REFERÊNCIAS CONSULTADAS

- <https://www.motorcyclelegalfoundation.com/motorcycle-hand-signals-chart/>
- https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_suporte_basico_vida.pdf
- file:///C:/Users/PC/Desktop/Fundamental_PDF.pdf

8. CONTROLE DE REVISÕES

Revisão	Data	Motivo da Alteração
00	_____	_____

9. ANEXO

Não há.

Elaboração	Revisão	Aprovação
Carlos Eduardo de Paula Cassia Oliveira Lopes	Julianna Letícia G. Cotrick Gomes.	Maísa Ferreira dos Santos

NORMA

SAMU SP 107

Edição 01

Data emissão: 07/02/2022

Data próxima revisão: 07/02/2024

REGRAS GERAIS PARA DESLOCAMENTO DE MOTOLÂNCIAS EM COMBOIO

1. OBJETIVO

Descrever as ações específicas da URAM do SAMU 192-São Paulo quando as mesmas realizarem deslocamento em grupo.

2. ÁREAS ENVOLVIDAS

URAM.

3. DEFINIÇÃO

Qualquer deslocamento em que houver um grupo de motolâncias (comboio).

4. SIGLAS E ABREVIATURAS

EPI: Equipamento de Proteção Individual.

SAMU: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.

URAM: Unidade Rápida de Atendimento por Motociclistas.

5. PROCEDIMENTOS E RESPONSABILIDADES

Ao condutor da URAM compete adicionalmente a NR 001, NR 002, NR 004, atribuições e responsabilidades e regras de deslocamento (protocolo específico);

Atentar-se para particularidades do deslocamento em comboio

- Deslocamento em bloco único formado por duas colunas intercaladas;
- Utilize apenas uma faixa de rolamento;
- Posicione a 1ª moto do comboio sempre à esquerda da via.

ATENÇÃO

Novas formações poderão ser solicitadas pelo líder:

- ✓ Coluna por um;
- ✓ Coluna por um alternada;
- ✓ Coluna por um em linha;
- ✓ Inversão de coluna;
- ✓ Coluna por dois.

- Execute funções de acordo com o posicionamento dentro do comboio:

PRIMEIRO MOTOCICLISTA DO COMBOIO

- Assuma a função de líder do comboio;
Defina:
- Informações ou instruções gerais ao comboio;
 - Trajeto;
 - Velocidade do deslocamento;
 - Tipo de formação a ser adotada;
 - Pontos de parada.

MOTOCICLISTA INTERMEDIÁRIO

- Atenda qualquer solicitação de integrantes do comboio e transmita ao líder.

MOTOCICLISTA CERRA FILA (última motolancia do comboio)

- ✓ Dê suporte ao líder indicando intercorrências durante o deslocamento.

<https://www.motorcyclelegalfoundation.com/motorcycle-hand-signals-chart/>

6. FLUXOGRAMA

Não há.

7. REFERÊNCIAS CONSULTADAS

- Protocolo de Atendimento Pré-Hospitalar: Suporte Básico de Vida. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde – SAMU, 2011. 7ª. Edição. 94 p.
- <https://www.motorcyclelegalfoundation.com/motorcycle-hand-signals-chart/>
- https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_suporte_basico_vida.pdf
- file:///C:/Users/PC/Desktop/Fundamental_PDF.pdf

8. CONTROLE DE REVISÕES

Revisão	Data	Motivo da Alteração
00	_____	_____

9. ANEXO

Não há.

Elaboração	Revisão	Aprovação
Carlos Eduardo de Paula Cássia Oliveira Lopes	Julianna Letícia G. Cotrick Gomes.	Maísa Ferreira dos Santos



