

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CRISTINO CASTRO PIAUÍ
COORDENAÇÃO DE GESTÃO DA QUALIDADE EM SAÚDE
COORDENAÇÃO DE SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA

Manual de Procedimentos Operacionais Padrão (POP) do
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) – Cristino Castro/PI.



SAMU – Cristino Castro / PI

(1ª Edição – 2026)

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

1. Identificação Geral

- **Razão Social:** Secretaria Municipal de Saúde de Cristino Castro
- **Nome Fantasia:** SMS
- **Entidade Mantenedora:** Prefeitura Municipal de Cristino Castro
- **CNPJ:** 00.922.402/0001-43
- **Natureza Jurídica:** 103-1 - Órgão Público do Poder Executivo Municipal (Sistema Único de Saúde - SUS)

2. Localização e Contato

- **Endereço:** Av. Marcos Parente, 1071, Centro – Cristino Castro/PI
- **CEP:** 64920-000
- **E-mail:** saudepmcc2021@gmail.com

3. Atendimento e Estrutura

- **Convênios Atendidos:** SUS (Sistema Único de Saúde)
- **Unidades com Atividades de Enfermagem:**
 - Unidades Básicas de Saúde (UBS)
 - Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)
 - Serviço de Atenção Domiciliar (SAD/PMC)
 - Centro de Reabilitação (CR)
 - Equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde (eMulti)
 - Unidade Mista de Saúde (UMS)
 - **Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)**

ESTADO DO PIAUÍ**PREFEITURA MUNICIPAL DE CRISTINO CASTRO****SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (SMS)**

* Marisa Ferreira Rocha – Secretária Municipal de Saúde

I. Coordenação, Elaboração e Revisão Geral (GQS):

* Cristiane de Araújo Santos – Enfermeira

Coordenação de Gestão da Qualidade em Saúde

* Giovanna Jacobina Alencar – Enfermeira

Coordenação de Gestão da Qualidade em Saúde**II. Revisão Técnica**

* Emanuel Vitor Dantas Oliveira – Enfermeiro

Coordenação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência**FICHA TÉCNICA**

© 2026. Secretaria Municipal de Saúde de Cristino Castro/PI.

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte. 1ª edição – 2026

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

P685p Piauí. Prefeitura Municipal de Cristino Castro. Secretaria Municipal de Saúde.

Manual de Procedimentos Operacionais Padrão (POP) do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Cristino Castro – PI / Secretaria Municipal de Saúde; organização de Cristiane de Araújo Santos, Giovanna Jacobina Alencar [et al.]. – 1. ed. – Cristino Castro, PI: SMS, 2026.

278 p.: il.

1. Enfermagem - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. 2. Procedimento Operacional Padrão (POP).
I. Santos, Cristiane de Araújo. II. Alencar, Giovanna Jacobina. III. Piauí. Prefeitura Municipal de Cristino Castro. IV. Título.

CDU: 616-083(812.2)

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	6
1 BLOCO I: OPERACIONAIS E ADMINISTRATIVOS (GESTÃO DA UNIDADE)	8
1.1 POP-SAMU-001: Recebimento e Passagem de Plantão	9
1.2 POP-SAMU-002: Conferência e Controle Diário de Materiais e Medicamentos (USB)	13
1.3 POP-SAMU-003: Fluxo de Comunicação com a Central de Regulação (SBAR)	19
1.4 POP-SAMU-004: Registro e Preenchimento da Ficha de Atendimento (APH)	24
1.5 POP-SAMU-005: Acionamento de Apoio (USA, Polícia ou Corpo de Bombeiros)	29
2 BLOCO II: BIOSSEGURANÇA E HIGIENE	34
2.1 POP-SAMU-006: Higienização Simples e Antisséptica das Mãos	35
2.2 POP-SAMU-007: Limpeza Concorrente e Terminal da Ambulância	40
2.3 POP-SAMU-008: Gerenciamento de Resíduos de Saúde (Perfurocortantes e Infectantes)	48
2.4 POP-SAMU-009: Uso de Equipamento de Proteção Individual (EPIs)	52
3 BLOCO III: ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM E SOCORRO	57
3.1 POP-SAMU-010: Verificação de Sinais Vitais	58
3.2 POP-SAMU-011: Suporte Básico de Vida (SBV) e Uso do DEA	62
3.3 POP-SAMU-012: Manuseio de Vias Aéreas: Oxigenoterapia e Aspiração	69
3.4 POP-SAMU-013: Atendimento ao Trauma e Restrição de Movimento da Coluna	74
3.5 POP-SAMU-014: Controle de Hemorragias (Torniquete e Tamponamento)	80
3.6 POP-SAMU-015: Assistência ao Parto Iminente no APH	85
4 BLOCO IV: PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS ESPECÍFICOS (EMERGÊNCIAS AMBIENTAIS E TOXICOLÓGICAS)	91
4.1 POP-SAMU-016: Atendimento a Acidentes com Animais Peçonhentos	92
4.2 POP-SAMU-017: Intoxicações Exógenas e Tentativas de Autoextermínio	99
4.3 POP-SAMU-018: Queimaduras	109
4.4 POP-SAMU-019: Insolação e Desidratação Grave	124
5 BLOCO V: EMERGÊNCIAS PEDIÁTRICAS	135
5.1 POP-SAMU-020: Crise Convulsiva Febril em Crianças	136
5.2 POP-SAMU-021: OVACE (Obstrução de Vias Aéreas por Corpo Estranho)	143
5.3 POP-SAMU-022: Suporte Básico de Vida Pediátrico	153
6 BLOCO VI: PROCEDIMENTOS ESPECÍFICOS DE ENFERMAGEM NO APH	162
6.1 POP-SAMU-023: Punção Venosa Periférica	163
6.2 POP-SAMU-024: Administração de Medicamentos sob Telemedicina	169
6.3 POP-SAMU-025: Oxigenoterapia	175
7 BLOCO VII: SITUAÇÕES ESPECIAIS E LOGÍSTICA	185
7.1 POP-SAMU-026: Constatação de Óbito no Local	186
7.2 POP-SAMU-027: Manejo de Paciente Agressivo / Surto Psiquiátrico	193
7.3 POP-SAMU-028: Transferência Interhospitalar de Paciente Crítico	200
8 BLOCO VIII: SEGURANÇA OPERACIONAL E INCIDENTES CRÍTICOS	208
8.1 POP-SAMU-029: Segurança de Cena e Sinalização de Via	209

8.2 POP-SAMU-030: Atendimento a Incidentes com Múltiplas Vítimas (IMV)	217
8.3 POP-SAMU-031: Acidentes de Trabalho com a Equipe	224
 9 BLOCO IX: COMPLEMENTOS DE EMERGÊNCIAS CLÍNICAS (ADULTO)	236
9.1 POP-SAMU-032: Manejo de Crises Convulsivas em Adultos	237
9.2 POP-SAMU-033: Abordagem ao Paciente com Dor Torácica (Suspeita de IAM)	244
9.3 POP-SAMU-034: Abordagem ao Paciente com Suspeita de AVC	253
9.4 POP-SAMU-035: Atendimento à Hipoglicemia	260
 REFERÊNCIAS	274

1. INTRODUÇÃO

O **Manual de Procedimentos Operacionais Padrão (POP) de Enfermagem** do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) de Cristino Castro, Piauí, em sua 1ª edição lançada em 2026, representa um instrumento fundamental para a consolidação da qualidade e segurança do atendimento pré-hospitalar móvel (APH) na região. Elaborado sob a coordenação da Secretaria Municipal de Saúde, por meio da Coordenação de Gestão da Qualidade em Saúde e em conjunto com a Coordenação do SAMU, este documento estabelece diretrizes precisas para nortear a prática assistencial e gerencial das equipes de campo.

O propósito central deste manual é a padronização dos processos de trabalho, buscando mitigar riscos, reduzir Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS), e assegurar a prontidão imediata das viaturas e equipamentos operacionais para o pleno funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS) no âmbito municipal.

2. FUNDAMENTAÇÃO TÉCNICA E ALINHAMENTO DIRETIVO

A estruturação técnico-científica dos procedimentos descritos neste guia fundamenta-se nos preceitos de evidências atualizadas e legislações vigentes do setor de saúde. Destacam-se as seguintes referências integradas aos fluxos assistenciais:

- **Diretrizes de Emergência Cardiovascular:** Incorporação das recomendações atualizadas da *American Heart Association* (AHA 2025) para a execução do Suporte Básico de Vida (SBV) e manuseio do Desfibrilador Externo Automático (DEA), priorizando o reconhecimento precoce e os elos da cadeia de sobrevivência.
- **Regulamentação Profissional:** Cumprimento estrito da Resolução COFEN nº 713/2022, que atualiza os parâmetros para a atuação da equipe de enfermagem no Atendimento Pré-Hospitalar (APH).
- **Políticas Nacionais de Saúde:** Alinhamento com as normativas do Ministério da Saúde aplicadas à Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) e com as estratégias de atendimento humanizado e equidade preconizadas pela Rede Alyne do SUS.
- **Biossegurança e Práticas Ocupacionais:** Adoção de critérios rigorosos baseados na RDC nº 222/2018 da ANVISA para o gerenciamento seguro de resíduos perfurocortantes (Grupo E) e infectantes (Grupo A), além do cumprimento das determinações de proteção profissional estabelecidas pela NR-32.

3. ORGANIZAÇÃO ESTRUTURAL DO DOCUMENTO

Para viabilizar uma consulta rápida, ágil e voltada para a educação permanente das equipes, o manual está estruturado em blocos temáticos que cobrem desde rotinas administrativas básicas até o manejo de situações críticas de socorro:

- **Bloco I: Operacionais e Administrativos (Gestão da Unidade):** Contempla os processos de recebimento e passagem de plantão, conferência diária de materiais e medicamentos da Unidade de Suporte Básico (USB), fluxos estruturados de comunicação com a Central de Regulação Médica através da ferramenta SBAR, registro qualificado na Ficha de APH e critérios para acionamento de apoio de unidades avançadas (USA) ou forças de segurança.
- **Bloco II: Biossegurança e Higiene:** Aborda técnicas de higienização simples e antisséptica das mãos, procedimentos para a execução das limpezas concorrente e terminal da ambulância, critérios de segregação de resíduos na cena e a sequência segura de paramentação e desparamentação de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs).
- **Bloco III: Assistência de Enfermagem e Socorro:** Concentra a padronização técnica para verificação de sinais vitais, monitorização da dor (como o 5º sinal vital), protocolo completo de SBV, manejo de vias aéreas (incluindo oxigenoterapia e aspiração de secreções), restrição de movimento da coluna (RMC) no trauma, controle de hemorragias com curativos compressivos e uso de torniquete, além da assistência técnica e humanizada ao parto iminente no APH.
- **Bloco IV ao IX: Protocolos Assistenciais de Emergências Ambientais e Toxicológicas:** Orienta os fluxos específicos para o atendimento inicial a acidentes por animais peçonhentos (como ofídicos e escorpiônicos), detalhando condutas permitidas e proibidas na cena, e abordagens iniciais para casos de intoxicações exógenas e tentativas de autoextermínio.

Nota Institucional e de Direitos Autorais: Este documento técnico foi revisado e chancelado pela Equipe Multiprofissional da USB e aprovado pela Secretaria Municipal de Saúde e Conselho Municipal de Saúde de Cristino Castro/PI. Sua aplicação é de caráter obrigatório para todos os profissionais envolvidos na escala do serviço. É autorizada a reprodução parcial ou total desta obra, desde que obrigatoriamente citada a fonte institucional da Secretaria Municipal de Saúde.



SECRETARIA
MUNICIPAL DE
SAÚDE



PREFEITURA
**CRISTINO
CASTRO**
Mais trabalho, mais futuro!



BLOCO I: OPERACIONAIS E ADMINISTRATIVOS (Gestão da Unidade)

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP-SAMU- 001 RECEBIMENTO E PASSAGEM DE PLANTÃO (Conferência de viatura e equipamentos)	Versão	1.0 (1ª Edição)
		Data de Elaboração	Junho/2026
		Data de Aprovação	09/09/2026
		Página	1 de 5
Elaborado por:	Verificado por:	Aprovado por:	
Cristiane de Araújo Santos- Enfermeira – Coren/PI nº 340.498; Giovanna Jacobina Alencar-Enfermeira – Coren/PI nº 705.877.	Emanuel Vitor Dantas Oliveira - Enfermeiro – Coordenação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) – Coren/PI nº 553.104.	Equipe Multiprofissional do SAMU (Registrado em Livro Ata); Secretaria Municipal de Saúde (SMS); Conselho Municipal de Saúde (CMS).	

1 OBJETIVO

Estabelecer procedimentos padronizados para o recebimento e a passagem de plantão, assegurando a conferência completa da viatura e dos equipamentos operacionais, garantindo a prontidão da equipe para resposta imediata a emergências, incluindo parada cardiorrespiratória (PCR). O atendimento deve seguir os princípios da cadeia de sobrevivência, priorizando reconhecimento precoce, resposta imediata e qualidade da assistência.

2 ABRANGÊNCIA

Este procedimento aplica-se a todos os profissionais de saúde atuantes no atendimento pré-hospitalar móvel (APH).

3 RESPONSÁVEIS

PROFISSIONAL	RESPONSABILIDADE
Profissional que encerram o plantão	Entregar a viatura e os equipamentos, informando todas as intercorrências e irregularidades.
Profissional que iniciam o plantão	Realizar a conferência completa da viatura e equipamentos, registrando não conformidades.

Coordenação/Supervisão

Garantir o cumprimento deste procedimento e prestar apoio diante de ocorrências.

4 DEFINIÇÃO

Procedimento que estabelece a forma padronizada para o recebimento e a passagem de plantão, incluindo a conferência da viatura e dos equipamentos, garantindo a continuidade do serviço e a operacionalidade dos recursos.

5 MATERIAL NECESSÁRIO

- Checklist de conferência da viatura e equipamentos.
- Ficha, livro ou sistema eletrônico de registro de plantão.
- Caneta ou dispositivo eletrônico institucional.
- Equipamentos operacionais da viatura.
- Equipamentos de Proteção Individual (EPIs).

6 PROCEDIMENTO

- Receber o plantão do profissional anterior, atentando-se às informações sobre ocorrências, intercorrências e pendências.
- Realizar inspeção geral da viatura, verificando limpeza, organização, condições de uso e níveis de abastecimento (combustível e oxigênio).
- Conferir todos os equipamentos obrigatórios, testando seu funcionamento (monitor/desfibrilador, aspirador, ventilador, entre outros).
- Verificar obrigatoriamente a presença e funcionamento do Desfibrilador Externo Automático (DEA), garantindo prontidão para uso imediato em casos de parada cardiorrespiratória (PCR).
- Garantir prontidão para uso imediato em PCR.
- Verificar materiais e insumos quanto à quantidade, integridade e prazo de validade.
- Conferir medicamentos quanto à validade, integridade dos lacres e acondicionamento adequado.
- Checar kits operacionais (via aérea, acesso venoso, curativos, parto e imobilização).
- Verificar a disponibilidade e condições de uso dos EPIs.
- Registrar a conferência em checklist próprio, descrevendo todas as inconformidades identificadas.
- Comunicar imediatamente à coordenação ou à regulação quaisquer irregularidades.
- Manter a organização, reposição e controle de materiais durante todo o plantão.

- Realizar a passagem de plantão de forma clara, objetiva e completa ao término do turno.
- Realizar debriefing breve ao término do plantão, especialmente após ocorrências críticas, com foco na melhoria contínua da assistência.

7 CONDOTA DE ENFERMAGEM

- Receber o plantão com informações completas sobre ocorrências em andamento, condições da viatura e pendências.
- Realizar conferência sistemática da viatura (limpeza, organização, oxigênio, combustível).
- Conferir materiais e equipamentos obrigatórios (monitor/desfibrilador, aspirador, ventilação, bombas, etc.), testando funcionamento.
- Verificar medicamentos: validade, integridade, lacres e reposição conforme padronização.
- Checar kits (via aérea, acesso venoso, curativos, parto, imobilização, entre outros); Conferir EPIs disponíveis e em condições de uso.
- Testar equipamentos críticos (oxímetro, DEA/monitor, ventilador, aspirador).
- Registrar a conferência em checklist próprio e comunicar imediatamente irregularidades à regulação ou coordenação.
- Manter organização, reposição e controle de materiais durante todo o plantão.
- Realizar passagem de plantão clara, objetiva e completa, informando uso de materiais, intercorrências e pendências.

8 BIOSSEGURANÇA

- Utilizar EPIs adequados (luvas, máscara, óculos, avental) durante a conferência e manuseio de materiais.
- Higienizar as mãos conforme protocolo antes e após o contato com a viatura e equipamentos.
- Realizar desinfecção de superfícies, equipamentos e materiais após cada uso ou quando necessário.
- Descartar resíduos conforme normas de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde (RSS).
- Evitar contato com materiais biológicos sem proteção adequada.
- Manter materiais limpos, organizados e acondicionados corretamente.
- Comunicar imediatamente situações de risco biológico ou acidentes ocupacionais.
- Avaliar a segurança da cena antes da liberação da viatura para atendimento, prevenindo riscos à equipe.

9 FLUXOGRAMA VISUAL



Fonte: Elaborado pelo autor com o auxílio do ChatGPT (OpenAI, 2026).

10 REFERÊNCIAS

AMERICAN HEART ASSOCIATION. **2025 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care**. Dallas: American Heart Association, 2025. Disponível em: <https://www.ahajournals.org>. Acesso em: 19 mar. 2026.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). **Resolução COFEN nº 713/2022**. Atualiza a atuação da enfermagem no Atendimento Pré-Hospitalar (APH). Brasília: COFEN, 2022. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-713-2022/>. Acesso em: 18 mar. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Informativa nº 9/2024 – CGURG/DAHU/SAES/MS**. Orientações atualizadas sobre organização do atendimento às urgências e funcionamento do SAMU 192. Brasília: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/samu-192/notas-tecnicas-e-informativas/nota-informativa-no-9-2024-cgurg-dahu-saes-ms>. Acesso em: 18 mar. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (PNAES)**: Portaria GM/MS nº 1.604, de 18 de outubro de 2023. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude>. Acesso em: 18 mar. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre redes de atenção à saúde no SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <https://www.gov.br/saude>. Acesso em: 18 mar. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE)**. Brasília: Ministério da Saúde, [20--]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/samu-192/rau>. Acesso em: 18 mar. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **SAMU 192 – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência**. Brasília: Ministério da Saúde, [20--]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/samu-192>. Acesso em: 18 mar. 2026.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP-SAMU- 002 CONFERÊNCIA E CONTROLE DIÁRIO DE MATERIAIS E MEDICAMENTOS DA UNIDADE DE SUPORTE BÁSICO (USB)	Versão	1.0 (1ª Edição)
		Data de Elaboração	Junho/2026
		Data de Aprovação	10/09/2026
		Página	1 de 7
Elaborado por:	Verificado por:	Aprovado por:	
Cristiane de Araújo Santos- Enfermeira – Coren/PI nº 340.498; Giovanna Jacobina Alencar-Enfermeira – Coren/PI nº 705.877.	Emanuel Vitor Dantas Oliveira - Enfermeiro – Coordenação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) – Coren/PI nº 553.104.	Equipe Multiprofissional do SAMU (Registrado em Livro Ata); Secretaria Municipal de Saúde (SMS); Conselho Municipal de Saúde (CMS).	

1 OBJETIVO

Estabelecer procedimentos padronizados para a conferência e o controle diário de materiais e medicamentos da Unidade de Suporte Básico (USB), garantindo a disponibilidade, integridade, validade e funcionamento adequado dos recursos, assegurando a qualidade da assistência e a segurança do paciente. O atendimento deve seguir os princípios da cadeia de sobrevivência, priorizando reconhecimento precoce, resposta imediata e qualidade da assistência.

2 CAMPO DE APLICAÇÃO/ABRANGÊNCIA

Aplica-se a todos os profissionais de saúde que atuam no Atendimento Pré-Hospitalar Móvel (APH), integrantes das equipes da Unidade de Suporte Básico (USB) de Cristino Castro.

3 RESPONSÁVEIS

PROFISSIONAL	RESPONSABILIDADE
Profissional que inicia o plantão	Realizar a conferência completa dos materiais e medicamentos da USB, registrando possíveis não conformidades.

Profissional que encerra o plantão	Informar intercorrências, consumo de materiais e pendências à equipe seguinte.
Coordenação/Supervisão	Garantir o cumprimento deste procedimento, supervisionar os registros e providenciar reposição de materiais e medicamentos.

4 DEFINIÇÃO

Procedimento sistemático de verificação diária dos materiais, equipamentos e medicamentos disponíveis na Unidade de Suporte Básico, com o objetivo de assegurar condições adequadas de uso, armazenamento e reposição, garantindo a operacionalidade da equipe.

5 MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Checklist de materiais e medicamentos da USB.
- Ficha, livro ou sistema eletrônico de registro.
- Caneta ou dispositivo eletrônico institucional.
- Relação padronizada de materiais e medicamentos.
- Equipamentos de Proteção Individual (EPIs).

6 PROCEDIMENTO

- Realizar a conferência no início de cada plantão ou conforme rotina estabelecida.
- Verificar a presença de todos os materiais e equipamentos obrigatórios da USB.
- Conferir os medicamentos quanto à validade, integridade das embalagens, lacres e acondicionamento adequado.
- Avaliar as condições de armazenamento, observando temperatura, organização e identificação dos itens.
- Verificar a quantidade de materiais e insumos, conforme padronização institucional.
- Testar o funcionamento de equipamentos essenciais (ex: oxímetro, aspirador e desfibrilador externo automático – DEA).
- Verificar e garantir a disponibilidade de materiais essenciais para RCP de alta qualidade (bolsa-válvula-máscara, oxigênio e DEA).
- Checar os kits organizados (via aérea, acesso venoso, curativos, imobilização, entre outros).
- Registrar o horário da conferência no checklist para rastreabilidade.
- Identificar materiais vencidos, danificados ou em falta.
- Registrar todas as informações no checklist específico.

- Comunicar imediatamente à coordenação ou regulação quaisquer não conformidades identificadas.
- Solicitar reposição de materiais e medicamentos conforme fluxo institucional.
- Manter organização e controle contínuo durante todo o plantão.

7 CONDUTAS DE ENFERMAGEM

- Supervisionar a conferência dos materiais e medicamentos da unidade.
- Garantir o cumprimento do checklist diário conforme protocolo.
- Avaliar criticamente as condições de armazenamento e uso dos insumos.
- Assegurar o registro adequado das não conformidades.
- Comunicar à coordenação falhas que possam comprometer a assistência.
- Atuar na prevenção de eventos adversos relacionados a materiais e medicamentos.

8 BIOSSEGURANÇA

- Utilizar EPIs adequados durante o manuseio de materiais e medicamentos.
- Higienizar as mãos conforme protocolo institucional antes e após a conferência.
- Evitar contato direto com materiais contaminados sem proteção adequada.
- Realizar limpeza e organização dos compartimentos da viatura.
- Descartar materiais conforme normas do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS).
- Comunicar imediatamente acidentes ocupacionais.

9 FLUXOGRAMA VISUAL

9.1 Recebimento e Passagem de Plantão



Fonte: Elaborado pelo autor com o auxílio do ChatGPT (OpenAI, 2026).

9.2 Checklist de Materiais e Medicamentos da USB

FORMULÁRIO DE CHECKLIST DIÁRIO (USB)
SAMU 192 – CRISTINO CASTRO / PI

Data: ____/____/____	Viatura: _____	Plantão: () Diurno () Noturno
Condutor: _____	Técnico: _____	

1. CONDIÇÕES DO VEÍCULO (CONDUTOR SOCORRISTA)

Verificação obrigatória dos sistemas de rodagem, fluidos e sinalização.

Item	Ok	Reposição/Avaria	Item	Ok	Reposição/Avaria
Nível Óleo/Água/Freio	☐		Pneus e Estepe	☐	
Combustível (Mín. 3/4)	☐		Sirene e Buzinas	☐	
Faróis (Alto/Baixo)	☐		Giroflex/Strobos	☐	
Lanternas/Luz de Ré	☐		Limpeza da Cabine	☐	
Ar Condicionado	☐		Rádio Comunic. (Fixo/Móvel)	☐	
Macaco/Chave Roda	☐		Extintor Incêndio	☐	

2. MATERIAIS E EQUIPAMENTOS (TÉCNICO DE ENFERMAGEM)

Verificação de prontidão para atendimento e suporte básico de vida.

Item	Qtd	Validade/Status	Item	Qtd	Validade/Status
Cilindro O2 Grande	03		Maleta Sinais Vitais		
Cilindro O2 Portátil	01		Maleta de Trauma		
Desfibrilador (DEA)			Maleta Acesso Venoso		
Aspirador Secreção			Maleta Via Aérea		
Oxímetro de Pulso			Maleta de Parto		
Colares Cervicais			Kit Intoxicação		
Prancha Rígida c/ Cintos	01		Maca com Cintos	01	
Cadeira de Rodas	01		Suporte para Soro	02	

3. OBSERVAÇÕES E PENDÊNCIA

Assinatura Condutor: _____	Assinatura Técnico: _____
----------------------------	---------------------------

Nota de Gestão: Este documento deve ser preenchido nos primeiros 15 minutos do plantão.
 Itens marcados como "Não" ou com avaria devem ser comunicados imediatamente à Coordenação para reposição ou manutenção corretiva.
 Fonte: Elaboração: Gestão da Qualidade em Saúde, Cristino Castro/PI, 2026.

Fonte: Elaboração própria – Gestão da Qualidade em Saúde, 2026.

10 REFERÊNCIAS

AMERICAN HEART ASSOCIATION. **American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care**. Dallas: American Heart Association, 2025. Disponível em: <https://www.ahajournals.org>. Acesso em: 19 mar. 2026.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN nº 713/2022**. [S. l.]: COFEN, 2022. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br>. Acesso em: 18 mar. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 3/2017**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <https://www.gov.br/saude>. Acesso em: 18 mar. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **SAMU 192 – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [202-?]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude>. Acesso em: 18 mar. 2026.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP-SAMU- 003 FLUXO DE COMUNICAÇÃO COM A CENTRAL DE REGULAÇÃO POR RÁDIO E TELEFONIA	Versão	1.0 (1ª Edição)
		Data de Elaboração	Junho/2026
		Data de Aprovação	10/09/2026
		Página	1 de 6
Elaborado por:	Verificado por:	Aprovado por:	
Cristiane de Araújo Santos- Enfermeira – Coren/PI nº 340.498; Giovanna Jacobina Alencar-Enfermeira – Coren/PI nº 705.877.	Emanuel Vitor Dantas Oliveira - Enfermeiro – Coordenação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) – Coren/PI nº 553.104.	Equipe Multiprofissional do SAMU (Registrado em Livro Ata); Secretaria Municipal de Saúde (SMS); Conselho Municipal de Saúde (CMS).	

1 OBJETIVO

Estabelecer procedimentos padronizados para a conferência e o controle diário de materiais e medicamentos da Unidade de Suporte Básico (USB), garantindo a disponibilidade, integridade, validade e funcionamento adequado dos recursos, assegurando a qualidade da assistência e a segurança do paciente. O atendimento deve seguir os princípios da cadeia de sobrevivência, priorizando reconhecimento precoce, resposta imediata e qualidade da assistência.

2 CAMPO DE APLICAÇÃO/ABRANGÊNCIA

Aplica-se a todos os profissionais de saúde que atuam no Atendimento Pré-Hospitalar Móvel (APH), integrantes das equipes da Unidade de Suporte Básico (USB) de Cristino Castro.

3 RESPONSÁVEIS

PROFISSIONAL	RESPONSABILIDADE
Equipe da USB	Realizar comunicação clara, objetiva e precisa com a Central de Regulação.
Condutor	Auxiliar na comunicação quando necessário e garantir uso adequado dos dispositivos.

Regulação Médica	Receber, analisar as informações e orientar a conduta assistencial.
Coordenação/Supervisão	Garantir o cumprimento do fluxo e a qualidade da comunicação.

4 DEFINIÇÃO

Processo padronizado de troca de informações entre a equipe de campo e a Central de Regulação, utilizando rádio ou telefonia, com o objetivo de orientar a assistência, registrar ocorrências e garantir a segurança do atendimento.

- USB – Unidade Suporte Básico
- USA – Unidade Suporte Avançado
- APH - Atendimento Pré-Hospitalar
- RCP – Reanimação Cardiopulmonar
- PCR – Parada cardiorrespiratória
- SBAR – ferramenta de comunicação estruturada, baseada em um acrônimo (Situação, Background/Contexto, Avaliação, Recomendação), utilizada na área da saúde para padronizar a troca de informações clínicas. Seu objetivo é aumentar a segurança do paciente e reduzir erros durante a passagem de plantão, transferências ou situações críticas.
- EPI - Equipamentos de Proteção Individual

5 MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Rádio comunicador funcional
- Aparelho telefônico institucional
- Rede de comunicação ativa
- Formulário ou sistema de registro
- Caneta ou dispositivo eletrônico

6 PROCEDIMENTO

A comunicação deve seguir o modelo SBAR:

- **S** – Situação: identificação da equipe e motivo do contato
- **B** – Breve histórico: informações clínicas relevantes do paciente
- **A** – Avaliação: condição atual do paciente, incluindo classificação de gravidade (estável, instável ou em parada cardiorrespiratória – PCR)

- **R** – Recomendação: solicitação ou necessidade direcionada à Central de Regulação
- Procedimento Operacional: Estabelecer contato com a Central de Regulação ao iniciar o atendimento, conforme protocolo institucional.
- Em casos de paciente inconsciente e sem respiração normal, reconhecer parada cardiorrespiratória (PCR) e iniciar imediatamente RCP, sem atrasos para comunicação.
- Identificar-se corretamente, informando nome da equipe/unidade e profissional.
- Informar de forma objetiva a localização, tipo de ocorrência e situação inicial do paciente.
- Utilizar linguagem técnica padronizada, evitando termos ambíguos.
- Manter comunicação contínua em casos graves ou instáveis.
- Garantir que a comunicação com a regulação não interrompa compressões torácicas durante RCP.
- Informar a evolução clínica do paciente sempre que necessário.
- Solicitar apoio (USB, USA ou outros serviços) quando indicado.
- Confirmar o recebimento das orientações da regulação.
- Registrar todas as comunicações realizadas em instrumento próprio.
- Informar à Central o desfecho da ocorrência (encaminhamento, óbito, liberação no local, entre outros).
- Realizar comunicação imediata em situações de risco iminente de morte ou instabilidade grave.
- Assegurar a ativação rápida do sistema de emergência conforme os princípios da cadeia de sobrevivência.

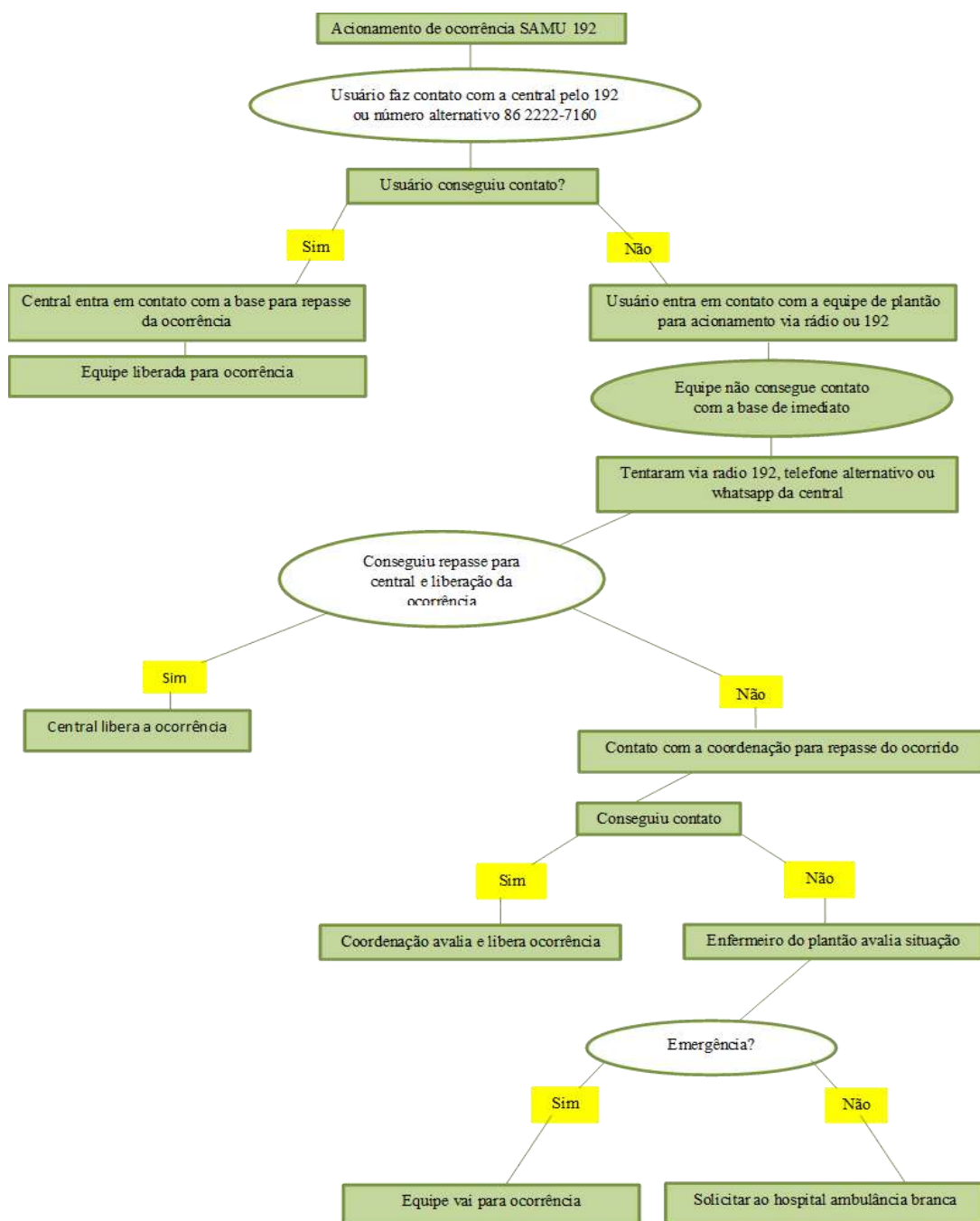
7 CONDUTAS DE ENFERMAGEM

- Realizar comunicação clínica qualificada com a Central de Regulação.
- Fornecer informações precisas sobre sinais vitais, avaliação clínica e intervenções realizadas.
- Garantir registro adequado das orientações recebidas.
- Auxiliar na tomada de decisão baseada nas orientações da regulação médica.
- Comunicar intercorrências durante o transporte.

8 BIOSSEGURANÇA

- Higienizar as mãos antes e após o atendimento.
- Evitar contaminação dos dispositivos de comunicação.
- Utilizar EPIs conforme risco da ocorrência.
- Realizar limpeza dos equipamentos após uso, quando necessário.

9 FLUXOGRAMA VISUAL



Fonte: Elaboração própria – Gestão da Qualidade em Saúde, 2026.

9.2 Fluxo de comunicação



FLUXO DE COMUNICAÇÃO COM A CENTRAL DE REGULAÇÃO POR RÁDIO E TELEFONIA



1 OBJETIVO

Estabelecer procedimentos padronizados para a conferência e o controle diário de materiais e medicamentos da Unidade de Suporte Básico (USB), garantindo a disponibilidade, integridade, validade e funcionamento adequado dos recursos, assegurando a qualidade da assistência e a segurança do paciente. O atendimento deve seguir os princípios da cadeia de sobrevivência, priorizando reconhecimento precoce, resposta imediata e qualidade da assistência.



2 CAMPO DE APLICAÇÃO/ABRANGÊNCIA

Aplica-se a todos os profissionais de saúde que atuam no Atendimento Pré-Hospitalar Móvel (APH), integrantes das equipes da Unidade de Suporte Básico (USB) de Cristino Castro.



4 DEFINIÇÃO

Processo padronizado de troca de informações entre a equipe de campo e a Central de Regulação, utilizando rádio ou telefonia, com o objetivo de orientar a assistência, registrar ocorrências e garantir a segurança do atendimento.

- **USB** – Unidade Suporte Básico
- **USA** – Unidade Suporte Avançado
- **APH** – Atendimento Pré-Hospitalar
- **RCP** – Reanimação Cardiopulmonar
- **PCR** – Parada cardiorrespiratória
- **SBAR** – ferramenta de comunicação estruturada, baseada em um acrônimo (Situação, Background/Contexto, Avaliação, Recomendação), utilizada na área da saúde para padronizar a troca de informações clínicas. Seu objetivo é aumentar a segurança do paciente e reduzir erros durante a passagem de plantão, transferências ou situações críticas.
- **EPI** – Equipamentos de Proteção Individual



5 MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Rádio comunicador funcional
- Aparelho telefônico institucional
- Rede de comunicação ativa
- Formulário ou sistema de registro
- Caneta ou dispositivo eletrônico



3 RESPONSÁVEIS

PROFISSIONAL	RESPONSABILIDADE
 Equipe da USB	Realizar comunicação clara, objetiva e precisa com a Central de Regulação.
 Condutor	Auxiliar na comunicação quando necessário e garantir uso adequado dos dispositivos.
 Regulação Médica	Receber, analisar as informações e orientar a conduta assistencial.
 Coordenação/Supervisão	Garantir o cumprimento do fluxo e a qualidade da comunicação.

6 PROCEDIMENTO

A comunicação deve seguir o modelo SBAR:

S	S – Situação: identificação da equipe e motivo do contato
B	B – Breve histórico: informações clínicas relevantes do paciente
A	A – Avaliação: condição atual do paciente, incluindo classificação de gravidade (estável, instável ou em parada cardiorrespiratória – PCR)
R	R – Recomendação: solicitação ou necessidade direcionada à Central de Regulação

- **Procedimento Operacional:** Estabelecer contato com a Central de Regulação ao iniciar o atendimento, conforme protocolo institucional.
- Em casos de paciente inconsciente e sem respiração normal, reconhecer parada cardiorrespiratória (PCR) e iniciar imediatamente RCP, sem atrasos para comunicação.
- Identificar-se corretamente, informando nome da equipe/unidade e profissional.
- Informar de forma objetiva e localização, tipo de ocorrência e situação inicial do paciente.
- Utilizar linguagem técnica padronizada, evitando termos ambíguos.
- Manter comunicação contínua em casos graves ou instáveis.
- Garantir que a comunicação com a regulação não interrompa compressões torácicas durante RCP.
- Informar a evolução clínica do paciente sempre que necessário.
- Solicitar apoio (USB, USA ou outros serviços) quando indicado.
- Confirmar o recebimento das orientações da regulação.
- Registrar todas as comunicações realizadas em instrumento próprio.
- Informar à Central o desfecho da ocorrência (encaminhamento, óbito, liberação no local, entre outros).
- Realizar comunicação imediata em situações de risco iminente de morte ou instabilidade grave.
- Assegurar a ativação rápida do sistema de emergência conforme os princípios da cadeia de sobrevivência.