SAMU
192

SÃO PAULO

PRÁTICAS AVANÇADAS DE ENFERMAGEM NO APH
SUORTE INTERMEDIÁRIO DE VIDA

CONTEÚDOS ESPECÍFICOS

2022

	CRIANÇA	IDOSO	GESTANTE	OBESO
PARTICULARIDADES ANATÔMICA E FISIOLÓGICA	<p>1. Sistema respiratório</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ FR da criança 2 a 3 vezes maior que o adulto. ✓ Traquéia fina e maleável, occipício e língua grande (via aérea anteriorizada): risco de ser facilmente danificada (facilidade de obstrução de VAS). ✓ Maior complacência torácica: cuidado com barotrauma durante ventilação com bolsa valva mascara. <p>2.Trauma</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Crianças podem apresentar lesões internas significativas sem que haja evidencia de trauma devido osso ser incompletamente calcificado e mais elástico. Não espere verificar fratura exposta para avaliar gravidade. ✓ Bebês com suturas / fontanelas aberta e hematoma expansivo podem não apresentar sintomas e tornar-se hipovolêmico devido a hemorragia intracraniana. 	<p>1.Sistema respiratório</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Boca contraída e dobrada para dentro: dificuldade na vedação efetiva com BVM, mantenha próteses dentárias total. ✓ Caso prótese dentária parcial, retire a mesma devido risco de obstrução de VAS. ✓ Cuidado com ventilação por pressão positiva pois há ↓da complacência pulmonar (calcificação de cartilagens na traqueia, bronquíolos e tecidos intersticiais) <p>2.Trauma</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Devido atrofia cerebrais os idosos que sofreram qualquer tipo de trauma (horas ou dia), poderão evoluir com alteração de nível de consciência e complicações tardias. ✓ Maior risco de trauma devido diminuição de tecido adiposo, tecido muscular e descalcificação óssea. <p>3. Infecção</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Grupo apresenta maior vulnerabilidade a infecções devido: ✓ ↓da produção de muco e atividade reduzida dos cílios respiratórios ✓ ↓ da resposta imune e humoral ✓ ↓ imunoglobulina e leucócitos ✓ Alteração tegumentar: pele fina, seca e escamosa ✓ ↓da taxa metabólica ✓ Alteração nutricional: desnutrição <p>4.Sistema cardiovascular</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Maior probabilidade para hipertensão, AVC e IAM devido diminuição da elasticidade arterial que aumenta a pressão no sistema arteriolar durante a sístole e consequentemente aumenta a resistência vascular periférica ✓ Maior probabilidade a arritmias cardíacas devido atrofia das células do sistema de condução cardíaca. 	<p>1.Sistema respiratório</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Fisiologicamente apresenta dispneia leve em posição supina no 3º trimestre. <p>2.Trauma</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Alterações no centro de gravidade ✓ Risco de hemorragia retroperitoneal por traumas penetrantes <p>3.Sistema cardiovascular</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Placenta e útero altamente vascularizado: aument o de hemorragia. <p>4. Sistema abdominal</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ ↓da peristalse: ↑do risco de vômitos e aspiração 	<p>1.Sistema respiratório</p> <p>Devido aumento da massa corporal poderá ocorrer limitação da amplitude de movimentos do tórax, ↓ a contração do diafragma e da expansão pulmonar, levando a hipercapnia e acidose respiratória.</p>
AFEÇÕES FREQUENTES	<p>Traumas Atropelamento, queda.</p> <p>Problemas respiratórios Obstrução de vias aéreas, broncoaspiração.</p>	<p>Traumas Queda, atropelamento</p> <p>Problemas respiratórios Obstrução de vias aéreas (próteses, bronco aspiração), Pneumonia.</p> <p>Problemas cardíacos/ circulatórios Arritmias, IAM, Aneurisma de aorta abdominal, Colite isquêmica.</p> <p>Problemas gastrointestinais</p>	<p>Traumas Queda (alterações do eixo e equilíbrio no 3º trimestre)</p> <p>Problemas cardíacos/ circulatórios Hipotensão (1º trimestre) Hipertensão: pré eclampsia e eclampsia (3º trimestre) Embolia pulmonar (pós parto) Acidente vascular encefálico (pós parto) Hemorragia</p> <p>Problemas</p>	<p>Traumas Queda (osteoartrite)</p> <p>Problemas respiratórios Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, Pneumonia Hipertensão pulmonar Embolia pulmonar</p> <p>Problemas cardíacos/ circulatórios Hipertensão Doença coronariana (sobrecarga miocárdio) Acidente vascular encefálico Insuficiência Cardíaca Congestiva</p>