7 CONDUTAS DE ENFERMAGEM

- Realizar comunicação clínica qualificada com a Central de Regulação.
- Fornecer informações precisas sobre sinais vitais, avaliação clínica e intervenções realizadas.
- Garantir registro adequado das orientações recebidas.
- Auxiliar na tomada de decisão baseada nas orientações da regulação médica.
- Comunicar intercorrências durante o transporte.



8 BIOSSEGURANÇA

- Higienizar as mãos antes e após o atendimento.
- Evitar contaminação dos dispositivos de comunicação.
- Utilizar EPIs conforme risco da ocorrência.
- Realizar limpeza dos equipamentos após uso, quando necessário.

ATENÇÃO!

A comunicação rápida, clara e eficiente pode salvar vidas.



CADEIA DE SOBREVIVÊNCIA

Reconhecimento precoce → Resposta imediata → Suporte avançado → Recuperação

9 FLUXOGRAMA VISUAL



Fonte: Elaborado pelo autor com o auxílio do ChatGPT (OpenAI, 2026).

10 REFERÊNCIAS

AMERICAN HEART ASSOCIATION. **American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care**. Dallas: American Heart Association, 2025. Disponível em: <https://www.ahajournals.org>. Acesso em: 19 mar. 2026.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN nº 713/2022**. [S. l.]: COFEN, 2022. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br>. Acesso em: 18 mar. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 3/2017**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <https://www.gov.br/saude>. Acesso em: 18 mar. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **SAMU 192 – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [202-?]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude>. Acesso em: 18 mar. 2026.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP-SAMU- 004 REGISTRO E PREENCHIMENTO DA FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ- HOSPITALAR (APH)	Versão	1.0 (1ª Edição)
		Data de Elaboração	Junho/2026
		Data de Aprovação	10/09/2026
		Página	1 de 6
Elaborado por:	Verificado por:	Aprovado por:	
Cristiane de Araújo Santos- Enfermeira – Coren/PI nº 340.498; Giovanna Jacobina Alencar-Enfermeira – Coren/PI nº 705.877.	Emanuel Vitor Dantas Oliveira - Enfermeiro – Coordenação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) – Coren/PI nº 553.104.	Equipe Multiprofissional do SAMU (Registrado em Livro Ata); Secretaria Municipal de Saúde (SMS); Conselho Municipal de Saúde (CMS).	

1 OBJETIVO

Padronizar o registro e o preenchimento da Ficha de Atendimento Pré-Hospitalar (APH), garantindo a qualidade das informações, a segurança jurídica dos profissionais e a continuidade da assistência ao paciente. O atendimento deve seguir os princípios da cadeia de sobrevivência, priorizando reconhecimento precoce, resposta imediata e qualidade da assistência.

2 CAMPO DE APLICAÇÃO/ABRANGÊNCIA

Aplica-se a todos os profissionais que atuam no Atendimento Pré-Hospitalar Móvel (APH), responsáveis pelo registro das informações assistenciais.

3 RESPONSÁVEIS

PROFISSIONAL	RESPONSABILIDADE
Equipe da USB	Realizar o preenchimento completo, legível e fidedigno da ficha de APH.
Profissional responsável pelo atendimento	Garantir a veracidade das informações registradas.

Coordenação/Supervisão

Monitorar a qualidade dos registros e orientar a equipe.

4 DEFINIÇÃO

Documento oficial utilizado no Atendimento Pré-Hospitalar para registro das informações do paciente, do atendimento realizado, das condutas adotadas e do desfecho da ocorrência.

- USB – Unidade Suporte Básico
- APH - Atendimento Pré-Hospitalar
- RCP – Reanimação Cardiopulmonar
- PCR – Parada cardiorrespiratória
- RCE - Retorno da circulação espontânea
- EPI - Equipamentos de Proteção Individual

5 MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Ficha de Atendimento Pré-Hospitalar (física ou eletrônica)
- Caneta ou dispositivo eletrônico institucional
- Prancheta (quando aplicável)

6 PROCEDIMENTO

- Preencher a ficha de APH durante ou imediatamente após o atendimento, registrando de forma cronológica.
- Utilizar letra legível e evitar abreviações não padronizadas.
- Informar data, horário e local da ocorrência.
- Descrever o tipo de ocorrência e a queixa principal.
- Registrar sinais vitais e avaliação clínica do paciente.
- Descrever os achados do exame físico.
- Registrar horário de identificação da parada cardiorrespiratória (PCR) (quando aplicável).
- Registrar horário de início da RCP.
- Registrar tempo até desfibrilação (quando realizada).
- Registrar presença ou ausência de retorno da circulação espontânea (RCE).
- Registrar todos os procedimentos realizados pela equipe.
- Anotar medicamentos administrados (nome, dose, via e horário).
- Registrar orientações recebidas da Central de Regulação, quando houver.
- Informar o destino do paciente (hospital, permanência no local, óbito, etc.).

- Identificar o profissional responsável pelo atendimento (nome e categoria).
- Garantir que o registro seja legível, sem rasuras e completo.
- Em caso de erro, realizar correção conforme norma (sem uso de corretivo, mantendo legibilidade).
- Registrar tempo de resposta da equipe e tempo de transporte até a unidade de destino.

7 CONDUTAS DE ENFERMAGEM

- Assegurar o correto preenchimento da ficha de APH.
- Garantir a qualidade e a completude dos registros assistenciais.
- Registrar avaliação clínica detalhada e evolução do paciente.
- Supervisionar, quando necessário, o preenchimento pela equipe.
- Utilizar linguagem técnica e padronizada.

8 BIOSSEGURANÇA

- Higienizar as mãos antes e após o atendimento.
- Evitar contaminação da ficha durante o atendimento.
- Utilizar EPIs conforme risco da ocorrência.
- Manter documentos em local limpo e protegido.

9 FLUXOGRAMA VISUAL

9.1 Fluxo de Atendimento Pré-hospitalar



FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR (APH) FLUXOGRAMA VISUAL – PASSO A PASSO



IMPORTANTE: A qualidade do registro garante continuidade da assistência, segurança jurídica e melhora da qualidade do atendimento.

Fonte: Elaborado pelo autor com o auxílio do ChatGPT (OpenAI, 2026).

9.2 Ficha de Atendimento Pré-Hospitalar

		GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE-SESAPI SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA – SAMU 192 REGISTRO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR												
DATA: ____/____/____		MUNICÍPIO: _____		Saída do P.A.: _____ Saída do local: _____ Saída do hospital: _____										
PRO: _____ COD: _____		Chegada ao Local: _____ Chegada no Hospital: _____ Chegada ao P.A.: _____												
DADOS DO CHAMADO / IDENTIFICAÇÃO DO PACT		ENDEREÇO: Rua/av: _____ Nº _____ Bairro: _____ PONTO DE REFERÊNCIA: _____ Complemento: _____ IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE: Nome/característica física: _____ DN: ____/____/____ Idade: ____ 1. Dia 2. Mês 3. Ano 4. Ignorado (obs. se idade ignorado preencher 999) SEXO: ☐ 1. Masculino ☐ 2. Feminino ☐ 3. LGBTQI+ INDÍCIOS DE INGESTÃO DE BEBIDA ALCOOLICA: ☐ 1. Sim ☐ 2. Não ☐ 9. Ignorado												
TIPO DE OCORRÊNCIA		TIPO DE OCORRÊNCIA ☐ 01. Urgência Clínica 09. Queda 17. Transferência 02. Urgência Pediátrica 10. Envenenamento 18. Já removido 03. Urgência Obstétrica 11. Tentativa de Suicídio 19. Falso Chamado 04. Urgência Psiquiátrica 12. Choque Elétrico 20. Outros _____ 05. Acidente de Trânsito 13. Agressão Física – FAF 06. COVID-19 14. Agressão Física – FAB 07. Afogamento 15. Agressão Física – Espancamento 08. Queimadura 16. Exames Complementares USO DE EQUIPAMENTO DE SEGURANÇA: ☐ Capacete ☐ Cinto de Segurança ☐ Airbag ☐ Assento para Criança ☐ Não sabe informar												
EXAME FÍSICO		*GLASGOW ☐ DOR ☐ ESCALA DA DOR de 0 a 10 0 _____ 3 _____ 7 _____ 10 _____ Zero=Sem dor; De 1 a 3= Leve De 3 a 7= Moderada; De 7 a 10= Intensa <table border="1"> <tr> <td> *ABERTURA OCULAR 4 – Espontânea 3 – Ao Som 2 – À Pressão 1 – Ausente NT – Não Testável </td> <td> *RESPOSTA VERBAL 5 – Orientada 4 – Confusa 3 – Palavras 2 – Sons 1 – Ausente NT – Não Testável </td> <td> *RESPOSTA MOTORA 6 – A ordens 5 – Localizadora 4 – Flexão normal 3 – Flexão anormal 2 – Extensão 1 – Ausente NT – Não Testável </td> <td> SANGRAMENTO ☐ 1. Sim 2. Não FRATURAS ☐ 1. Sim 2. não 3. Suspeita Exposta ☐ Fechada ☐ </td> <td> Marcar lateralidade da lesão  Local da Lesão SCQ: ____ % </td> </tr> </table> <table border="1"> <tr> <td> PUPILAS Iguais ☐ Desiguais ☐ Normais ☐ Contraídas ☐ Dilatadas ☐ </td> <td> PULSO ☐ CENTRAL ☐ RADIAL 1. Forte 2. Fino 3. Ausente </td> <td> SINAIS VITAIS 1ª FC _____ bpm R _____ rpm T _____ °C P.A _____ mmHg Sat. O2 _____ % GCAP _____ mg/dL </td> <td> SINAIS VITAIS 2ª FC _____ bpm R _____ rpm T _____ °C P.A _____ mmHg Sat. O2 _____ % GCAP _____ mg/dL </td> </tr> </table>				*ABERTURA OCULAR 4 – Espontânea 3 – Ao Som 2 – À Pressão 1 – Ausente NT – Não Testável	*RESPOSTA VERBAL 5 – Orientada 4 – Confusa 3 – Palavras 2 – Sons 1 – Ausente NT – Não Testável	*RESPOSTA MOTORA 6 – A ordens 5 – Localizadora 4 – Flexão normal 3 – Flexão anormal 2 – Extensão 1 – Ausente NT – Não Testável	SANGRAMENTO ☐ 1. Sim 2. Não FRATURAS ☐ 1. Sim 2. não 3. Suspeita Exposta ☐ Fechada ☐	Marcar lateralidade da lesão  Local da Lesão SCQ: ____ %	PUPILAS Iguais ☐ Desiguais ☐ Normais ☐ Contraídas ☐ Dilatadas ☐	PULSO ☐ CENTRAL ☐ RADIAL 1. Forte 2. Fino 3. Ausente	SINAIS VITAIS 1ª FC _____ bpm R _____ rpm T _____ °C P.A _____ mmHg Sat. O2 _____ % GCAP _____ mg/dL	SINAIS VITAIS 2ª FC _____ bpm R _____ rpm T _____ °C P.A _____ mmHg Sat. O2 _____ % GCAP _____ mg/dL
*ABERTURA OCULAR 4 – Espontânea 3 – Ao Som 2 – À Pressão 1 – Ausente NT – Não Testável	*RESPOSTA VERBAL 5 – Orientada 4 – Confusa 3 – Palavras 2 – Sons 1 – Ausente NT – Não Testável	*RESPOSTA MOTORA 6 – A ordens 5 – Localizadora 4 – Flexão normal 3 – Flexão anormal 2 – Extensão 1 – Ausente NT – Não Testável	SANGRAMENTO ☐ 1. Sim 2. Não FRATURAS ☐ 1. Sim 2. não 3. Suspeita Exposta ☐ Fechada ☐	Marcar lateralidade da lesão  Local da Lesão SCQ: ____ %										
PUPILAS Iguais ☐ Desiguais ☐ Normais ☐ Contraídas ☐ Dilatadas ☐	PULSO ☐ CENTRAL ☐ RADIAL 1. Forte 2. Fino 3. Ausente	SINAIS VITAIS 1ª FC _____ bpm R _____ rpm T _____ °C P.A _____ mmHg Sat. O2 _____ % GCAP _____ mg/dL	SINAIS VITAIS 2ª FC _____ bpm R _____ rpm T _____ °C P.A _____ mmHg Sat. O2 _____ % GCAP _____ mg/dL											
CONDUTAS		☐ RCP ☐ Pranchamento ☐ Ass. Obstétrica ☐ Acesso Venoso ☐ Aspiração ☐ Colar Cervical ☐ Monitorização ☐ Contenção Mecânica ☐ Oxigênio ☐ KED ☐ Torniquetes ☐ Manta Térmica ☐ Curativa ☐ Imobilização de extremidades ☐ Orientação da CRM ☐ Glicemia ☐ Marcapasso Transcutâneo ☐ Prevenção de Quedas ☐ Punção intra Óssea ☐ Outros _____												
DESTINO		HOSPITAL DE DESTINO _____ ☐ NÃO REMOVIDO CONDIÇÕES DE ENTRADA NO HOSPITAL: ☐ 1. Melhorado 2. Piorado 3. Inalterado OBITO ☐ 1. Antes do Socorro 2. Antes do Transporte 3. Durante o Transporte 4. Na entrada do Hospital de Destino												
OBSERVAÇÕES		_____ _____ _____ _____ _____												
Responsável pela recepção _____		SOCORRISTAS: Médico (a) _____ Enfermeiro(a) _____ Aux/Tec. Enfermagem _____ condutor (a) _____												

10 REFERÊNCIAS

AMERICAN HEART ASSOCIATION. **American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care**. Dallas: American Heart Association, 2025. Disponível em: <https://www.ahajournals.org>. Acesso em: 19 mar. 2026.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN nº 713/2022**. [S. l.]: COFEN, 2022. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br>. Acesso em: 18 mar. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 3/2017**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <https://www.gov.br/saude>. Acesso em: 18 mar. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **SAMU 192 – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [202-?]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude>. Acesso em: 18 mar. 2026.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP-SAMU- 005 ACIONAMENTO DE APOIO (USA OU POLÍCIA/BOMBEIROS)	Versão	1.0 (1ª Edição)
		Data de Elaboração	Junho/2026
		Data de Aprovação	10/09/2026
		Página	1 de 6
Elaborado por:	Verificado por:	Aprovado por:	
Cristiane de Araújo Santos- Enfermeira – Coren/PI nº 340.498; Giovanna Jacobina Alencar-Enfermeira – Coren/PI nº 705.877.	Emanuel Vitor Dantas Oliveira - Enfermeiro – Coordenação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) – Coren/PI nº 553.104.	Equipe Multiprofissional do SAMU (Registrado em Livro Ata); Secretaria Municipal de Saúde (SMS); Conselho Municipal de Saúde (CMS).	

1 OBJETIVO

Padronizar o acionamento de serviços de apoio, incluindo Unidade de Suporte Avançado (USA), Polícia Militar ou Corpo de Bombeiros, garantindo agilidade, segurança e adequada tomada de decisão durante ocorrências pré-hospitalares. O atendimento deve seguir os princípios da cadeia de sobrevivência, priorizando reconhecimento precoce, resposta imediata e qualidade da assistência.

2 CAMPO DE APLICAÇÃO/ABRANGÊNCIA

Aplica-se a todos os profissionais que atuam no Atendimento Pré-Hospitalar Móvel (APH) e necessitam acionar apoio externo para segurança, transporte ou atendimento especializado.

3 RESPONSÁVEIS

PROFISSIONAL	RESPONSABILIDADE
Equipe da USB	Identificar a necessidade de acionamento e realizar a comunicação adequada.
Condutor	Auxiliar no contato e garantir deslocamento seguro da viatura.
Regulação Médica	Autorizar, orientar e acompanhar a solicitação de apoio especializado.

Coordenação/Supervisão

Monitorar o acionamento e apoiar na tomada de decisão, garantindo que protocolos institucionais sejam seguidos.

4 DEFINIÇÃO

Procedimento que estabelece a forma padronizada de comunicação e acionamento de serviços de apoio externo (USA, Polícia ou Bombeiros), garantindo a segurança da equipe, do paciente e da ocorrência.

- USB – Unidade Suporte Básico
- USA – Unidade Suporte Avançado
- APH - Atendimento Pré-Hospitalar
- RCP – Reanimação Cardiopulmonar
- PCR – Parada cardiorrespiratória
- RCE - Retorno da circulação espontânea
- EPI - Equipamentos de Proteção Individual

5 MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Rádio comunicador funcional
- Telefone institucional
- Lista de contatos atualizada de serviços de apoio
- Formulário ou sistema de registro de ocorrências
- Caneta ou dispositivo eletrônico)

6 PROCEDIMENTO

1. Avaliar a segurança da cena antes de qualquer intervenção, garantindo proteção da equipe.
2. Avaliar a necessidade de apoio especializado durante o atendimento.
3. Determinar qual serviço é necessário:
 - Unidade de Suporte Avançado (USA): necessidade de suporte avançado ou transporte crítico.
 - Polícia: situação de risco à equipe ou paciente, ocorrência criminal.
 - Bombeiros: resgate, incêndio, salvamento ou evacuação.
4. Considerar acionamento imediato da USA em casos de: parada cardiorrespiratória (PCR), instabilidade hemodinâmica grave ou necessidade de via aérea avançada.
5. Manter RCP de alta qualidade, com compressões eficazes e mínimas interrupções, durante a solicitação e aguardo do apoio

6. Contatar o serviço de apoio pelo rádio ou telefone institucional.
7. Identificar-se corretamente, informando:
 - Unidade/equipe
 - Profissional responsável
 - Localização
 - Tipo de ocorrência
8. Descrever objetivamente a situação e justificar o acionamento.
9. Solicitar orientação ou deslocamento imediato conforme protocolo da regulação.
10. Confirmar recebimento das instruções e aguardar confirmação de chegada do apoio.
11. Registrar todo o acionamento em instrumento próprio (ficha, e-SUS APS ou livro de ocorrências).
12. Manter comunicação contínua se houver evolução crítica ou intercorrências.
13. Informar desfecho do acionamento (chegada do apoio, resolução, transferência do paciente, etc.).

7 CONDUTAS DE ENFERMAGEM

- Avaliar risco e necessidade de apoio de forma rápida e criteriosa.
- Realizar comunicação objetiva e clara com o serviço de apoio.
- Registrar todas as informações relevantes do acionamento.
- Manter segurança da equipe e do paciente durante o processo.
- Auxiliar na execução das condutas recomendadas pelo serviço acionado.

8 BIOSSEGURANÇA

- Utilizar EPIs de acordo com a situação e risco da ocorrência.
- Higienizar mãos antes e após contato com pacientes e equipamentos.
- Evitar contaminação de equipamentos de comunicação.
- Garantir segurança da ficha ou sistema de registro durante o acionamento.

9 FLUXOGRAMA VISUAL

9.1 Acionamento de Apoio



ACIONAMENTO DE APOIO (USA OU POLÍCIA/BOMBEIROS)



USA

POLÍCIA

BOMBEIROS

1 OBJETIVO

Padronizar o acionamento de serviços de apoio, incluindo Unidade de Suporte Avançado (USA), Polícia Militar ou Corpo de Bombeiros, garantindo agilidade, segurança e adequada tomada de decisão durante ocorrências pré-hospitalares. O atendimento deve seguir os princípios da cadeia de sobrevivência, priorizando reconhecimento precoce, resposta imediata e qualidade da assistência.

2 CAMPO DE APLICAÇÃO/ABRANGÊNCIA

Aplica-se a todos os profissionais que atuam no Atendimento Pré-Hospitalar Móvel (APH) e necessitam acionar apoio externo para segurança, transporte ou atendimento especializado.

3 RESPONSÁVEIS

PROFISSIONAL	RESPONSABILIDADE
Equipe da USB	Identificar a necessidade de acionamento e realizar a comunicação adequada.
Condutor	Auxiliar no contato e garantir deslocamento seguro da viatura.
Regulação Médica	Autorizar, orientar e acompanhar a solicitação de apoio especializado.
Coordenação/Supervisão	Monitorar o acionamento e apoiar na tomada de decisão, garantindo que protocolos institucionais sejam seguidos.

4 DEFINIÇÃO

Procedimento que estabelece a forma padronizada de comunicação e acionamento de serviços de apoio externo (USA, Polícia ou Bombeiros), garantindo a segurança da equipe, do paciente e da ocorrência.

- USB – Unidade Suporte Básico
- USA – Unidade Suporte Avançado
- APH – Atendimento Pré-Hospitalar
- RCP – Reanimação Cardiopulmonar
- PCR – Parada cardiorrespiratória
- RCE – Retorno da circulação espontânea
- EPI – Equipamentos de Proteção Individual

5 MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Rádio comunicador funcional
- Telefone institucional
- Lista de contatos atualizada de serviços de apoio
- Formulário ou sistema de registro de ocorrências
- Caneta ou dispositivo eletrônico

6 PROCEDIMENTO

1. Avaliar a segurança da cena antes de qualquer intervenção, garantindo proteção da equipe.
2. Avaliar a necessidade de apoio especializado durante o atendimento.
3. Determinar qual serviço é necessário:
 - **Unidade de Suporte Avançado (USA):** necessidade de suporte avançado ou transporte crítico.
 - **Polícia:** situação de risco à equipe ou paciente, ocorrência criminal.
 - **Bombeiros:** resgate, incêndio, salvamento ou evacuação.
4. Considerar acionamento imediato da USA em casos de: parada cardiorrespiratória (PCR), instabilidade hemodinâmica grave ou necessidade de via aérea avançada.
5. Manter RCP de alta qualidade, com compressões eficazes e mínimas interrupções, durante a solicitação e aguardo do apoio.
6. Contatar o serviço de apoio pelo rádio ou telefone institucional.
7. Identificar-se corretamente, informando:
 - Unidade/equipe
 - Profissional responsável
 - Localização
 - Tipo de ocorrência
8. Descrever objetivamente a situação e justificar o acionamento.
9. Solicitar orientação ou deslocamento imediato conforme protocolo.
10. Confirmar recebimento das instruções e aguardar a chegada do apoio.
11. Registrar todo o acionamento em instrumento próprio (ficha, e-SUS APS ou livro de ocorrências).
12. Manter comunicação contínua se houver evolução crítica ou intercorrências.
13. Informar desfecho do acionamento (chegada do apoio, resolução, transferência do paciente, etc.).

7 CONDUTAS DE ENFERMAGEM

- Avaliar risco e necessidade de apoio de forma rápida e criteriosa.
- Realizar comunicação objetiva e clara com o serviço de apoio.
- Registrar todas as informações relevantes do acionamento.
- Manter segurança da equipe e do paciente durante o processo.
- Auxiliar na execução das condutas recomendadas pelo serviço acionado.

8 BIOSSEGURANÇA

- Utilizar EPIs de acordo com a situação e risco da ocorrência.
- Higienizar mãos antes e após contato com pacientes e equipamentos.
- Evitar contaminação de equipamentos de comunicação.
- Garantir segurança da ficha ou sistema de registro durante o acionamento.

FLUXOGRAMA – PASSO A PASSO



LEMBRE-SE!

Comunicação clara, rápida e precisa salva vidas e garante a segurança de todos!



SEGURANÇA DA EQUIPE • SEGURANÇA DO PACIENTE • ATENDIMENTO DE QUALIDADE



Fonte: Elaborado pelo autor com o auxílio do ChatGPT (OpenAI, 2026).

9.2 Lista de contatos atualizada



ACIONAMENTO DE APOIO

(USA OU POLÍCIA/BOMBEIROS)





1 OBJETIVO

Padronizar o acionamento de serviços de apoio, incluindo Unidade de Suporte Avançado (USA), Polícia Militar ou Corpo de Bombeiros, garantindo agilidade, segurança e adequada tomada de decisão durante ocorrências pré-hospitalares. O atendimento deve seguir os princípios da cadeia de sobrevivência, priorizando reconhecimento precoce, resposta imediata e qualidade da assistência.

2 CAMPO DE APLICAÇÃO/ABRANGÊNCIA

Aplica-se a todos os profissionais que atuam no Atendimento Pré-Hospitalar Móvel (APH) e necessitam acionar apoio externo para segurança, transporte ou atendimento especializado.

3 RESPONSÁVEIS

PROFISSIONAL	RESPONSABILIDADE
Equipe da USB	Identificar a necessidade do acionamento e realizar a comunicação adequada.
Condutor	Auxiliar no contato e garantir deslocamento seguro da viatura.
Regulação Médica	Autorizar, orientar e acompanhar a solicitação de apoio especializado.
Coordenação/Supervisão	Monitorar o acionamento e apoiar na tomada de decisão, garantindo que protocolos institucionais sejam seguidos.

4 DEFINIÇÃO

Procedimento que estabelece a forma padronizada de comunicação e acionamento de serviços de apoio externo (USA, Polícia ou Bombeiros), garantindo a segurança da equipe, do paciente e da ocorrência.

- USB – Unidade Suporte Básico
- USA – Unidade Suporte Avançado
- APH – Atendimento Pré-Hospitalar
- RCP – Reanimação Cardiopulmonar
- PCR – Parada cardiorrespiratória
- RCE – Retorno da circulação espontânea
- EPI – Equipamentos de Proteção Individual

5 MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Rádio comunicador funcional
- Telefone institucional
- Lista de contatos atualizada de serviços de apoio
- Formulário ou sistema de registro de ocorrências
- Caneta ou dispositivo eletrônico

6 CONDUTAS DE ENFERMAGEM

- Avaliar risco e necessidade de apoio de forma rápida e criteriosa.
- Realizar comunicação objetiva e clara com o serviço de apoio.
- Registrar todas as informações relevantes do acionamento.
- Manter segurança da equipe e do paciente durante o processo.
- Auxiliar na execução das condutas recomendadas pelo serviço acionado.

7 BIOSSEGURANÇA

- Utilizar EPIs de acordo com a situação e risco da ocorrência.
- Higienizar mãos antes e após contato com pacientes e equipamentos.
- Evitar contaminação de equipamentos de comunicação.
- Garantir segurança da ficha ou sistema de registro durante o acionamento.

PROCEDIMENTO – PASSO A PASSO

1. Avaliar a segurança da cena antes de qualquer intervenção, garantindo proteção da equipe.
2. Avaliar a necessidade de apoio especializado durante o atendimento.
3. Determinar qual serviço é necessário:
 - **USA:** necessidade de suporte avançado ou transporte crítico.
 - **POLÍCIA:** situação de risco à equipe ou paciente, ocorrência criminal.
 - **BOMBEIROS:** resgate, incêndio, salvamento ou evacuação.
4. Considerar acionamento imediato da USA em casos de PCR, instabilidade hemodinâmica grave ou necessidade de via aérea avançada.
5. Manter RCP de alta qualidade, com compressões eficazes e mínimas interrupções, durante a solicitação e aguardo do apoio.
6. Contatar o serviço de apoio pelo rádio ou telefone institucional.
7. Identificar-se corretamente, informando:
 - Unidade/equipe
 - Profissional responsável
 - Localização
 - Tipo de ocorrência
8. Descrever objetivamente a situação e justificar o acionamento.
9. Solicitar orientação ou deslocamento imediato conforme protocolo da regulação.
10. Confirmar recebimento das instruções e aguardar confirmação de chegada do apoio.
11. Registrar todo o acionamento em instrumento próprio (ficha, e-SUS APS ou livro de ocorrências).
12. Manter comunicação contínua se houver evolução crítica ou intercorrências.
13. Informar desfecho do acionamento (chegada do apoio, resolução, transferência do paciente, etc.).

QUADRO DE CONTATOS E FLUXO DE REFERÊNCIA

1. CONTATOS INTERNOS E REGULAÇÃO

Unidade / Função	Canal de Comunicação	Telefone / Rádio
Central de Regulação (CRMU)	Rádio / Telefone	192 / (86) 2222-7150
Coordenação SAMU Cristino Castro	Telefone / WhatsApp	(86) 98180-5333
Responsabilidade Técnica (RT)	Telefone / WhatsApp	(86) 98180-5333
Secretaria Municipal de Saúde	Institucional	(89) 3563-1366

2. REDE DE REFERÊNCIA (DESTINOS)

Hospital / Unidade	Especialidade	Localização
UBS Local / Unidade Mista Municipal	Suporte Básico / Estabilização	Cristino Castro - PI
Hospital Regional de Bom Jesus	Trauma / Urgência Geral	Bom Jesus - PI
Hospital Regional de Floriano	Alta Complexidade	Floriano - PI

3. APOIO OPERACIONAL E SEGURANÇA

Órgão	Finalidade	Telefone
Polícia Militar (GPM)	Segurança da Cena / Escorta	(86) 99431-9452
Brigada Municipal	Desencarceramento / Incêndio	(89) 98146-4349
PRF (Posto Vinculado)	Acidentes em Rodovia Federal	191
Manutenção / Guincho	Socorro Mecânico da Viatura	(85) 99938-7158

LEGENDA DE ÍCONES

- USA – Unidade de Suporte Avançado
- POLÍCIA – Polícia Militar
- BOMBEIROS – Corpo de Bombeiros
- SEGURANÇA DA CENA
- RCP – Reanimação Cardiopulmonar
- COMUNICAÇÃO POR RÁDIO/TELEFONE
- REGISTRO DE OCORRÊNCIA

IMPORTANTE!

Comunicação clara, rápida e precisa salva vidas e garante a segurança de todos!

SEGURANÇA DA EQUIPE • SEGURANÇA DO PACIENTE • ATENDIMENTO DE QUALIDADE

* Este quadro deve ser mantido atualizado e afixado em local visível na Base e dentro da Unidade (USB). Versão: 01 | Atualizado em: 05/2024

Fonte: Elaborado pelo autor com o auxílio do ChatGPT (OpenAI, 2026).

10 REFERÊNCIAS

AMERICAN HEART ASSOCIATION. **American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care**. Dallas: American Heart Association, 2025. Disponível em: <https://www.ahajournals.org>. Acesso em: 19 mar. 2026.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN nº 713/2022**. [S. l.]: COFEN, 2022. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br>. Acesso em: 18 mar. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 3/2017**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <https://www.gov.br/saude>. Acesso em: 18 mar. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **SAMU 192 – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [202-?]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude>. Acesso em: 18 mar. 2026.



SECRETARIA
MUNICIPAL DE
SAÚDE



PREFEITURA
**CRISTINO
CASTRO**
Mais trabalho, mais futuro!



BLOCO II: BIOSSEGURANÇA E HIGIENE

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP-SAMU- 006 HIGIENIZAÇÃO SIMPLES E ANTISSEPTICA DAS MÃOS	Versão	1.0 (1ª Edição)
		Data de Elaboração	Junho/2026
		Data de Aprovação	10/09/2026
		Página	1 de 5
Elaborado por:	Verificado por:	Aprovado por:	
Cristiane de Araújo Santos- Enfermeira – Coren/PI nº 340.498; Giovanna Jacobina Alencar-Enfermeira – Coren/PI nº 705.877.	Emanuel Vitor Dantas Oliveira - Enfermeiro – Coordenação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) – Coren/PI nº 553.104.	Equipe Multiprofissional do SAMU (Registrado em Livro Ata); Secretaria Municipal de Saúde (SMS); Conselho Municipal de Saúde (CMS).	

Coordenação/Supervisão

Garantir o suprimento de insumos (álcool 70%, sabão e papel) para as bases e viaturas.

4 DEFINIÇÃO

Procedimento técnico para remoção de sujidade e redução da carga microbiana das mãos através de fricção mecânica, essencial para interromper a cadeia de transmissão de infecções durante o APH.

- USB: Unidade de Suporte Básico.
- IRAS: Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde.
- Antissepsia: Uso de agentes (álcool 70%) para redução de microrganismos.
- Sujidade Visível: Presença de sangue, fluidos corporais ou terra/poeira nas mãos.
- EPI: Equipamentos de Proteção Individual.

5 MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Dispensador com preparação alcoólica a 70% (fixo na viatura e/ou frasco individual).
- Lavatório com água corrente e sabonete líquido (na base descentralizada e unidades de saúde).
- Papel-toalha descartável.
- Lixeira com tampa e acionamento por pedal.

6 PROCEDIMENTO

1. Avaliar a necessidade: Identificar se há sujidade visível nas mãos.

2. Escolha da Técnica:

- **Com Água e Sabão:** Obrigatória se as mãos estiverem visivelmente sujas, após contato com fluidos ou após uso do banheiro. (Duração: 40-60s).
- **Com Álcool 70%:** Recomendada para a rotina de APH quando não houver sujidade visível, pela rapidez e praticidade dentro da viatura. (Duração: 20-30s).

3. Técnica de Fricção (Ambos os Métodos):

- Aplicar o produto na palma da mão.
- Friccionar palmas entre si.
- Friccionar o dorso das mãos com a palma oposta, entrelaçando os dedos.
- Friccionar espaços interdigitais.
- Friccionar o dorso dos dedos contra a palma oposta.
- Friccionar polegares com movimentos circulares.
- Friccionar polpas digitais e unhas contra a palma (movimento de concha).
- Friccionar os punhos.

4. **Finalização:** No caso de água e sabão, secar com papel descartável. No caso de álcool, friccionar até secar espontaneamente.

5. Momentos Críticos no APH:

- Antes de tocar o paciente.
- Antes de realizar procedimentos limpos (ex.: Glicemia capilar, punção venosa).
- Após risco de exposição a fluidos corporais.
- Após tocar o paciente.
- Após tocar superfícies da viatura ou equipamentos (maca, rádio, monitores).

7 CONDUTAS DE ENFERMAGEM

- Monitorar se o uso de luvas está sendo feito de forma correta (nunca substitui a lavagem das mãos).
- Garantir a higienização das mãos imediatamente após a retirada das luvas.
- Orientar o condutor sobre a importância da higiene das mãos antes de manipular o volante e rádio após auxílio em ocorrências.

8 BIOSSEGURANÇA

- **Adornos:** Manter as mãos livres de anéis, pulseiras e relógios durante o plantão (NR-32).
- **Unhas:** Devem estar curtas e limpas.
- **Proteção de Equipamentos:** Evitar manusear o rádio comunicador ou celular institucional com mãos/luvas contaminadas.
- **Segurança Biológica:** Higienizar as mãos após o descarte de resíduos infectantes da ocorrência.

9 FLUXOGRAMA VISUAL

Ilustração dos 5 momentos da Higienização das Mãos (ANVISA).

HIGIENIZE AS MÃOS: SALVE VIDAS

Higienização Simples das Mãos



1. Abra a torneira e molhe as mãos, evitando encostar na pia.



2. Aplique na palma da mão quantidade suficiente de sabonete líquido para cobrir todas as superfícies das mãos (seguir a quantidade recomendada pelo fabricante).



3. Ensaboe as palmas das mãos, friccionando-as entre si.



4. Esfregue a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda (e vice-versa), entrelaçando os dedos.



5. Entrelace os dedos e fricção os espaços interdigitais.



6. Esfregue o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta (e vice-versa), segurando os dedos, com movimento de vai-e-vem.



7. Esfregue o polegar direito, com o auxílio da palma da mão esquerda (e vice-versa), utilizando movimento circular.



8. Fricção as polpas digitais e unhas da mão esquerda contra a palma da mão direita, fechada em concha (e vice-versa), fazendo movimento circular.



9. Esfregue o punho esquerdo, com o auxílio da palma da mão direita (e vice-versa), utilizando movimento circular.



10. Enxágüe as mãos, retirando os resíduos de sabonete. Evite contato direto das mãos ensaboadas com a torneira.



11. Seque as mãos com papel-toalha descartável, iniciando pelas mãos e seguindo pelos punhos.

Para a técnica de Higienização Anti-séptica das mãos, seguir os mesmos passos e substituir o sabonete líquido comum por um associado a anti-séptico.

10 REFERÊNCIAS

AMERICAN HEART ASSOCIATION. **Diretrizes de RCP e ACE**. Dallas: American Heart Association, 2025.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Segurança do Paciente: Higienização das Mãos**. Brasília, DF: ANVISA, 2024.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN nº 713/2022**. Brasília, DF: COFEN, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Higienização das Mãos em Serviços de Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Versão	1.0 (1ª Edição)
	POP-SAMU- 007	Data de Elaboração	Junho/2026
	LIMPEZA CONCORRENTE E TERMINAL DA AMBULÂNCIA.	Data de Aprovação	10/09/2026
		Página	1 de 9
Elaborado por:	Verificado por:	Aprovado por:	
Cristiane de Araújo Santos- Enfermeira – Coren/PI nº 340.498; Giovanna Jacobina Alencar-Enfermeira – Coren/PI nº 705.877.	Emanuel Vitor Dantas Oliveira - Enfermeiro – Coordenação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) – Coren/PI nº 553.104.	Equipe Multiprofissional do SAMU (Registrado em Livro Ata); Secretaria Municipal de Saúde (SMS); Conselho Municipal de Saúde (CMS).	

1 OBJETIVO

Padronizar os procedimentos de limpeza concorrente e terminal da ambulância, com a finalidade de prevenir a transmissão de microrganismos, reduzir o risco de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) e garantir a segurança do paciente e da equipe no atendimento pré-hospitalar.

2 CAMPO DE APLICAÇÃO/ABRANGÊNCIA

Aplica-se a todos os profissionais que atuam no Atendimento Pré-Hospitalar Móvel (APH), incluindo equipe assistencial, condutores e profissionais de apoio responsáveis pela higienização das viaturas.

3 RESPONSÁVEIS

PROFISSIONAL	RESPONSABILIDADE
Equipe da USB	Realizar a limpeza concorrente após cada atendimento.
Condutor-Socorrista	Auxiliar na organização e encaminhamento da viatura para limpeza quando necessário.
Enfermeiro	Supervisionar o processo, garantir o cumprimento do protocolo e a disponibilidade de insumos.
Equipe de Higienização/Apoio	Executar a limpeza terminal conforme protocolo.

Coordenação/Supervisão

Monitorar a qualidade da limpeza, garantir condições adequadas de trabalho e o preenchimento correto dos registros de limpeza, monitorar indicadores de qualidade da higienização.

4 DEFINIÇÃO

- **Limpeza Concorrente:** Limpeza realizada após cada atendimento, com foco nas superfícies e materiais utilizados.
- **Limpeza Terminal:** Limpeza completa e minuciosa da ambulância, realizada periodicamente ou após ocorrências com risco biológico.
- **Desinfecção:** Processo de eliminação de microrganismos em superfícies inanimadas, geralmente com uso de desinfetantes químicos.
- **Matéria Orgânica:** Presença de sangue, secreções ou outros fluidos corporais.

5 MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Equipamentos de Proteção Individual (luvas, máscara, avental, óculos de proteção)
- Água e detergente neutro
- Desinfetante hospitalar (ex.: hipoclorito de sódio 0,1% a 0,5% ou outro padronizado)
- Álcool 70% (para superfícies pequenas e equipamentos)
- Panos limpos ou descartáveis
- Baldes identificados (água limpa e solução desinfetante)
- Pulverizador (quando aplicável)
- Sacos para resíduos (comum e infectante)
- Escova de limpeza (quando necessário)
- Utilizar padronização de cores de panos (ex.: vermelho = áreas contaminadas; azul = áreas limpas).
- Manter ficha técnica dos produtos disponível para consulta.