		<p>pancreatite, colecistite, obstrução do intestino grosso.</p> <p>Infecções Sepse, infecção urinária.</p>	<p>gastrointestinais Náuseas e vômitos (qualquer trimestre) Hiperemese gravídica</p> <p>Infecções Infecção urinária. Infecção uterina (pós-parto)</p> <p>ESPECÍFICOS</p> <p>1° trimestre Abortamento espontâneo, gestação ectópica (sinais de choque)</p> <p>2° trimestre Diabetes gestacional</p> <p>3° trimestre TPP (trabalho de parto prematuro) Descolamento prematuro de placenta (DPP): dor dilacerante e sangramento vaginal Placenta prévia: sangramento indolor</p>	<p>Problemas gastrointestinais pancreatite, colecistite</p> <p>Infecções Sepse, infecção urinária.</p> <p>Problemas endócrinos Diabetes Mellitus (resistência insulínica) Dislipidemia</p>
TERMORREGULAÇÃO	<p>Perda de temperatura corpórea rápida devido grande área de superfície corporal e pouca reserva de glicogênio.</p>	<p>Incapacidade de manter e regular a temperatura corpórea devido diminuição do tecido adiposo, das glândulas sudoríparas e sebáceas, perda de massa muscular e atrofia, com depressão do sistema imune.</p> <p>Atenção Não espere que o idoso desenvolva febre para suspeitar de quadro infeccioso</p>	<p>Aumento de temperatura devido aceleração do metabolismo.</p> <p>Atenção Hipotermia pode ser sinal tardio de choque e ou baixo Débito Cardíaco.</p>	<p>Perda de temperatura corpórea lenta devido aumento no metabolismo de repouso em resposta a estímulos básicos como alimentação</p>
MECANISMO DE COMPENSAÇÃO HEMODINÂMICA	<p>Descompensação rápida X Compensação rápida devido alto potencial de recuperação</p>	<p>Descompensação lenta X Compensação lenta devido capacidade fisiológica deficiente</p>	<p>Descompensação rápida a partir do 3º trimestre X Compensação lenta Atenção: binômio mãe-filho.</p>	<p>Descompensação lenta X Compensação lenta</p>
PADRÃO HEMODINÂMICO	<p>1. Lembre-se que 90% das descompensações hemodinâmicas são iniciadas por desconforto respiratório, evoluindo para Insuficiência respiratória e choque.</p> <p>2. Sinais de falência de mecanismos compensatórios: taquicardia, taquipneia e alteração do nível de consciência.</p> <p>3. Não atentar para PA: hipotensão e cianose central são sinais tardios de instabilidade hemodinâmica.</p> <p>4. Lembre-se que as pás de DEA adulto para crianças menores de 01 ano posiciona-las antero posterior do tórax.</p>	<p>1. Lembre-se que este grupo apresenta doenças crônicas e degenerativas, dificultando a verificação do nível de consciência e observação de quadro agudo.</p> <p>2. Há vítimas que usam beta bloqueadores, marcapasso e por isso possuem resposta inadequada a epinefrina.</p> <p>3. Devido atraso fisiológico no preenchimento capilar a verificação de perfusão periférica não é fidedigno.</p> <p>4. Lembre-se idosos com cifose acentuada e/ou atrofia de membros superiores as pás de DEA deverão ser posiciona-las antero posterior do tórax.</p> <p>5. Se vítima utilizar anticoagulante</p>	<p>1. Atenção: Devido aumento do débito cardíaco e da expansão do volume intravascular, os sinais de hipoperfusão pode demorar de acontecer.</p> <p>Lembre-se que a mãe pode manter SSVV estáveis por um tempo, porém o feto já pode estar em sofrimento, avalie pele, perfusão e temperatura mesmo com sinais estáveis.</p> <p>2. Dados fisiológicos importantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ 2º trimestre: PAS e PAD cai de 5 a 15 mmHg ✓ 3º trimestre: FC aumenta de 15 a 20 bpm. ✓ Pode ocorrer hipotensão supina devido compressão da veia cava (↑retorno venoso, ↓DC, ↓PA) 	<p>2. Atenção: A redução da complacência da caixa torácica e pulmonar repercuti na mecânica torácica, troca gasosa e consequente circulação.</p> <p>3. A hipertensão é um dos grandes fatores que causam morbidades graves como AVE.</p> <p>4. Há dificuldades para confirmação de SSVV, atente-se para sinais de choque.</p>