6 PROCEDIMENTO**6.1 Limpeza Concorrente (Após cada atendimento)**

- Realizar higienização das mãos conforme protocolo institucional.
- Utilizar EPIs adequados.

- Descartar resíduos conforme classificação (comum ou infectante).
- Remover materiais utilizados e organizar o ambiente.
- Limpar superfícies de contato frequente (maca, grades, suportes, bancos, equipamentos).
- Em caso de sujeira visível, realizar limpeza com água e detergente antes da desinfecção.
- Aplicar desinfetante nas superfícies, respeitando tempo de contato recomendado pelo fabricante.
- Limpar equipamentos reutilizáveis conforme orientação específica.
- Secar superfícies quando necessário.
- Retirar EPIs de forma segura e realizar higienização das mãos.
- Registrar a limpeza, conforme rotina do serviço.
- Tempo mínimo de contato do desinfetante: seguir recomendação do fabricante (ex.: hipoclorito – mínimo de 10 minutos).
- Priorizar limpeza de superfícies de alto toque imediatamente após o atendimento.

6.2 Limpeza Terminal (Diária ou conforme necessidade)

- Realizar higienização das mãos e paramentação completa com EPIs.
- Retirar todos os materiais e equipamentos da ambulância (quando possível).
- Realizar limpeza completa de todas as superfícies internas: teto, paredes, piso, portas, armários e compartimentos.
- Iniciar a limpeza das áreas menos contaminadas para as mais contaminadas (do mais limpo para o mais sujo).
- Utilizar água e detergente para remoção de sujeira.
- Realizar desinfecção de todas as superfícies com produto padronizado.
- Higienizar macas, colchões, cintos de segurança e suportes.
- Limpar cabine do condutor (volante, painel, maçanetas).
- Garantir ventilação do ambiente durante e após o processo.
- Reorganizar materiais e equipamentos após secagem completa.
- Descartar resíduos conforme normas vigentes.
- Retirar EPIs corretamente e higienizar as mãos.
- Registrar a realização da limpeza terminal.
- Frequência mínima: realizar ao menos 1 vez por turno ou a cada 24 horas.
- Utilizar checklists para garantir a execução completa de todas as etapas.

- Validar visualmente a limpeza antes de liberar a viatura para uso.

6.3 Situações Especiais (Risco Biológico)

• Em casos de presença de sangue ou fluidos corporais:

- Utilizar EPIs reforçados (luvas, máscara, óculos e avental impermeável).
- Remover o excesso com material absorvente.
- Realizar limpeza com água e detergente.
- Aplicar desinfetante (ex.: hipoclorito de sódio a 0,5%).
- Em caso de doenças infectocontagiosas:
- Seguir precauções específicas (contato, gotículas ou aerossóis).
- Intensificar a desinfecção de superfícies e equipamentos.
- Isolar a área contaminada até a conclusão da limpeza.
- Descartar todos os materiais utilizados como resíduo infectante.

7 CONDUTAS DE ENFERMAGEM

- Supervisionar a execução da limpeza concorrente e terminal.
- Garantir a utilização correta de EPIs.
- Avaliar a qualidade da higienização da ambulância.
- Orientar a equipe quanto às boas práticas de limpeza e desinfecção.
- Notificar falhas ou riscos à coordenação.
- Atuar na prevenção de IRAS no ambiente pré-hospitalar.
- Aplicar auditorias periódicas utilizando checklist padronizado.
- Monitorar indicadores de qualidade (ex.: taxa de conformidade da limpeza $\geq 95\%$).

8 BIOSSEGURANÇA

- Utilizar EPIs conforme o risco da atividade.
- Higienizar as mãos antes e após os procedimentos.
- Evitar contato direto com matéria orgânica sem proteção.
- Não reutilizar materiais descartáveis.
- Manter produtos químicos identificados e armazenados corretamente.
- Garantir ventilação adequada durante a limpeza.
- Seguir normas do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS).
- Comunicar acidentes ocupacionais imediatamente.
- Realizar capacitação periódica da equipe em biossegurança.

- Garantir disponibilidade contínua de insumos e EPIs.

9 REGISTROS

- Checklist de limpeza da ambulância (concorrente e terminal)
- Notificação de não conformidade
- Arquivamento dos registros por período mínimo definido pela instituição.
- Utilização dos dados para melhoria contínua do serviço.

10 FLUXOGRAMA VISUAL

10.1 Checklist de Limpeza da Ambulância



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
PREFEITURA DE CRISTINO CASTRO
Povo Trabalhador, Futuro Progressor



CHECKLIST DE LIMPEZA E HIGIENIZAÇÃO DA AMBULÂNCIA

DATA: ____/____/____		HORA: ____:____	VIATURA: ____
RESPONSÁVEL: _____			
1. SEGURANÇA E PREPARAÇÃO			
☐ Higienização das mãos realizada	☐ EPIs utilizados corretamente		
☐ Resíduos descartados adequadamente	☐ Materiais utilizados removidos e organizados		
2. MACA E COMPARTIMENTO ASSISTENCIAL			
☐ Maca higienizada e desinfetada	☐ Grades da maca higienizadas		
☐ Colchão da maca higienizado	☐ Cintos de segurança higienizados		
☐ Bancos higienizados	☐ Suportes e corrimãos higienizados		
3. EQUIPAMENTOS E MOBILIÁRIO			
☐ Equipamentos desinfetados	☐ Armários e compartimentos limpos		
☐ Portas e maçanetas higienizadas	☐ Estoque de materiais conferido		
☐ Reposição de insumos realizada			
4. ESTRUTURA INTERNA E CABINE			
☐ Piso limpo e desinfetado	☐ Paredes limpas (quando aplicável)		
☐ Teto limpo (limpeza terminal)	☐ Cabine do condutor higienizada		
☐ Volante higienizado	☐ Painel higienizado		
☐ Comunicação visual sem sujidades	☐ Ventilação da viatura realizada		
5. REGISTRO			
☐ Registro da limpeza preenchido			
OBSERVAÇÕES			
RESPONSABILIDADE E REGISTRO:			
Assinatura do responsável: _____		Data: ____/____/____	

Fonte: Elaboração: Gestão da Qualidade em Saúde, Cristino Castro/PI, 2026.

Fonte: Elaborado pelo autor com o auxílio do ChatGPT (OpenAI, 2026).

10.2 Limpeza Concorrente (Após cada atendimento)

FLUXOGRAMA DE LIMPEZA CONCORRENTE DA AMBULÂNCIA (PÓS-ATENDIMENTO)



Fonte: Elaborado pelo autor com o auxílio do ChatGPT (OpenAI, 2026).

10.3 Limpeza Terminal (Diária ou conforme necessidade)

FLUXOGRAMA DE LIMPEZA TERMINAL DA AMBULÂNCIA



Fonte: Elaborado pelo autor com o auxílio do ChatGPT (OpenAI, 2026).

11 REFERÊNCIAS

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Manual de Limpeza e Desinfecção de Superfícies em Serviços de Saúde**. Brasília, DF: ANVISA, 2020. Disponível em:

<https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/manual-de-limpeza-e-desinfeccao-de-superficies.pdf>. Acesso em: 19 mar. 2026.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Limpeza e Desinfecção de Superfícies**. Brasília, DF: ANVISA, 2010. Disponível em: <https://bibliotecadigital.anvisa.ibr.br/jspui/handle/anvisa/1545>. Acesso em: 19 mar. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre as redes de atenção à saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br>. Acesso em: 19 mar. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [s.d.]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/samu-192>. Acesso em: 19 mar. 2026.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cleaning and disinfection of environmental surfaces in the context of COVID-19**. Genebra: OMS, 2020. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53212>. Acesso em: 19 mar. 2026.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Versão	1.0 (1ª Edição)										
	POP-SAMU- 008	Data de Elaboração	Junho/2026										
	MANEJO E DESCARTE SEGURO DE RESÍDUOS PERFUROCORTANTES NO SAMU (ATENDIMENTO PRÉ- HOSPITALAR MÓVEL)	Data de Aprovação	10/09/2026										
		Página	1 de 6										
Elaborado por:	Verificado por:	Aprovado por:											
Cristiane de Araújo Santos- Enfermeira – Coren/PI nº 340.498; Giovanna Jacobina Alencar-Enfermeira – Coren/PI nº 705.877.	Emanuel Vitor Dantas Oliveira - Enfermeiro – Coordenação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) – Coren/PI nº 553.104.	Equipe Multiprofissional do SAMU (Registrado em Livro Ata); Secretaria Municipal de Saúde (SMS); Conselho Municipal de Saúde (CMS).											
1 OBJETIVO Padronizar o manejo e descarte seguro de resíduos perfurocortantes gerados no SAMU, garantindo segurança ocupacional, assistência segura e proteção ambiental.													
2 CAMPO DE APLICAÇÃO/ABRANGÊNCIA Aplica-se a todos os profissionais do SAMU (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e condutores socorristas) durante atendimentos em unidades móveis (USB e USA) e atividades na base operacional.													
3 RESPONSÁVEIS <table border="1"> <thead> <tr> <th>PROFISSIONAL</th> <th>RESPONSABILIDADE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Equipe da USB</td> <td>realizar descarte imediato no local de geração (ambulância ou cena).</td> </tr> <tr> <td>Condutor-Socorrista</td> <td>auxiliar na organização e transporte seguro.</td> </tr> <tr> <td>Coordenação/Supervisão</td> <td>garantir treinamento, fornecimento de insumos e destino final adequado.</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Todo profissional gerador do resíduo é responsável pelo descarte imediato.</td> </tr> </tbody> </table>				PROFISSIONAL	RESPONSABILIDADE	Equipe da USB	realizar descarte imediato no local de geração (ambulância ou cena).	Condutor-Socorrista	auxiliar na organização e transporte seguro.	Coordenação/Supervisão	garantir treinamento, fornecimento de insumos e destino final adequado.		Todo profissional gerador do resíduo é responsável pelo descarte imediato.
PROFISSIONAL	RESPONSABILIDADE												
Equipe da USB	realizar descarte imediato no local de geração (ambulância ou cena).												
Condutor-Socorrista	auxiliar na organização e transporte seguro.												
Coordenação/Supervisão	garantir treinamento, fornecimento de insumos e destino final adequado.												
	Todo profissional gerador do resíduo é responsável pelo descarte imediato.												
4 DEFINIÇÃO													

Conforme RDC 222/2018:

- **Resíduos infectantes (Grupo A):** materiais contaminados com sangue ou fluidos (gazes, compressas, luvas usadas, equipos).
- **Perfurocortantes (Grupo E):** objetos com risco de perfuração/corte (agulhas, scalp, lâminas, ampolas quebradas).

5 MATERIAIS NECESSÁRIOS (NA AMBULÂNCIA)

- Caixa coletora rígida para perfurocortantes fixada em suporte (conforme normas da ANVISA)
- Sacos brancos leitosos identificados (resíduo infectante)
- Sacos para resíduo comum
- EPIs: luvas, máscara, óculos, avental impermeável
- Álcool etílico 70% (p/p)

6 PROCEDIMENTO**6.1 Durante o Atendimento (Cena/Local)**

- Garantir a segurança da equipe por meio do uso de EPIs.
- Segregar resíduos imediatamente após o uso.
- Evitar descarte no ambiente externo (via pública, domicílio).
- Evitar reencape de agulhas em qualquer situação (NR-32)

6.2 Descarte de Perfurocortantes (Grupo E)

- Descartar imediatamente após uso, sem reencapar agulhas.
- Utilizar caixa rígida acoplada à ambulância.
- Não ultrapassar 2/3 da capacidade.
- Nunca transportar perfurocortantes soltos.
- Não desconectar agulhas manualmente.

6.3 Descarte de Resíduos Infectantes (Grupo A)

- Acondicionar em saco branco leitoso identificado.
- Fechar o saco ao atingir 2/3 da capacidade ou ao final do plantão.
- Em caso de grande volume (ex.: múltiplas vítimas), utilizar saco reserva.

6.4 Após o Atendimento

- Conferir se todos os resíduos foram corretamente acondicionados.
- Realizar desinfecção de superfícies da ambulância.
- Higienizar as mãos conforme protocolo institucional.

6.5 Retorno à Base

- Transferir os resíduos para o abrigo temporário do serviço.
- Nunca descartar resíduos em lixeiras comuns ou públicas.
- Substituir sacos e verificar nível da caixa de perfurocortantes.
- Realizar o descarte conforme fluxo institucional de resíduos.

6.6 Armazenamento Temporário (Base SAMU)

- Local exclusivo, identificado e ventilado.
- Separação por tipo de resíduo.
- Coleta por empresa especializada/licenciada.

6.7 Destinação Final

- Perfurocortantes e infectantes devem ser encaminhados para tratamento adequado (autoclave/incineração), conforme legislação vigente.

7 EPIs OBRIGATÓRIOS

Durante atendimento e manejo de resíduos:

- Luvas
- Máscara
- Óculos de proteção
- Avental (quando houver risco de contato com fluidos)
- Protetor facial (quando risco de respingo)

8 CONDUTA EM CASOS DE ACIDENTES COM PERFUROCORTANTE

- Lavar imediatamente com água e sabão (sem espremer).
- Notificar a ocorrência à coordenação.
- Seguir protocolo de exposição biológica (profilaxia, exames).
- Registrar em ficha de acidente de trabalho.
- Comunicar o serviço de saúde ocupacional.
- Preencher CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho).

9 CUIDADOS ESPECÍFICOS NO SAMU

- Fixar corretamente a caixa de perfurocortantes para evitar tombamento em movimento.
- Evitar excesso de materiais expostos na ambulância.
- Redobrar atenção em atendimentos noturnos ou em vias públicas.
- Garantir estabilidade dos recipientes durante deslocamento em alta velocidade.

10 ANEXO**Fluxograma Municipal do Gerenciamento de Resíduos dos Serviços de Saúde.**



PREFEITURA MUNICIPAL DE
**CRISTINO
CASTRO**

FLUXOGRAMA DO GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE (PGRSS)

SECRETARIA
MUNICIPAL DE
SAÚDE

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CRISTINO CASTRO – PI

1 GERAÇÃO DO RESÍDUO

Resíduos gerados nas salas e serviços de saúde

- Sala de procedimento
- Consultórios
- Vacinação
- Odontologia
- Demais serviços



2 CLASSIFICAÇÃO DO RESÍDUO

Separar conforme o tipo



GRUPO A
(Infectante)
Risco biológico



GRUPO D
(Comum)
Não oferece
risco biológico



GRUPO E
(Perfurocortante)
Materiais que
cortam ou perfuram



GRUPO B
(Químico)
Risco químico

3 DESCARTE EM RECIPIENTES CORRETOS

Utilizar recipientes padronizados



GRUPO A
(Infectante)
• Lixeiras com tampa
• Acionamento
por pedal
• Saco branco leitoso
• Símbolo do risco
biológico



GRUPO D
(Comum)
• Lixeiras com tampa
• Acionamento
por pedal
• Saco plástico comum
• Identificação
"Resíduo Comum"



GRUPO E
(Perfurocortante)
• Coletor rígido
• Resistente à perfuração
• Tampa
• Identificação e
símbolo do risco
biológico



GRUPO B
(Químico)
• Embalagem específica
• Material compatível
com o resíduo
• Identificação: risco
químico (rótulo GHS
e informações)

4 IDENTIFICAÇÃO

Todos os recipientes
devem estar identificados



GRUPO A
(Infectante)
Símbolo do
risco biológico



GRUPO D
(Comum)
Identificação:
"Resíduo Comum"



GRUPO E
(Perfurocortante)
Identificação própria:
e símbolo do risco
biológico



GRUPO B
(Químico)
Rótulo de risco
químico (GHS)

5 ARMAZENAMENTO INTERNO

Manter os recipientes:
• Próximos ao local de geração
• Fechados
• Em local adequado
• Facilitando a coleta



6 ARMAZENAMENTO EXTERNO (ABRIGO)

Abrigo exclusivo para
armazenamento temporário:
✓ Piso impermeável e lavável
✓ Cobertura
✓ Ventilação adequada

- ✓ Acesso restrito
- ✓ Identificação externa
- ✓ Proteção contra animais
e vetores



7 COLETA E TRANSPORTE

Coleta e transporte externo
realizados por empresa
especializada e licenciada.



PONTO DE COLETA PRINCIPAL:
UNIDADE MISTA DE SAÚDE (UMS) - SAMU
Rua João Falcão, s/n, Bela Vista - Cristino Castro/PI
CEP: 64920-000

PONTOS DE COLETA NAS UBS URBANAS

- UBS Maria Eunice
- UBS Jéssica Bervindo
Cavalcante de Lima Bervindo (IAPEP)
- UBS Bom Jesus da Lapa
- UBS Enfermeira Socorro Falcão
(Mutirão)

8 DESTINAÇÃO FINAL

Tratamento e disposição final
ambientalmente adequada
conforme a RDC ANVISA
nº 222/2018.



UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE:
• Bela Vista (Maria Eunice)
Rua João Falcão, s/n, Bela Vista - Cristino Castro/PI - CEP: 64920-000
• Bom Jesus da Lapa
Rua João Vitorino da Silva, s/n, Sapôândia - Cristino Castro/PI - CEP: 64920-000
• Jéssica Bervindo Cavalcante de Lima Bervindo (IAPEP)
Rua Projetada, s/n, IAPEP - Cristino Castro/PI - CEP: 64920-000
• Enfermeira Socorro Falcão (Mutirão)
Rua Maria Alves Rosal, s/n, Mutirão - Cristino Castro/PI - CEP: 64920-000

PADRONIZAÇÃO POR SALA



Cada sala assistencial deve possuir:

- 01 lixeira para
resíduo comum (Grupo D)
- +
- 01 lixeira para
resíduo infectante (Grupo A)
- +
- 01 coletor para perfurocortante
(Grupo E) conforme necessidade.

Total mínimo por sala:
02 lixeiras + 01 coletor
(quando aplicável).

FREQUÊNCIA DE COLETA



Coleta interna: Diária
(realizada pela profissional
da unidade)



Coleta externa: 1x ao mês
na segunda quinzena de mês
(realizada por empresa
contratada e licenciada)

BASE LEGAL

RDC ANVISA nº 222/2018 -
Regulamenta o gerenciamento
de resíduos de serviços de saúde.



LEI 12.305/2010

POLÍTICA NACIONAL DE RESÍDUOS SÓLIDOS

Institui a Política Nacional de Resíduos
Sólidos, dispondo sobre seus princípios,
objetivos e instrumentos, bem como
sobre as diretrizes relativas à gestão
integrada e ao gerenciamento
de resíduos sólidos.

LEMBRE-SE!

Segregar, identificar e destinar
corretamente os resíduos é um
ato de cuidado e responsabilidade
com a vida!

saudepmcc2021@gmail.com
<https://cristinocastro.pi.gov.br/>



CUIDAR BEM É NOSSA MISSÃO.
SAÚDE DE QUALIDADE, VIDA COM DIGNIDADE!



PREFEITURA MUNICIPAL DE
CRISTINO CASTRO

Fonte: Elaborado pelo autor com o auxílio do ChatGPT (OpenAI, 2026).

10 REFERÊNCIAS

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC nº 222, de 28 de março de 2018**. Dispõe sobre os requisitos de Boas Práticas de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde. Brasília, DF: ANVISA, 2018. Disponível em: https://bvs.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2018/rdc0222_28_03_2018.pdf. Acesso em: 23 mar. 2026.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **RDC nº 222/2018 comentada**. Brasília, DF: ANVISA, 2018. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/rdc-222-de-marco-de-2018-comentada.pdf>. Acesso em: 23 mar. 2026.