<p>COMUNICAÇÃO E AMBIENTE</p>	<p>1.Lembre-se que a vítima é a criança e sua família. 2.Estabeleça vínculo com a criança: use linguagem própria, permaneça na mesma altura para se comunicar e examina-la. Exceto em caso de emergência, examine-a no local em que a criança esteja confortável, e depois a encaminhe para unidade de saúde. Permita que ela leve objetos que a acalme (brinquedos, chupetas)</p>	<p>1.Lembre-se que há dificuldade na avaliação: sensorial, motor, auditiva e visual devido as doenças pré-existentes e diminuição função cerebral. 2.Tenha paciência pois os idosos tem alterações cognitivas importantes, porém necessitam ser orientados e comunicados sobre a assistência prestada.</p>	<p>Não há especificidades</p>	<p>Não há especificidades</p>
<p>POSICIONAMENTO E IMOBILIZAÇÃO NO TRAUMA</p>	<p>1.<u>Imobilização cervical</u> Necessário à colocação de coxins (região dorsal) desde o ombro da criança até a pelve (em torno de 2 a 3 cm de espessura), fazendo com que não haja flexão do pescoço e ocorrendo abertura de vias aéreas. <u>Atenção</u> Utilizar o colar cervical infantil de tamanho adequado.</p>	<p>1.<u>Imobilização cervical</u> Idoso que apresentar cifose deverá ter acolchoamento sob a cabeça e entre os ombros. 2.<u>Imobilização em prancha</u> do corpo deverá ser realizada com acolchoamento nas proeminências ósseas. <u>Atenção</u> Imobilização inadequada pode causar oclusão das artérias do cérebro causando inconsciência ou AVC.</p>	<p>1.Manter gestante em DLE (Descompressão da veia cava). Realize o acolchoamento do lado direito da gestante cerca de 10 a 15 cm da prancha longa. 2.Caso não consiga acolchoar o lado direito: o útero pode ser deslocado manualmente para o lado Esquerdo da gestante ou a perna direita deve ser elevada para trazer o útero para a Esquerda.</p>	<p>1.Lembre-se que devido aumento do abdômen do obeso, o diafragma será comprimido, portanto, se possível, mantenha a prancha discretamente elevada para melhor ventilação. 2.Para segurança da vítima, solicite apoio dos bombeiros em caso de obesidade mórbida e peça AM de obeso para Central de Operações SAMU-192 São Paulo.</p>

CONTROLE DE REVISÕES

Revisão	Data	Motivo da Alteração
00	00	_____

REFERÊNCIAS CONSULTADAS

- AMLS: Atendimento Pré-Hospitalar às Emergências Clínicas/ Tradução Maria Esmene G. Comenale *et al.* 1ª edição. Rio de Janeiro: Editora Elsevier, 2017. 545 páginas.
- PHTLS. Atendimento Pré-Hospitalar ao Traumatizado. National Association of Emergency Medical Technician, 2021. 9ª edição. 762 páginas.
- Protocolo de Atendimento Pré-Hospitalar: Suporte Intermediário de Vida. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde – SAMU, 2014. 4ª. Edição. 112 páginas

Elaboração	Revisão	Aprovação
Cássia Oliveira Lopes Celina H. H. Vasconcelos	Julianna Letícia G. Cotrick Gomes.	Maísa Ferreira dos Santos

MEDICAÇÕES PROTOCOLO SIV

MEDICAÇÃO	APRESENTAÇÃO/ DOSE E VIA DE ADMINISTRAÇÃO	INDICAÇÃO	MECANISMO DE AÇÃO	CUIDADOS
ACIDO ACETIL SALICILICO	<p>Apresentação AAS infantil 100mg/comprimido</p> <p>Dose Adulto 300 mg</p> <p>Administração Via Oral</p>	Suspeita de IAM	Inibe a agregação plaquetária, bloqueando a síntese do tromboxano A2 nas plaquetas.	<p>Não administre</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Alergias ao ácido acetilsalicílico ✓ Úlceras gastrintestinais agudas ✓ Distúrbio de coagulação ✓ Insuficiência renal grave ✓ Insuficiência hepática grave ✓ Insuficiência cardíaca grave. <p>Atenção Caso vítima faça uso contínuo de AAS, atente-se para sinais de dor abdominal, azia, náusea, vômitos, úlcera e perfuração gastro duodenal.</p>
BROMIDRATO DE FENOTEROL	<p>Apresentação 5 mg/ml</p> <p>Dose Adulto 10 gotas</p> <p>Dose Criança 01 gota a cada 3 Kg (NÃO ultrapassar 10 gotas)</p> <p>Administração Via Inalatória</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Asma Brônquica ✓ DPOC ✓ Ausência de Salbutamol 	<p>Relaxa a musculatura lisa brônquial e vascular (broncodilatação)</p> <p>Efeito Beta2 Adrenérgico no coração aumentando a contratilidade cardíaca e ritmo cardíaco</p>	<p>Não administre</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Hipertireoidismo, ICC e taquiarritmia. <p>Atenção</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Realizar ausculta pulmonar antes e depois da administração da droga. ✓ Suspender a administração da droga se a vítima apresentar tremores, agitação, palpitação, taquicardia e dor torácica.
BROMETO DE IPATRÓPIO	<p>Apresentação 0,25mg/ml 01 Gota: 0,025mg/ml</p> <p>Dose Adulto 40 gotas</p> <p>Administração Via Inalatória</p>	Associação Bromidrato de fenoterol em crises graves de broncoespasmo	Atua bloqueando os receptores muscarínicos no pulmão, inibindo a broncoconstrição e a produção de muco nas vias aéreas.	<p>Não administre</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Alergia a atropina ou seus derivados. <p>Atenção</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Realizar ausculta pulmonar antes e depois da administração da droga. ✓ Interromper a administração da droga caso haja aumento repentino e súbito da sibilância e broncoespasmo.
CAPTOPRIL	<p>Apresentação Comprimidos de 12,5 mg Comprimidos de 25 mg Comprimidos de 50 mg</p> <p>Dose Adulto 25 mg</p> <p>Administração Via oral</p>	Emergência hipertensiva	Inibidores de ECA	<p>Não administre</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Alergia a medicação ✓ Gestantes ✓ Vítimas com suspeita de AVC <p>Atenção</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Vítima com uso contínuo dessa droga poderá apresentar tosse seca, cefaleia, hipotensão, taquicardia porém não indica alergia.

<p>CETOROLACO DE TROMETAMINA</p>	<p>Apresentação Ampola: 15 mg/ml</p> <p>Dose Adulto 09 a 30 mg</p> <p>Administração Via endovenosa</p>	<p>Dor aguda de moderada a severa intensidade</p>	<p>Potente analgésico da classe dos anti-inflamatórios não esteroides (AINES).</p>	<p>Não administre</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ História de sangramento digestivo ✓ Uso de AAS e outros AINES <p>Atenção</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Em vítimas idosas administrar menor dose possível. ✓ Diluir ampola em 08 ml de SF 0.9%.
<p>CLORIDRATO DE AMIODARONA</p>	<p>Apresentação 50mg/ml</p> <p>Dose Adulto 1º dose: 300 mg</p> <p>Demais doses: 150mg</p> <p>Dose Criança 5 mg/kg pode ser repetida em até 03 doses</p> <p>Administração Via endovenosa</p>	<p>Adulto e Criança</p> <p>PCR: Fibrilação Ventricular/ Taquiverricular sem pulso</p>	<p>Bloqueio de canais de potássio em células do marca passo cardíaco</p>	<p>Atenção</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Administre a droga pura e em bolus.
<p>CLORIDRATO DE TIAMINA</p>	<p>Apresentação 100mg/ml</p> <p>Dose Adulto 100 mg concomitante com a Glicose hipertônica</p> <p>Administração Via intramuscular</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Correção hipoglicêmica para pacientes etilistas ✓ Prevenção da Encefalopatia de Werneck 	<p>Ativação das enzimas que controlam os processos bioquímicos, entre os quais há decomposição da glicose em energia.</p>	<p>Atenção</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Deve ser administrado antes da aplicação da glicose.
<p>DIAZEPAN</p>	<p>Apresentação 5mg/ml</p> <p>Dose Adulto 10 mg</p> <p>Administração Via endovenosa</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mal epilético ✓ Convulsões prolongadas > 5 minutos reentrantes sem retorno da consciência ✓ Convulsão na TCE 	<p>Age inibindo os receptores gabaminérgicos.</p>	<p>Atenção</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Administração pura e lenta (03 minutos). ✓ Observar depressão respiratória ✓ Em idosos pode causar reações paradoxais: excitação, ansiedade, agressividade e delírio.
<p>DIPIRONA</p>	<p>Apresentação Gotas 500 mg/ ml</p> <p>Dose Adulto 20 a 40 gotas</p> <p>Dose Criança 01 gota/kg Máximo: 30 gotas</p> <p>Administração Via oral</p> <p>Apresentação Injetável 500 mg/ml</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Dor ✓ Febre 	<p>Inibição da síntese de prostaglandina, com efeito central como periférico.</p>	<p>Não administre</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Alergia ou intolerância à dipirona ✓ Em gestantes ✓ Idosos com comprometimentos hepático e renal ✓ Administrar em criança apenas Via Oral.