BRASIL. Conselho Nacional do Meio Ambiente. **Resolução CONAMA nº 358, de 29 de abril de 2005**. Dispõe sobre o tratamento e a disposição final dos resíduos dos serviços de saúde e dá outras providências. Brasília, DF: CONAMA, 2005. Disponível em: https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2022-07/re_conama_ndeg_358-2005_-_tratamento_e_disposicao_final_de_residuos_dos_servicos_de_saude.pdf. Acesso em: 23 mar. 2026.

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. **Procedimento Operacional Padrão GA 004-20**: descarte de resíduos perfurocortantes. Porto Alegre: GHC, 2020. Disponível em: <https://www.ghc.com.br>. Acesso em: 23 mar. 2026.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP-SAMU- 009 USO DE EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL (EPIs) E DESCONTAMINAÇÃO PÓS- ATENDIMENTO	Versão	1.0 (1ª Edição)
		Data de Elaboração	Junho/2026
		Data de Aprovação	10/09/2026
		Página	1 de 4
Elaborado por:	Verificado por:	Aprovado por:	
Cristiane de Araújo Santos- Enfermeira – Coren/PI nº 340.498; Giovanna Jacobina Alencar-Enfermeira – Coren/PI nº 705.877.	Emanuel Vitor Dantas Oliveira - Enfermeiro – Coordenação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) – Coren/PI nº 553.104.	Equipe Multiprofissional do SAMU (Registrado em Livro Ata); Secretaria Municipal de Saúde (SMS); Conselho Municipal de Saúde (CMS).	

1 OBJETIVO

Padronizar o uso correto de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) e os procedimentos de descontaminação pós-atendimento no SAMU, garantindo a segurança dos profissionais, pacientes e a prevenção de infecções.

2 CAMPO DE APLICAÇÃO/ABRANGÊNCIA

Aplica-se a todos os profissionais do SAMU (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e condutores socorristas), durante atendimentos em unidades móveis (USB e USA) e na base operacional.

3 RESPONSÁVEIS

PROFISSIONAL	RESPONSABILIDADE
Equipe assistencial	uso correto dos EPIs e execução da descontaminação.
Condutor-Socorrista	apoio na organização e higienização da ambulância.
Coordenação/Supervisão	fornecimento de EPIs, treinamento e supervisão.
Todos os profissionais	responsabilidade individual pelo uso adequado dos EPIs.

4 DEFINIÇÃO

Conforme normas da ANVISA e NR-32:

- **EPI:** equipamento destinado à proteção contra riscos ocupacionais.
- **Descontaminação:** processo de remoção de sujidades e redução de carga microbiana.
- **Desinfecção:** eliminação de microrganismos patogênicos em superfícies.

5 EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL

- Luvas de procedimento
- Máscara cirúrgica ou respirador (quando indicado)
- Óculos de proteção ou protetor facial
- Avental impermeável
- Calçado fechado
- Gorro (quando necessário)

6. PROCEDIMENTO**6.1 Uso de EPIs durante o atendimento**

- Avaliar o risco antes do contato com o paciente.
- Utilizar EPIs conforme o tipo de exposição (sangue, secreções, aerossóis).
- Trocar luvas entre pacientes e procedimentos.
- Não reutilizar EPIs descartáveis.

6.2 Retirada de EPIs (desparamentação)

- Retirar os EPIs evitando contato com superfícies contaminadas.
- Seguir a sequência recomendada:
 1. Luvas
 2. Avental
 3. Higienização das mãos
 4. Óculos/protetor facial
 5. Máscara
 6. Higienização das mãos
- Descartar em local apropriado (resíduo infectante, quando aplicável).

6.3 Higienização das mãos

- Realizar antes e após o atendimento.
- Utilizar água e sabão ou preparação alcoólica a 70% (p/p).
- Seguir técnica correta conforme protocolo institucional (POP 006).

6.4 Descontaminação da ambulância

- Realizar após cada atendimento.
- Limpar superfícies com água e detergente, quando necessário.
- Aplicar desinfetante hospitalar (ex.: álcool etílico 70% (p/p) ou outro recomendado).
- Dar atenção especial a:
 - Maca
 - Grades
 - Equipamentos e monitores
 - Maçanetas e superfícies de contato frequente
- Respeitar o tempo de contato do desinfetante conforme fabricante.

6.5 Descarte de resíduos

- Seguir POP específico de gerenciamento de resíduos (perfurocortantes e infectantes).
- Nunca descartar resíduos em locais inadequados.

6.6 Situações especiais

- Em casos de risco biológico elevado, utilizar proteção ampliada.
- Em atendimentos com doenças transmissíveis, seguir protocolos específicos.

7 CONDUTA EM CASO DE EXPOSIÇÃO

- Lavar imediatamente a área exposta.
- Notificar a coordenação.
- Seguir protocolo de exposição biológica.
- Registrar acidente de trabalho (CAT).
- Comunicar o serviço de saúde ocupacional.
- Preencher ficha de notificação (SINAN, se aplicável)

8 BIOSSEGURANÇA

- Utilizar EPIs conforme avaliação de risco
- Realizar higienização das mãos conforme protocolo
- Evitar reencape de agulhas
- Descartar resíduos conforme normas vigentes
- Prevenir acidentes ocupacionais
- Seguir protocolos de exposição a material biológico

9 FLUXOGRAMA VISUAL



Fonte: Adaptado de Secretaria Municipal de Saúde de Araraquara, 2020.

10 MONITORAMENTO

- Supervisão periódica do uso de EPIs.
- Verificação da disponibilidade de materiais.
- Registro de não conformidades e acidentes.

11 REFERÊNCIAS

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC nº 222, de 28 de março de 2018**. Dispõe sobre os requisitos de Boas Práticas de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde. Brasília, DF: ANVISA, 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2018/rdc0222_28_03_2018.pdf. Acesso em: 23 mar. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de biossegurança em serviços de saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [s.d.]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_biosseguranca_servicos_saude.pdf. Acesso em: 23 mar. 2026.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **NR-32: Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde**. Brasília, DF: MTE, [s.d.]. Disponível em: <https://www.gov.br/trabalho-e-emprego/pt-br/assuntos/inspecao/seguranca-e-saude-no-trabalho/normas-regulamentadoras/nr-32.pdf>. Acesso em: 23 mar. 2026.

MILECH, Adolfo *et al.* **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2015-2016)**. São Paulo: A.C. Farmacêutica, 2016.



SECRETARIA
MUNICIPAL DE
SAÚDE



PREFEITURA
**CRISTINO
CASTRO**
Mais trabalho, mais futuro!



BLOCO III: ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM E SOCORRO

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP-SAMU- 010 VERIFICAÇÃO DE SINAIS VITAIS ((PA, FC, FR, DOR), SatO2 E GLICEMIA CAPILAR))	Versão Data de Elaboração Data de Aprovação Página	1.0 (1ª Edição) Junho/2026 10/09/2026 1 de 4
Elaborado por:	Verificado por:	Aprovado por:	
Cristiane de Araújo Santos- Enfermeira – Coren/PI nº 340.498; Giovanna Jacobina Alencar-Enfermeira – Coren/PI nº 705.877.	Emanuel Vitor Dantas Oliveira - Enfermeiro – Coordenação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) – Coren/PI nº 553.104.	Equipe Multiprofissional do SAMU (Registrado em Livro Ata); Secretaria Municipal de Saúde (SMS); Conselho Municipal de Saúde (CMS).	

1 OBJETIVO

Padronizar a verificação dos sinais vitais no atendimento pré-hospitalar móvel, garantindo avaliação clínica adequada, monitoramento da dor, segurança do paciente e suporte à tomada de decisão.

2 CAMPO DE APLICAÇÃO/ABRANGÊNCIA

Aplica-se a todos os profissionais que atuam na Unidade de Suporte Básico (USB) e Unidade de Suporte Avançado (USA) do SAMU Cristino Castro.

3 RESPONSÁVEIS

PROFISSIONAL	RESPONSABILIDADE
Equipe assistencial	Realizar a aferição técnica correta de todos os parâmetros (incluindo a dor) e registrar os dados.
Condutor-Socorrista	Auxiliar na monitorização e garantir que os equipamentos estejam disponíveis e funcionais.
Regulação Médica	Analisar os dados informados para definição de conduta e destino
Coordenação	Garantir capacitação, calibração de aparelhos e disponibilidade de insumos.

4 DEFINIÇÃO

- **PA (Pressão Arterial):** Força exercida pelo sangue nas paredes arteriais.
- **FC (Frequência Cardíaca):** Número de batimentos por minuto (bpm).

- **FR (Frequência Respiratória):** Número de incursões respiratórias por minuto (irpm).
- **SatO₂ (Saturação de Oxigênio):** Percentual de oxigênio ligado à hemoglobina.
- **Glicemia Capilar:** Concentração de glicose no sangue obtida por punção digital.
- **Dor (5º Sinal Vital):** Experiência sensorial subjetiva que deve ser mensurada para guiar o manejo analgésico e clínico.

VALORES DE REFERÊNCIA E NOMENCLATURA

Sinal Vital	Normalidade	Alerta (Comunicar Enfermeiro)
PA	< 120/80 mmHg	≥ 140/90 mmHg ou < 90/60 mmHg
FC	60 - 100 bpm	> 100 bpm (Taquicardia) ou < 60 bpm
FR	12 - 20 irpm	> 20 irpm (Taquipneia) ou < 12 irpm
Temp.	36,0°C - 37,2°C	≥ 37,8°C (Febre)
Glicemia	70 - 99 mg/dl (Jejum)	< 70 mg/dl ou > 180 mg/dl (Pós-prandial)

5 MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Esfigmomanômetro (manual ou automático).
- Estetoscópio.
- Oxímetro de pulso.
- Glicosímetro, tiras reagentes e lancetas.
- Algodão ou gaze e Álcool 70%.
- Luvas de procedimento.
- Escala de Dor (Visual Analógica ou de Faces).
- Recipiente para descarte de perfurocortantes.

6. PROCEDIMENTO

6.1 Pressão Arterial (PA), Frequência Cardíaca (FC) e respiratória (FR)

- **PA:** Posicionar o manguito ao nível do coração; registrar valores sistólico e diastólico.
- **FC:** Palpar pulso (radial ou carotídeo) por 60 segundos; avaliar ritmo e intensidade.
- **FR:** Observar movimentos torácicos por 60 segundos (sem avisar o paciente).

6.2 Saturação de Oxigênio (SatO₂) e Glicemia Capilar

- **SatO₂:** Posicionar oxímetro em dedo limpo; aguardar estabilização.

- **Glicemia:** Higienizar com álcool 70%, realizar punção lateral do dedo e aplicar na tira.

6.3 Avaliação da Dor (5º Sinal Vital)

- **Interrogatório:** Perguntar ao paciente se há dor e onde se localiza.
- **Mensuração:**
 - **Escala Numérica:** Pedir ao paciente para dar uma nota de 0 (sem dor) a 10 (pior dor imaginável).
 - **Escala de Faces:** Utilizar para crianças ou pacientes com dificuldade de comunicação verbal.
- **Caracterização:** Identificar se é aguda ou crônica e o tipo (pontada, queimação, compressiva).

7 CUIDADOS IMPORTANTES

- Evitar aferições em membros com lesões, edema, fístulas ou acessos venosos.
- Não subestimar a dor: O relato do paciente é o padrão-ouro para o 5º sinal vital.
- Repetir medidas em caso de valores inconsistentes com o estado clínico.

8 CONDUTA EM ALTERAÇÕES

- Comunicar imediatamente à Regulação Médica valores críticos (Ex.: PA > 180/110, SatO2 < 90%, Glicemia < 60mg/dl ou Dor Intensa > 7).
- Adotar medidas de suporte conforme orientação (oxigenoterapia, posição de conforto, etc.).

9 BIOSSEGURANÇA

- Higienizar as mãos antes e após o contato.
- Desinfetar estetoscópio, manguito e oxímetro com álcool 70% após cada uso.
- Descarte obrigatório de lancetas no coletor de perfurocortantes

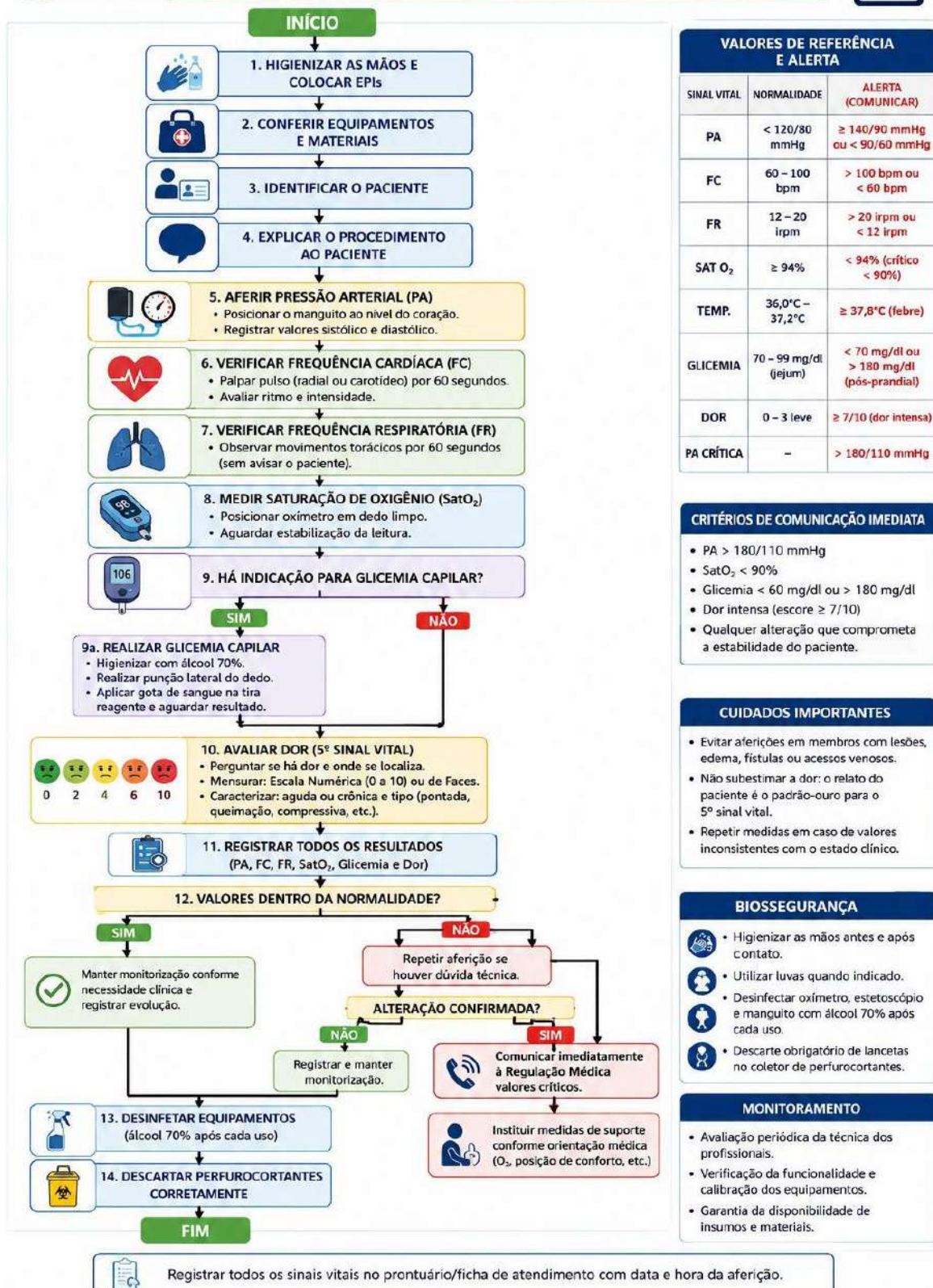
10 MONITORAMENTO

- Avaliação periódica da técnica dos profissionais.
- Verificação da funcionalidade e calibração dos equipamentos.

11 FLUXOGRAMA VISUAL



FLUXOGRAMA – VERIFICAÇÃO DE SINAIS VITAIS (PA, FC, FR, DOR, SatO₂ E GLICEMIA CAPILAR)



Fonte: Elaborado pelo autor com o auxílio do ChatGPT (OpenAI, 2026).

12 REFERÊNCIAS

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Resolução RDC nº 222, de 28 de março de 2018**. Regulamenta as boas práticas de gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde e dá outras providências. Brasília, DF: ANVISA, 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2018/rdc0222_28_03_2018.pdf. Acesso em: 23 mar. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos de suporte básico e avançado de vida**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024.

SOCIEDADE BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA DOR (SBED). **A dor como o 5º sinal vital: protocolos de avaliação**. São Paulo: SBED, 2024.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP-SAMU- 011 SUORTE BÁSICO DE VIDA (SBV) EM PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA (PCR) E USO DO DEA	Versão	1.0 (1ª Edição)
		Data de Elaboração	Junho/2026
		Data de Aprovação	10/09/2026
		Página	1 de 7
Elaborado por:	Verificado por:	Aprovado por:	
Cristiane de Araújo Santos- Enfermeira – Coren/PI nº 340.498; Giovanna Jacobina Alencar-Enfermeira – Coren/PI nº 705.877.	Emanuel Vitor Dantas Oliveira - Enfermeiro – Coordenação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) – Coren/PI nº 553.104.	Equipe Multiprofissional do SAMU (Registrado em Livro Ata); Secretaria Municipal de Saúde (SMS); Conselho Municipal de Saúde (CMS).	

1 OBJETIVO

Padronizar a execução do Suporte Básico de Vida (SBV) em casos de Parada Cardiorrespiratória (PCR), conforme diretrizes atualizadas da American Heart Association (2025), visando aumentar a sobrevida e reduzir sequelas.

2 CAMPO DE APLICAÇÃO/ABRANGÊNCIA

Aplica-se a todos os profissionais do SAMU (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e condutores socorristas) em atendimentos nas unidades móveis (USB e USA).

3 RESPONSÁVEIS

PROFISSIONAL	RESPONSABILIDADE
Equipe Assistencial (<i>Médico, Enfermeiro, Técnico de Enfermagem</i>)	- Realizar a avaliação rápida da cena e segurança da equipe. - Identificar a PCR (responsividade, respiração/gasping e pulso central). - Iniciar imediatamente as manobras de RCP de alta qualidade.

	- Operar o DEA/Desfibrilador assim que disponível na cena. - Realizar o manejo da via aérea (inserção de dispositivos e ventilação BVM). - Identificar potenciais causas reversíveis e proceder com os cuidados pós-retorno da circulação espontânea (RCE). - Registrar detalhadamente os tempos, ritmos e condutas na ficha de atendimento.
Condutor-Socorrista	- Garantir o deslocamento seguro e o correto posicionamento da viatura em cena. - Levar os equipamentos de primeira resposta (DEA e mochilas de trauma/vias aéreas) até a vítima. - Auxiliar ativamente nas manobras de RCP (revezamento de compressões torácicas a cada 2 minutos). - Apoiar a equipe técnica na fixação de dispositivos e movimentação do paciente para a maca. - Estabelecer a comunicação via rádio/telefone com a Regulação Médica quando solicitado.
Regulação Médica	- Receber e triar o chamado inicial, orientando o solicitante por telefone (RCP guiada pelo regulador). - Designar e empenhar a unidade móvel adequada (USB/USA) de forma célere. - Prestar suporte técnico e orientação à equipe de campo durante a ocorrência via rádio.