	Dose Adulto 01 grama			
EPINEFRINA	<p>Apresentação Ampola: 1:1000</p> <p>Adulto em PCR 01 ampola</p> <p>Criança em PCR 0,01 mg/kg ou 0,1 ml/kg da concentração de 0,1 mg/ml</p> <p>Administração Via endovenosa</p> <p>Adulto no Choque Anafilático 0,5 mg</p> <p>Criança no Choque Anafilático 0,01 mg/kg (Máximo 0,3 mg :0,3 ml)</p> <p>Administração Via intramuscular</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Reversão da PCR ✓ Tratamento do choque anafilático 	<p>Atua nos receptores alfa adrenérgicos produzindo vasoconstrição e hemostasia. Redistribui o fluxo sanguíneo periférico para a musculatura esquelética, circulação esplênica e cérebro. Brônquios dilatam-se pelo efeito beta-adrenérgico, com o conseqüente aumento da taxa de oxigenação Sanguínea.</p>	<p>Atenção</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Na RCP: não pode ser administrada no dispositivo supraglótico (Máscara Laríngea ou Tubo Laríngeo) ✓ No choque anafilático: Aplicação IM no vasto lateral da coxa.
ESCOPOLAMINA + DIPIRONA	<p>Apresentação Ampola: 05 ml</p> <p>Dose Adulto 01 ampola</p> <p>Administração Via endovenosa</p>	Cólica nefrética	<p>Ação antiespasmódica, agindo sobre as contrações dolorosas e aliviando de forma rápida e prolongada as cólicas, dores e desconforto abdominais.</p>	<p>Não administre</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Alergia a um dos componentes ✓ Paciente com glaucoma ✓ Gestantes. ✓ Síndrome asmática induzida por analgésicos ou intolerância a analgésicos (reações na pele ou inchaço da língua, boca e garganta) <p>Atenção</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Realizar a infusão lenta devido á risco de hipotensão ✓ Não pode ser misturado com outros componentes na mesma seringa ✓ Pare a infusão caso sinais: hipotensão, boca seca, tonturas, rubor, erupções cutâneas, flebite, visão turva, secreta em narinas
GLICOSE 50% e 25%	<p>Apresentação Ampola 50% - 10 ml 500mg/ml</p> <p>Ampola 25% - 10 ml 250mg/ml</p> <p>Dose Adulto 05 ampolas</p> <p>Administração Via endovenosa</p>	Hipoglicemia < 70 mg/dl	<p>A glicose é utilizada no restabelecimento de fluido e suprimento calórico. Nutriente facilmente metabolizado pelo organismo para a fornecimento de energia. A glicose é metabolizada através do ácido pirúvico em dióxido de carbono e água com liberação de energia. A energia</p>	<p>Atenção</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Administração intravenosa deve ser sempre diluída. Cuidado: Infusão pode causar dor local, irritação da veia, tromboflebite e necrose do tecido, quando ocorrer extravasamento da solução. ✓ Infusão muito rápida pode causar síndrome hiperosmolar, risco de edema cerebral. ✓ Pacientes etilistas crônicos: administrar a priori

	<p>Dose Criança Glicose 25% - 2 a 4 ml/kg</p> <p>Administração Via endovenosa</p>		<p>liberada pela metabolização da glicose é utilizada pelas células, distribuída e estocada nos tecidos. A glicose pode ser convertida em gordura, através da Acetil CoA, sendo necessário portanto, constante equilíbrio entre as necessidades metabólicas do organismo e sua oferta.</p>	<p>a Tiamina IM (risco de encefalopatia de Werneck)</p>
NALOXONA	<p>Apresentação 0,4 mg/1 ml</p> <p>Dose Adulto 01 ampola</p> <p>Administração Via intramuscular</p>	<p>Iminência ou PCR por intoxicação por opióide.</p>	<p>Antagonista puro de opióide(tramadol, metadona, morfina, oxicodona, hidrocodona, fentanil, oximorfona, codeína)</p>	
ONDASENTRONA	<p>Apresentação 2 mg/1 ml</p> <p>Dose Adulto 01 ampola</p> <p>Administração Via endovenosa</p>	<p>Vômitos e náuseas</p>	<p>É um potente antagonista, altamente seletivo, dos receptores 5-HT, bloqueando o início dos reflexos de vômito.</p>	<p>Atenção</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Não recomendado na gestação ✓ Pare infusão se vítima apresentar: cefaleia, rubor, calor, constipação, reações locais no local de injeção intravenosa, bradicardia, hipotensão e arritmias.
PARACETAMOL	<p>Apresentação 200 mg/ml</p> <p>Dose Adulto e Infantil 01 gota/ kg Máximo 35 gotas por dose</p> <p>Administração Via oral</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Febre ✓ Pacientes alérgicos à dipiro na ✓ Dor leve a moderada 	<p>Paracetamol reduz a febre atuando no centro regulador da temperatura no Sistema Nervoso Central (SNC) e diminui a sensibilidade para a dor. Início de ação de 15-30 min VO</p>	<p>Não administre</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Vítimas alérgicas à corante amarelo de tartrazina na composição.
RINGER COM LACTATO	<p>Apresentação 01 frasco/500 ml</p> <p>Dose Adulto Manter PAS > 90 mmHg</p> <p>Dose criança Bolus de 20 ml/kg</p> <p>Queimadura adulto e infantil : Regra de Parkland</p> <p>Administração Via endovenosa</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Vítima com suspeita de choque ✓ Queimaduras ✓ Desidratação em crianças 	<p>Reidratação e restabelecimento do equilíbrio hidroeletrólítico, quando há perda de líquidos e de íons cloreto, sódio, potássio e cálcio, e para prevenção e tratamento da acidose metabólica agindo nos casos em que há um desvio do equilíbrio acidobásico no sentido da acidose.</p>	<p>Atenção</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ A infusão de grandes volumes da solução de Ringer com Lactato pode causar indução da acidose metabólica (acidez excessiva do sangue provocada pela diminuição da concentração de bicarbonato) e edemas pulmonares (acúmulo de líquido no pulmão).
SALBUTAMOL SPRAY	<p>Apresentação 01 puff / 100 mcg</p>	<p>Vítima com histórico de Asma</p>	<p>Atua nos receptores Beta2 adrenergicos da</p>	<p>Atenção</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Antes de usar liberar um puff

	<p>Dose Adulto 02 a 04 puffs</p> <p>Dose criança 01 a 02 puffs</p> <p>Administração Via inalatória com espaçador</p>	e DPOC com broncoespasmo	musculatura brônquica causando broncodilatação	no espaçador ✓ Sincronizar a inalação com a inspiração da vítima. ✓ Aplicar o próximo puff depois de aproximadamente 30 segundos.
SORO FISIOLÓGICO 0,9%	<p>Apresentação 01 frasco/100 ml, 250 ml e 500 ml 09 mg/ml</p> <p>Dose Adulto Manter PAS > 90 mmHg</p> <p>Dose criança Bolus de 20 ml/kg</p> <p>Administração Via endovenosa</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Diluente na preparação e administração de medicamentos ✓ Infusão permissiva nos casos clínicos ✓ Hiperglicemia ✓ Manter acesso venoso periférico 	Importante regulador da osmolaridade, do equilíbrio ácido-base e auxilia na estabilização do potencial da membrana das células. O cloreto de sódio é fundamental para manter o equilíbrio sódio-potássio e contribuir para a recuperação da manutenção da volemia.	<p>Atenção</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ A solução injetável de cloreto de sódio deve ser usada com cautela em pacientes hipertensos, com insuficiência cardíaca congestiva, insuficiência renal grave, edema pulmonar, pré-eclâmpsia e obstrução do trato urinário. ✓ A superdosagem de cloreto de sódio pode ocasionar sobrecarga hídrica (hiperidratação) e alteração no balanço eletrolítico (hipernatremia, hiperclorêmia, hiperosmolalidade e efeitos acidificantes).
SORO GLICOSADO 10%	<p>Apresentação 01 frasco/250 ml 10 mg/ 100 ml</p> <p>Dose neonatal 01 a 02 ml/kg</p> <p>Administração Via endovenosa</p>	Hipoglicemia Neonato < 40mg/dl	A glicose é metabolizada através do ácido pirúvico em dióxido de carbono e água com liberação de energia. A energia liberada pela metabolização da glicose é utilizada pelas células, distribuída e estocada nos tecidos.	<p>Atenção</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Administre lento.
SULFATO DE MAGNÉSIO 50% e 10%	<p>Apresentação ✓ 01 ampola 50%/10 ml ✓ 01 ampola 10%/10 ml</p> <p>Dose Gestante 04 gramas</p> <p>Administração Via endovenosa</p>	Eclâmpsia (convulsão)	Efeito depressor no Sistema Nervoso Central, bloqueando a transmissão neuromuscular, ao mesmo tempo o magnésio modula a reatividade do tonos vascular e a resistência periférica total, garantindo o fluxo sanguíneo no útero.	<p>Atenção</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Administração deve ser feita no mínimo 15 minutos. ✓ Pare administração caso observe respiração superficial.