	Definir e articular a vaga zero/porta de entrada hospitalar receptora de referência para o paciente pós-RCE.
Coordenação	- Prover insumos, EPIs e equipamentos calibrados e revisados (como o DEA). - Garantir a educação permanente e o treinamento contínuo da equipe baseado nas diretrizes de 2025. - Monitorar os indicadores de qualidade assistencial e revisar as fichas de atendimento de PCR para melhoria de processos.
4 DEFINIÇÃO PCR: interrupção súbita da circulação e respiração. SBV: ações iniciais para manutenção da circulação e ventilação. DEA: equipamento que analisa o ritmo cardíaco e orienta a desfibrilação.	
5 MATERIAIS NECESSÁRIOS - DEA - Bolsa-válvula-máscara (BVM) - Oxigênio - EPIs (luvas, máscara, óculos) - Monitor/desfibrilador (quando disponível)	
6. PROCEDIMENTO 6.1 Reconhecimento da PCR - Avaliar responsividade - Verificar respiração (ausente ou gasping) - Checar pulso por até 10 segundos - Acionar regulação imediatamente 6.2 Início da RCP – ALTA QUALIDADE (SEM ALTERAÇÃO EM 2025) - Iniciar compressões imediatamente	

- Frequência: 100–120/min
- Profundidade: 5–6 cm (adulto)
- Permitir retorno completo do tórax
- Minimizar interrupções (< 10 segundos)

6.3 Ventilação

- Relação: 30:2
- Via aérea avançada:
 - 1 ventilação a cada 6 segundos
- Evitar hiperventilação

6.4 Uso do DEA

- Ligar imediatamente ao chegar
- Posicionar eletrodos
- Afastar equipe para análise
- Se indicado: aplicar choque
- Retomar RCP por 2 minutos

6.5 CADEIA DE SOBREVIVÊNCIA INTEGRADA

O atendimento deve considerar:

- Reconhecimento precoce
- Acionamento rápido do serviço
- RCP imediata
- Desfibrilação precoce
- Cuidados pós-PCR

6.6 SUSPEITA DE OVERDOSE (OPIOIDES)

- Considerar uso de naloxona (quando disponível)
- Associar à RCP

6.7 Causas Reversíveis (Hs e Ts)

- Hipóxia
- Hipovolemia
- Acidose
- Distúrbios eletrolíticos
- Hipotermia
- Pneumotórax hipertensivo

- Tamponamento cardíaco
- Toxinas
- Trombose

6.8 Reavaliação

- A cada 2 minutos
- Alternar socorristas
- Avaliar ritmo e pulso

7 CUIDADOS IMPORTANTES

- Garantir segurança da cena
- Utilizar EPIs
- Minimizar interrupções
- Priorizar compressões eficazes

8 CONDUTA PÓS-ROSC

- Monitorização contínua
- Oxigenoterapia
- Manutenção de via aérea
- Encaminhamento imediato
- Avaliação neurológica.

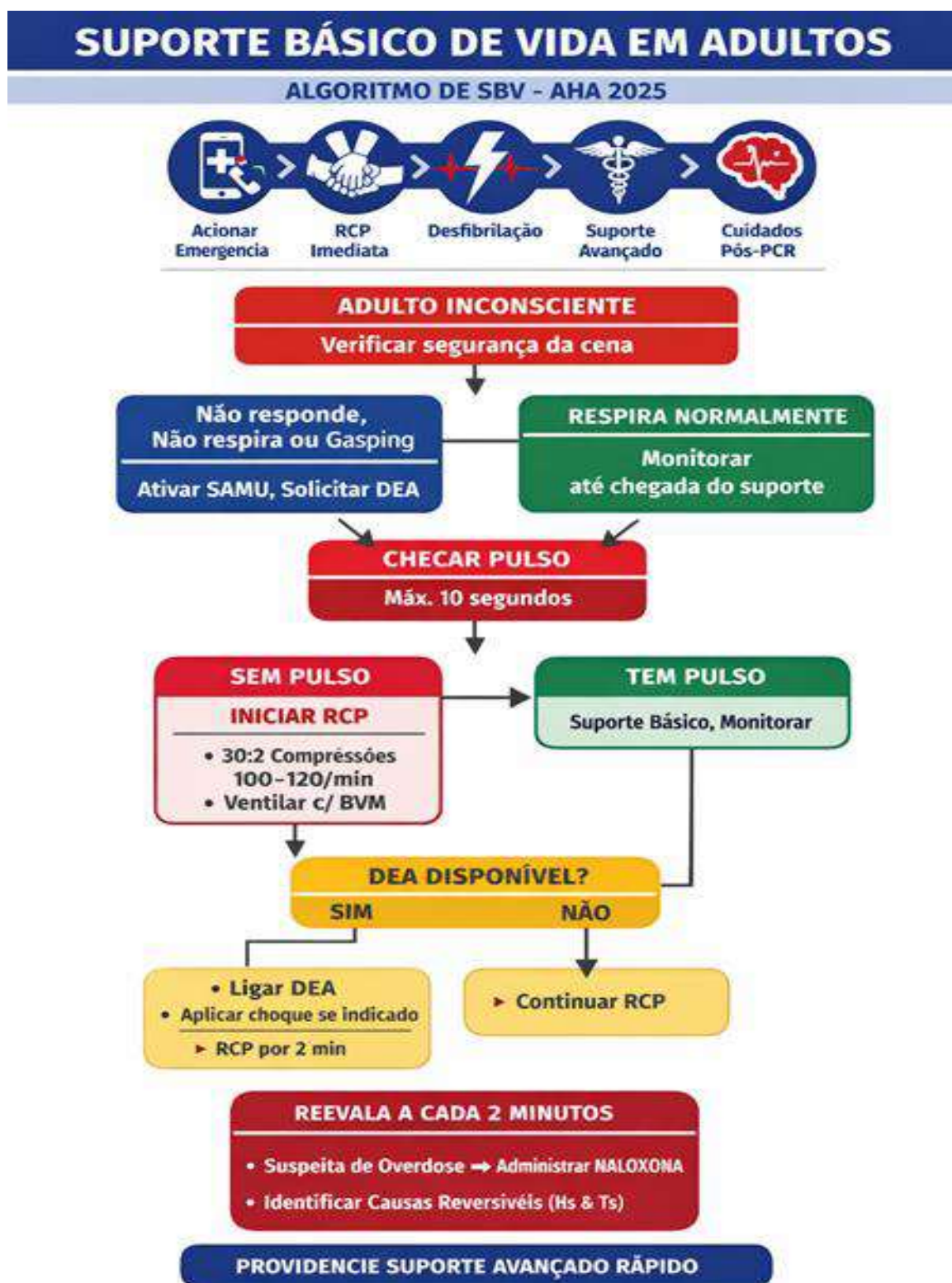
9 BIOSSEGURANÇA

- Uso obrigatório de EPIs
- Higienização das mãos
- Descarte correto de resíduos

10 MONITORAMENTO

- Avaliação da qualidade da RCP
- Checagem do DEA
- Registro assistencial

11 FLUXOGRAMA VISUAL



Fonte: Elaborado pelo autor com o auxílio do ChatGPT (OpenAI, 2026).

12 REFERÊNCIAS

AMERICAN HEART ASSOCIATION. **American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care**. 2025. Disponível em: <https://cpr.heart.org>. Acesso em: 23 mar. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos de urgência e emergência**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude>. Acesso em: 23 mar. 2026.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **RDC nº 222, de 28 de março de 2018**. Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde. Disponível em: https://bvs.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2018/rdc0222_28_03_2018.pdf. Acesso em: 23 mar. 2026.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP-SAMU- 012 MANUSEIO DE VIAS AÉREAS: OXIGENOTERAPIA E ASPIRAÇÃO DE SECREÇÕES.	Versão	1.0 (1ª Edição)
		Data de Elaboração	Junho/2026
		Data de Aprovação	10/09/2026
		Página	1 de 4
Elaborado por:	Verificado por:	Aprovado por:	
Cristiane de Araújo Santos- Enfermeira – Coren/PI nº 340.498; Giovanna Jacobina Alencar-Enfermeira – Coren/PI nº 705.877.	Emanuel Vitor Dantas Oliveira - Enfermeiro – Coordenação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) – Coren/PI nº 553.104.	Equipe Multiprofissional do SAMU (Registrado em Livro Ata); Secretaria Municipal de Saúde (SMS); Conselho Municipal de Saúde (CMS).	

1 OBJETIVO

Padronizar o manejo das vias aéreas no APH, garantindo a administração correta de oxigenoterapia e a aspiração segura de secreções, visando manter a permeabilidade das vias aéreas e a oxigenação tecidual adequada.

2 CAMPO DE APLICAÇÃO/ABRANGÊNCIA

Aplica-se a todos os profissionais da Unidade de Suporte Básico (USB) e Unidade de Suporte Avançado (USA) do SAMU que realizam assistência direta a pacientes com desconforto respiratório ou obstrução de vias aéreas.

3 RESPONSÁVEIS

PROFISSIONAL	RESPONSABILIDADE
Técnico de Enfermagem	Executar a oxigenoterapia e aspiração conforme protocolos; monitorar sinais vitais e SatO2 durante o manejo.

Condutor-Socorrista	Auxiliar no posicionamento do paciente e garantir o funcionamento da rede de O ₂ e do aspirador da viatura.
Enfermeiro/Médico	Supervisionar a técnica, avaliar o padrão respiratório e prescrever fluxos de O ₂ necessários.
Regulação Médica	Orientar a oferta de O ₂ baseada no quadro clínico relatado pela equipe de campo.

4 DEFINIÇÃO

- **Oxigenoterapia:** Administração de oxigênio em concentrações superiores à do ar ambiente (21%) para tratar ou prevenir a hipoxemia.
- **Aspiração de Secreções:** Remoção de secreções por sucção negativa para manter a via aérea pérvia.
- **SpO₂:** Saturação periférica de oxigênio medida via oximetria de pulso.

5 MATERIAIS NECESSÁRIOS

- **Oxigenoterapia:** Cilindro/Rede de O₂, fluxômetro, umidificador (se indicado), cateter nasal, máscaras (Simples, Venturi e Reservatório), BVM (Ambu) e cânulas de Guedel.
- **Aspiração:** Aspirador (fixo ou portátil), sondas de aspiração estéreis (nº 10, 12 ou 14), luvas estéreis/procedimento, óculos de proteção, máscara cirúrgica e soro fisiológico 0,9%.

6. PROCEDIMENTO

6.1 Oxigenoterapia

1. Avaliar FR, padrão respiratório e SpO₂ (Indicação: SpO₂ < 94% ou dispneia grave).
2. Selecionar o dispositivo conforme a necessidade de fluxo:
 - **Cateter Nasal:** 1 a 6 L/min (Fio₂ 24-44%).
 - **Máscara Simples:** 5 a 10 L/min (Fio₂ 40-60%).
 - **Máscara com Reservatório:** 10 a 15 L/min (Fio₂ > 90%). Uso em casos graves.
3. Ajustar o fluxômetro e posicionar o dispositivo garantindo vedação e conforto.
4. **Atenção DPOC:** Manter alvo de SpO₂ entre 88% e 92%.

6.2 Aspiração de Secreções

1. Posicionar o paciente em Fowler (45°) ou semi-Fowler.
2. Verificar a pressão do aspirador (Adulto: 80 a 120 mmHg).
3. Introduzir a sonda **sem sucção**.
4. Aplicar sucção apenas na retirada, com movimentos rotatórios (Máximo 15 segundos por tentativa).
5. Pré-oxigenar o paciente com O₂ a 100% por 30-60 segundos antes e entre as aspirações.

7 BIOSSEGURANÇA

- **Monitorização:** Suspender a aspiração em caso de bradicardia, cianose ou queda brusca de SatO₂.
- **EPI Completo:** Obrigatório o uso de máscara e óculos/face shield devido ao risco de aerossolização durante a aspiração.
- **Higiene:** Higienizar mãos antes e após o contato com os dispositivos.

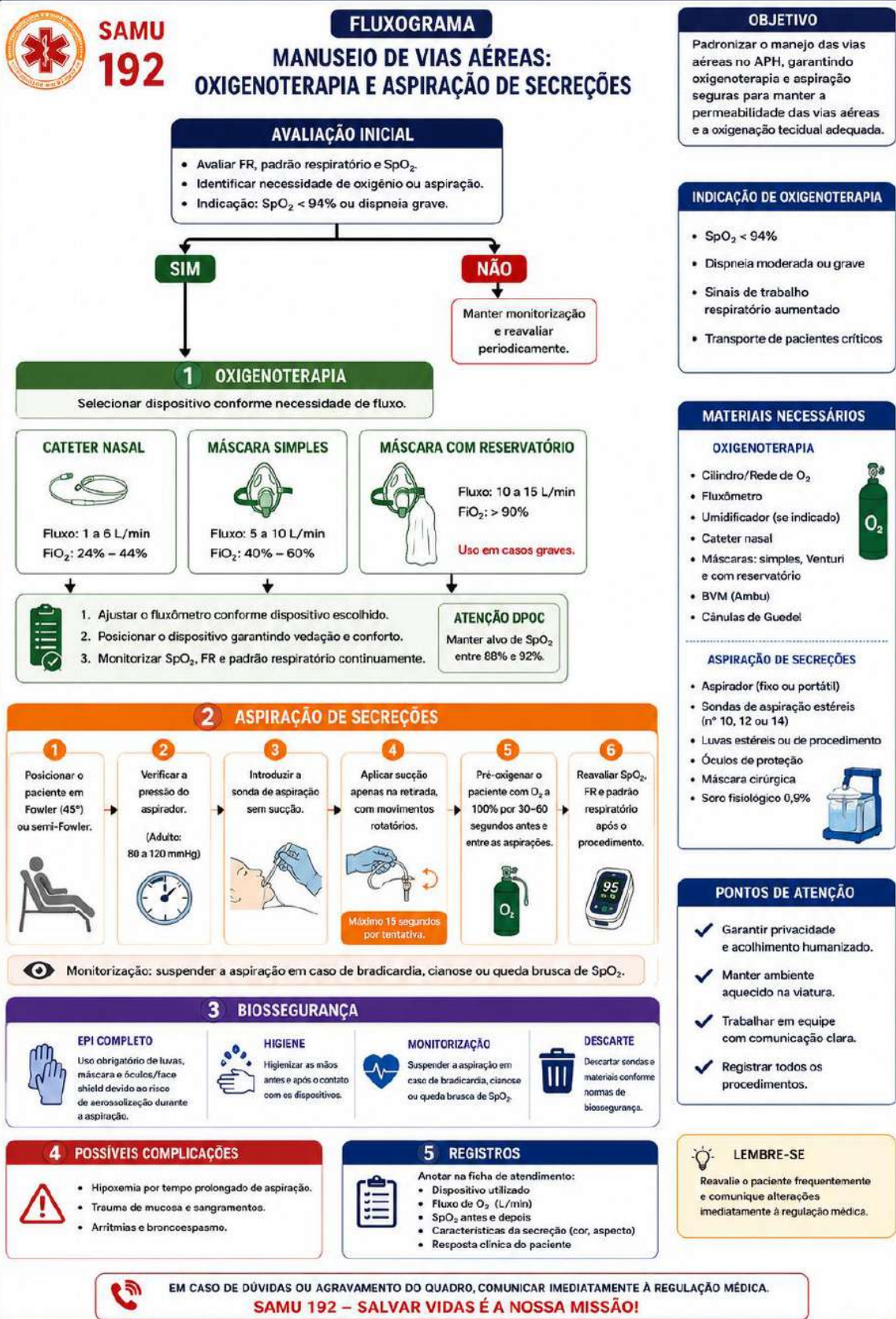
8 POSSÍVEIS COMPLICAÇÕES

- Hipoxemia por tempo prolongado de aspiração.
- Trauma de mucosa e sangramentos.
- Arritmias e broncoespasmo.

9 REGISTROS

- Anotar na ficha de atendimento: dispositivo utilizado, fluxo de O₂ (L/min), SatO₂ (antes e depois), características da secreção (cor, aspecto) e resposta clínica.

10 FLUXOGRAMA VISUAL



Fonte: Elaborado pelo autor com o auxílio do ChatGPT (OpenAI, 2026).

11 REFERÊNCIAS

AMERICAN HEART ASSOCIATION. **2025 AHA Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care**. Dallas: AHA, 2025. Disponível em: <https://eccguidelines.heart.org>. Acesso em: 30 mar. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para diagnóstico e tratamento da COVID-19**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/diretrizes/20210629_diretrizes-covid-19_capitulo1.pdf. Acesso em: 30 mar. 2026.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Manual de procedimentos básicos de enfermagem**. Registro: Faculdades Integradas do Vale do Ribeira, 2017. Disponível em: <https://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2020/09/Manual-Procedimentos-Basicos-Enfermagem.pdf>. Acesso em: 30 mar. 2026.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Manual de procedimentos fundamentais do processo do cuidado em enfermagem**. Brasília, DF: COFEN, 2024. Disponível em: <https://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2024/08/Manual-procedimentos-fundamentais-processo-cuidado-enfermagem.pdf>. Acesso em: 30 mar. 2026.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. **Protocolo de manejo de vias aéreas e intubação**. Curitiba: SESA, 2021. Disponível em: <https://www.saude.pr.gov.br/Arquivo/PROTOCOLO-DE-INTUBACAODE-VIAS-AEREASpdf>. Acesso em: 30 mar. 2026.

SÃO PAULO (Município). Secretaria Municipal da Saúde. **Manual de normas, rotinas e procedimentos de enfermagem: atenção básica**. São Paulo: SMS, 2019. Disponível em: <https://biblioteca.cofen.gov.br/manual-normas-rotinas-procedimentos-enfermagem-atencao-basica/>. Acesso em: 30 mar. 2026.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP-SAMU- 013 ATENDIMENTO AO TRAUMA – IMOBILIZAÇÃO COM COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA	Versão	1.0 (1ª Edição)
		Data de Elaboração	Junho/2026
		Data de Aprovação	10/09/2026
		Página	1 de 4
Elaborado por:	Verificado por:	Aprovado por:	
Cristiane de Araújo Santos- Enfermeira – Coren/PI nº 340.498; Giovanna Jacobina Alencar-Enfermeira – Coren/PI nº 705.877.	Emanuel Vitor Dantas Oliveira - Enfermeiro – Coordenação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) – Coren/PI nº 553.104.	Equipe Multiprofissional do SAMU (Registrado em Livro Ata); Secretaria Municipal de Saúde (SMS); Conselho Municipal de Saúde (CMS).	

1 OBJETIVO

Padronizar a técnica de imobilização da coluna vertebral em vítimas de trauma, visando prevenir lesões secundárias e garantir a estabilização segura durante o atendimento pré-hospitalar e transporte.

2 CAMPO DE APLICAÇÃO/ABRANGÊNCIA

Aplica-se às equipes assistenciais (USB e USA) do SAMU Cristino Castro em ocorrências de trauma com suspeita de lesão na coluna.

3 RESPONSÁVEIS

PROFISSIONAL	RESPONSABILIDADE
Socorrista 1 (Líder)	Geralmente posicionado na cabeça: manter a estabilização manual neutra e comandar o rolamento.
Técnico de Enfermagem	Realizar a avaliação primária (ABCDE), mensurar e colocar o colar cervical, e fixar tiras/cintas.

Condutor-Socorrista	Auxiliar no rolamento em bloco, posicionar a prancha rígida e garantir a segurança da cena.
Enfermeiro/Médico	Avaliar critérios clínicos de restrição de movimento (NEXUS/Canadian Rule) e sinais neurológicos.

4 DEFINIÇÃO

- **Restrição de Movimento da Coluna (RMC):** Conjunto de manobras para limitar a movimentação da coluna vertebral em pacientes com risco de lesão medular.
- **Rolamento em Bloco (Log Roll):** Técnica de girar o paciente mantendo o alinhamento cabeça-pescoço-tronco.
- **Posição Neutra:** Alinhamento fisiológico da cabeça em relação ao tronco.

5 MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Colares cervicais rígidos (tamanhos variados ou ajustáveis).
- Prancha rígida longa (com cintas de fixação).
- Imobilizadores laterais de cabeça (Red Blocks).
- EPIs (Luvas, máscara, óculos de proteção).
- Tesoura de trauma (ponta romba).
- KED (se indicado para desencarceramento).