REFERÊNCIAS CONSULTADAS

- https://www.ems.com.br/arquivos/produtos/bulas/bula_brometo_ipratropio_10878_1415.pdf
- https://br.gsk.com/media/6247/11564_aerolin_spray_sus_aer_gds28_ipi10.pdf
- https://www.boehringer-ingelheim.com.br/sites/br/files/documents/berotec_bula_paciente_e_profissional_0.pdf
- https://www.fresenius-kabi.com/br/documents/Bula_glicose_5_e_10_224V06_P.pdf
- https://www.famap.com.br/wp-content/uploads/2020/08/Tiamina_100mg-mL.pdf
- <https://cdn.eurofarma.com.br/wp-content/uploads/2017/07/Fisiol%C3%B3gico-VP.pdf>
- http://200.199.142.163:8002/FOTOS_TRATADAS_SITE_14-03-2016/bulas/31640.pdf
- <https://www.ache.com.br/wp-content/uploads/application/pdf/bula-paciente-paracetamol-gotas.pdf>
- https://www.ems.com.br/arquivos/produtos/bulas/bula_dipirona_sodica_10583_1226.pdf
- <http://www.farmace.com.br/bulas/sppv/Dipifarma/Dipifarma%20-%20Bula%20Profissional.pdf>
- https://www.blau.com.br/storage/app/media/Bulas%20Novas%2007-11-2018/Trometamol%20cetorolaco_Bula_Profissional.pdf
- https://www.ems.com.br/arquivos/produtos/bulas/bula_captopril_11007_1337.pdf
- http://200.199.142.163:8002/FOTOS_TRATADAS_SITE_14-03-2016/bulas/9149.pdf
- https://www.ems.com.br/arquivos/produtos/bulas/bula_acido_acetilsalicilico_10425_1501.pdf
- https://www.blau.com.br/storage/app/media/Bulas%20Novas%2007-11-2018/Ondansetrona_Bula_Profissional.pdf
- <https://www.saudedireta.com.br/catinc/drugs/bulas/buscopancompostosolinjet.pdf>
- <https://www.halexistar.com.br/static/arquivos/downloads/sulfato-de-magnesio-10-50-bula-profissional-5174813.pdf>
- https://www.fresenius-kabi.com/br/documents/Cloridrato_de_amiodarona_PA.pdf
- <https://www.blau.com.br/storage/app/media/Bulas%20Novas%20-%202029.08.17/bulapsefrinalin.pdf>
- https://www.cristalia.com.br/arquivos_medicamentos/128/Bula_Narcan_Sol.Inj_PS_AR_RM028300.pdf
- https://www.cristalia.com.br/arquivos_medicamentos/209/Bula_Compaz_Sol.Inj_PS_AR_04072016.pdf

Elaboração	Revisão	Aprovação
Cássia Oliveira Lopes Celina H. H. Vasconcelos	Julianna Letícia G. Cotrick Gomes	Maísa Ferreira dos Santos

INFORMAÇÕES ADICIONAIS SOBRE VENTILADORES E MARCAPASSO

Vídeos sobre VENTILADORES DE TRANSPORTE OXIMAG

Como montar o OXIMAG: <https://www.youtube.com/watch?v=18Jx7aptRY>

Auto teste: <https://www.youtube.com/watch?v=08YhRyDmTJc>

Manuseando as telas: <https://www.youtube.com/watch?v=7pv2ke9xoqk>

Alarmes do OXIMAG: <https://www.youtube.com/watch?v=Rowi5rQq6jk>

Modos ventilatórios: <https://www.youtube.com/watch?v=m2aaVEI8Nu4>

Vídeos sobre MARCA PASSO

<https://www.youtube.com/watch?v=7u189u5K2PY>

<https://www.youtube.com/watch?v=q8p9D5zKaw4>