6 INDICAÇÕES E CRITÉRIOS

- Trauma de alta energia (quedas, colisões automobilísticas).
- Alteração de nível de consciência (Glasgow < 15).
- Dor ou sensibilidade na linha média da coluna.
- Déficit neurológico (parestesia, fraqueza).
- Presença de lesão distrativa (dor intensa em outro local que impeça a avaliação da cervical).

7. PROCEDIMENTO

7.1 Abordagem e Estabilização Inicial

1. Garantir a segurança da cena.
2. **Socorrista 1:** Acessar o paciente pela frente (se possível) e realizar a estabilização manual da cabeça em posição neutra. **Não soltar até que os imobilizadores laterais estejam fixos.**

3. **Socorrista 2:** Avaliar consciência, respiração e realizar exame físico rápido da região cervical (buscar dor, deformidade ou desvio).

7.2 Colocação do Colar Cervical

1. Mensurar o tamanho do colar (distância entre o topo do ombro e a base do queixo).
2. Ajustar o colar e posicioná-lo com cuidado, evitando hiperflexão ou hiperextensão do pescoço.
3. Fixar o velcro garantindo que o queixo esteja bem apoiado.

7.3 Transferência para a Prancha Rígida

1. Posicionar a prancha ao lado do paciente.
2. Executar o rolamento em bloco (comando exclusivo do socorrista na cabeça).
3. Deslizar a prancha sob o paciente e retornar ao decúbito dorsal.
4. **Fixação:** Passar as cintas na ordem: Tórax -> Pelve -> Membros Inferiores.
5. **Finalização:** Colocar os imobilizadores laterais de cabeça e fixar as tiras (testa e mento).

8 BIOSSEGURANÇA

- **Regra de Ouro:** Avaliar sensibilidade e motricidade dos membros antes e **após** a imobilização.
- **Tempo de Prancha:** Limitar ao mínimo necessário (ideal < 30 min) para prevenir lesões por pressão e desconforto respiratório.
- **Vômito:** Se o paciente vomitar na prancha, girar o conjunto prancha-paciente em bloco para lateral.

9 POSSÍVEIS COMPLICAÇÕES

- Aumento da pressão intracraniana (colares muito apertados).
- Comprometimento respiratório (cintas torácicas excessivamente justas).
- Lesões de pele em idosos devido à rigidez da prancha.

10 REGISTROS

- Anotar no relatório de ocorrência: Mecanismo do trauma, tamanho do colar utilizado, escala de Glasgow, presença de dor cervical e status neurológico (movimentação e sensibilidade das extremidades).

11 FLUXOGRAMA VISUAL

FLUXO – ATENDIMENTO AO TRAUMA IMOBILIZAÇÃO COM COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA

1 SEGURANÇA DA CENA



Avaliar riscos e garantir segurança da equipe, da vítima e de terceiros.

2 ESTABILIZAÇÃO MANUAL DA CABEÇA



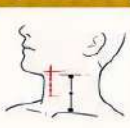
Socorrista 1 (líder) mantém estabilização manual da cabeça em posição neutra e não solta até a fixação dos imobilizadores.

3 AVALIAÇÃO INICIAL (ABCDE)



- Avaliar consciência e respiração.
- Exame rápido da região cervical: dor, deformidade, desvio.
- Verificar pulso, sinais de choque e outras lesões.

4 COLOCAÇÃO DO COLAR CERVICAL



1. Mensurar o tamanho do colar (do topo do ombro à base do queixo).
2. Posicionar com cuidado, mantendo alinhamento neutro (evitar hiperflexão/hiperextensão).
3. Fixar o velcro garantindo que o queixo esteja bem apoiado.

5 TRANSFERÊNCIA PARA PRANCHA RÍGIDA



- 1 Posicionar a prancha ao lado do paciente.



- 2 Executar o rolamento em bloco (comando exclusivo do socorrista na cabeça).



- 3 Deslizar a prancha sob o paciente e retornar ao decúbito dorsal.



- 4 Fixação das cintas na ordem: **Tórax** → **Pelve** → **Membros Inferiores**.



- 5 Finalização: colocar imobilizadores laterais de cabeça (Red Blocks) e fixar as tiras (testa e mento).

6 REAVALIAÇÃO E TRANSPORTE



- Avaliar sensibilidade e motricidade dos membros antes e após a imobilização.
- Monitorar sinais vitais e estado neurológico.
- Transportar com segurança, mantendo a imobilização.

ROLES E RESPONSABILIDADES



Socorrista 1 (Líder)

Posicionado na cabeça: manter estabilização manual neutra e comandar o rolamento.



Técnico de Enfermagem

Realizar avaliação primária (ABCDE), mensurar e colocar o colar cervical, e fixar tiras/cintas.



Condutor-Socorrista

Auxiliar no rolamento em bloco, posicionar a prancha rígida e garantir a segurança da cena.



Enfermeiro/Médico

Avaliar critérios clínicos (NEXUS/ Canadian Rule) e sinais neurológicos.

INDICAÇÕES / CRITÉRIOS

- ✓ Trauma de alta energia (quedas, colisões automobilísticas).
- ✓ Alteração de nível de consciência (Glasgow < 15).
- ✓ Dor ou sensibilidade na linha média da coluna.
- ✓ Déficit neurológico (parestesia, fraqueza).
- ✓ Lesão distrativa (dor intensa em outro local que impeça avaliação da cervical).

MATERIAIS NECESSÁRIOS



Colares cervicais rígidos



Prancha rígida longa



Imobilizadores laterais (Red Blocks)



Cintas de fixação



EPIs



Tesoura de trauma



KED (se indicado)

REGISTROS



Anotar no relatório de ocorrência:

- Mecanismo do trauma
- Tamanho do colar utilizado
- Escala de Glasgow
- Dor cervical
- Status neurológico (movimentação e sensibilidade das extremidades)



LEMBRE-SE



Tempo de prancha: limitar ao mínimo necessário (ideal < 30 min).



Cintas torácicas: ajustar apenas o necessário para fixação, sem comprometer a respiração.



Vômito: girar o conjunto prancha-paciente em bloco para lateral.



BIOSSEGURANÇA: Utilizar EPIs durante todo o atendimento. Manter a regra de ouro: avaliar antes e após a imobilização.

Fonte: Elaborado pelo autor com o auxílio do ChatGPT (OpenAI, 2026).

12 REFERÊNCIAS

AMERICAN HEART ASSOCIATION. **2025 AHA Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care**. Dallas: AHA, 2025. Disponível em: <https://eccguidelines.heart.org>. Acesso em: 30 mar. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de atendimento pré-hospitalar às urgências**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br>. Acesso em: 30 mar. 2026.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Manual de procedimentos fundamentais do processo do cuidado em enfermagem**. Brasília, DF: COFEN, 2024. Disponível em: <https://biblioteca.cofen.gov.br>. Acesso em: 30 mar. 2026.

NATIONAL ASSOCIATION OF EMERGENCY MEDICAL TECHNICIANS. **Prehospital Trauma Life Support (PHTLS)**. 9. ed. Burlington: Jones & Bartlett Learning, 2020.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP-SAMU- 014 CONTROLE DE HEMORRAGIAS (CURATIVOS COMPRESSIVOS E USO DE TORNIQUETE)	Versão	1.0 (1ª Edição)
		Data de Elaboração	Junho/2026
		Data de Aprovação	10/09/2026
		Página	1 de 5
Elaborado por:	Verificado por:	Aprovado por:	
Cristiane de Araújo Santos- Enfermeira – Coren/PI nº 340.498; Giovanna Jacobina Alencar-Enfermeira – Coren/PI nº 705.877.	Emanuel Vitor Dantas Oliveira - Enfermeiro – Coordenação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) – Coren/PI nº 553.104.	Equipe Multiprofissional do SAMU (Registrado em Livro Ata); Secretaria Municipal de Saúde (SMS); Conselho Municipal de Saúde (CMS).	

1 OBJETIVO

Padronizar o controle de hemorragias externas, utilizando técnicas de compressão direta e aplicação de torniquete, visando prevenir o choque hemorrágico e reduzir a mortalidade evitável.

2 CAMPO DE APLICAÇÃO/ABRANGÊNCIA

Aplica-se às equipes de Suporte Básico (USB) e Suporte Avançado (USA) do SAMU Cristino Castro em situações de trauma com sangramento ativo.

3 RESPONSÁVEIS

PROFISSIONAL	RESPONSABILIDADE
Equipe de Socorro	Identificar sangramentos exangüinantes (X-ABCDE) e aplicar compressão ou torniquete imediatamente.
Técnico de Enfermagem	Realizar curativos compressivos, monitorar sinais de choque e auxiliar na aplicação do torniquete.

Enfermeiro/Médico	Supervisionar o controle hemodinâmico, avaliar a necessidade de preenchimento de ferida e gerenciar o tempo do torniquete.
Condutor-Socorrista	Auxiliar na exposição da vítima e garantir a disponibilidade de materiais de curativo e torniquetes.

4 DEFINIÇÃO

- **Hemorragia Exanguinante:** Sangramento massivo que pode levar ao óbito em poucos minutos (foco na letra "X" do protocolo de trauma).
- **Torniquete:** Dispositivo de constrição circunferencial para interromper o fluxo arterial em membros.
- **Tamponamento:** Técnica de preenchimento de feridas profundas com gaze para compressão interna.

5 MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Luvas de procedimento, máscara e óculos (EPIs).
- Compressas de gaze estéreis e ataduras de crepe (bandagens).
- **Torniquete Tático (comercial).**
- Agentes hemostáticos (se disponíveis).
- Tesoura de trauma e fita para registro de horário.

6. PROCEDIMENTO

6.1 Avaliação e Compressão Direta

1. **Identificação (X):** Localizar o foco do sangramento antes mesmo da avaliação das vias aéreas se for volumoso.
2. **Compressão Manual:** Aplicar pressão firme e direta sobre a ferida com gaze estéril.
3. **Curativo Compressivo:** Se a compressão manual funcionar, envolver o local com atadura de forma firme (não remover as gazes já saturadas; colocar novas por cima).

6.2 Uso do Torniquete (Hemorragias Graves em Membros)

- **Indicações:** Amputações, compressão direta ineficaz, múltiplas vítimas ou sangramento arterial massivo em braços ou pernas.
- **Aplicação:**
 1. Posicionar o torniquete **5 a 7 cm acima** da lesão (nunca sobre articulações).

2. Girar a haste (molinete) até que o sangramento pare e o pulso distal desapareça.
3. Travar a haste e **registrar o horário exato da aplicação** (ex.: T - 14:30) em local visível no paciente.

- **Manutenção:** Jamais afrouxar o torniquete no pré-hospitalar.

6.3 Tamponamento de Ferida (Junções: Virilha, Axila, Pescoço)

1. Em locais onde o torniquete não alcança, preencher a cavidade da ferida com gaze (tamponamento).
2. Manter compressão manual sobre o preenchimento por pelo menos 3 minutos.

7 SINAIS DE CHOQUE HEMORRÁGICO (MONITORAMENTO)

- Pele pálida, fria e pegajosa.
- Taquicardia (FC elevada) e Hipotensão (sinal tardio).
- Agitação psicomotora ou confusão mental.

8 CUIDADOS E PRECAUÇÕES

- **Segurança:** Sempre usar EPIs; o sangue é um fluido de alto risco biológico.
- **Exposição:** Cortar a roupa para visualizar a origem exata do sangramento.
- **Aquecimento:** Prevenir a tríade da morte (acidose, coagulopatia e hipotermia) mantendo o paciente aquecido.

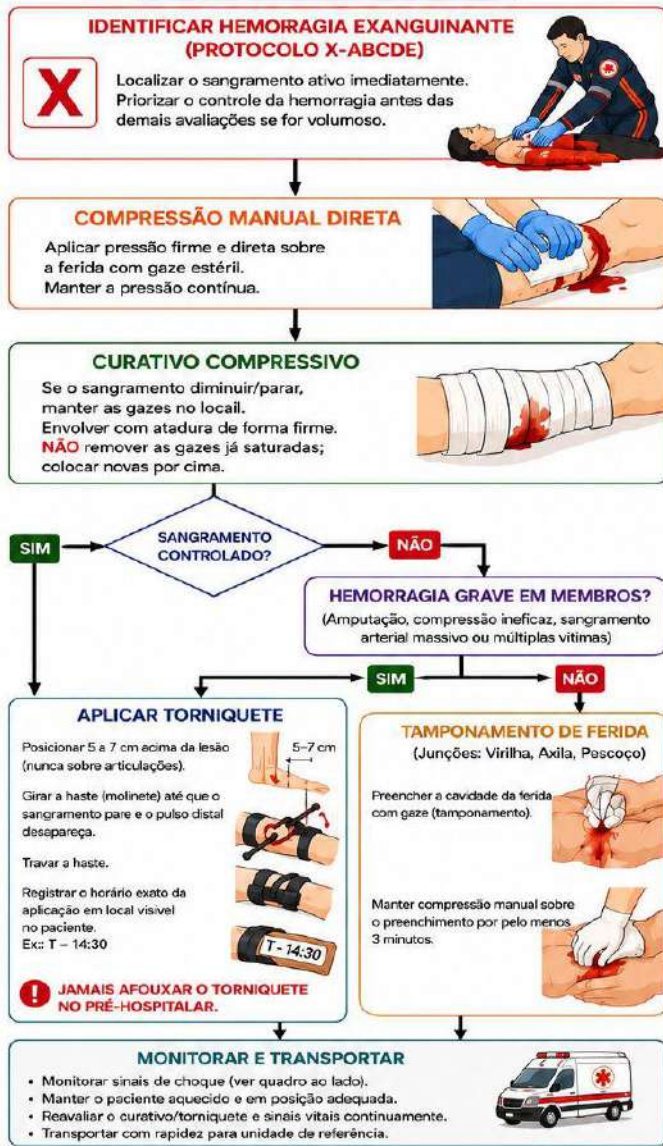
9 REGISTROS

- Anotar: Mecanismo da lesão, método de controle (compressivo/torniquete), horário de aplicação do torniquete e sinais vitais antes e após o controle.

10 FLUXOGRAMA VISUAL

CONTROLE DE HEMORRAGIAS (CURATIVOS COMPRESSIVOS E USO DE TORNIQUETE)

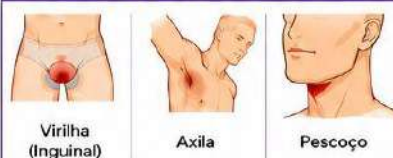
FLUXO DE ATENDIMENTO



INDICAÇÕES PARA USO DO TORNIQUETE

-  Amputações traumáticas
-  Compressão direta ineficaz
-  Sangramento arterial massivo em membros (braços ou pernas)
-  Múltiplas vítimas / cenário tático (priorização da vida)

REGIÕES PARA TAMPONAMENTO



SINAIS DE CHOQUE HEMORRÁGICO (MONITORAMENTO)

-  Pele pálida, fria e pegajosa
-  Taquicardia (FC elevada)
-  Hipotensão (sinal tardio)
-  Agitação psicomotora ou confusão mental

CUIDADOS E PRECAUÇÕES

-  **SEGURANÇA:** Sempre usar EPIs; o sangue é um fluido de alto risco.
-  **EXPOSIÇÃO:** Cortar a roupa para visualizar a origem exata do sangramento.
-  **AQUECIMENTO:** Prevenir a tríade da morte (acidose, coagulopatia e hipotermia) mantendo o paciente aquecido.

MATERIAIS NECESSÁRIOS



REGISTROS

-  Anotar no relatório de ocorrência:
 - Mecanismo da lesão
 - Método de controle (compressivo/torniquete)
 - Horário de aplicação do torniquete
 - Sinais vitais antes e após o controle

LEMBRE-SE
O controle rápido da hemorragia é a prioridade número 1 para salvar vidas e prevenir o choque hemorrágico.

Fonte: Elaborado pelo autor com o auxílio do ChatGPT (OpenAI, 2026).

11 REFERÊNCIAS

AMERICAN HEART ASSOCIATION. **2025 AHA Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care**. Dallas: AHA, 2025. Disponível em: <https://eccguidelines.heart.org>. Acesso em: 30 mar. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de atendimento pré-hospitalar às urgências**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br>. Acesso em: 30 mar. 2026.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Manual de procedimentos fundamentais do processo do cuidado em enfermagem**. Brasília, DF: COFEN, 2024. Disponível em: <https://biblioteca.cofen.gov.br>. Acesso em: 30 mar. 2026.

NATIONAL ASSOCIATION OF EMERGENCY MEDICAL TECHNICIANS. **Prehospital Trauma Life Support (PHTLS)**. 9. ed. Burlington: Jones & Bartlett Learning, 2020.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP-SAMU- 015 ASSISTÊNCIA AO PARTO IMINENTE NO APH	Versão	1.0 (1ª Edição)
		Data de Elaboração	Junho/2026
		Data de Aprovação	10/09/2026
		Página	1 de 5
Elaborado por:	Verificado por:	Aprovado por:	
Cristiane de Araújo Santos- Enfermeira – Coren/PI nº 340.498; Giovanna Jacobina Alencar-Enfermeira – Coren/PI nº 705.877.	Emanuel Vitor Dantas Oliveira - Enfermeiro – Coordenação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) – Coren/PI nº 553.104.	Equipe Multiprofissional do SAMU (Registrado em Livro Ata); Secretaria Municipal de Saúde (SMS); Conselho Municipal de Saúde (CMS).	

1 OBJETIVO

Padronizar a assistência ao parto iminente no ambiente pré-hospitalar, garantindo atendimento seguro à gestante e ao recém-nascido (RN), com foco na prevenção de complicações e conformidade com a Rede Alyne do SUS.

2 CAMPO DE APLICAÇÃO/ABRANGÊNCIA

Aplica-se às equipes de Suporte Básico e Avançado (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e condutores) do SAMU e serviços de urgência móvel.

3 RESPONSÁVEIS

PROFISSIONAL	RESPONSABILIDADE
Médico	Avaliação clínica, condução do parto e manejo de complicações graves.
Enfermeiro	Coordenação da assistência, monitorização materna/neonatal e auxílio no parto.
Técnico de Enfermagem	Preparo de materiais, auxílio no posicionamento e cuidados imediatos com o RN.

Condutor-Socorrista

Apoio logístico, garantia de aquecimento da viatura e auxílio na imobilização/transporte.

4 DEFINIÇÃO

- **Parto Iminente:** Situação em que o nascimento do feto é inevitável no local onde a gestante se encontra, caracterizado pelo coroamento da apresentação fetal, contrações uterinas expulsivas e impossibilidade de transporte em tempo hábil.
- **Coroamento:** Momento em que a maior circunferência da cabeça fetal (ou outra parte apresentada) distende o períneo e permanece visível no orifício vaginal, mesmo entre as contrações.
- **Rede Alyné:** Estratégia do SUS que atualiza a Rede Cegonha, focada na redução da mortalidade materna e neonatal com ênfase na equidade e no atendimento humanizado.
- **Período Expulsivo:** Segunda fase do trabalho de parto, que se inicia com a dilatação total do colo uterino e termina com a saída completa do conceito.
- **Circular de Cordão:** Situação em que o cordão umbilical se encontra enrolado (uma ou mais vezes) ao redor de qualquer parte do corpo do feto, mais frequentemente o pescoço.
- **Dequitação:** Terceiro estágio do parto, correspondente ao descolamento e à expulsão da placenta e das membranas ovulares.
- **Apgar Simplificado:** Método de avaliação rápida da vitalidade do recém-nascido, realizado no 1º e 5º minuto após o nascimento, observando: frequência cardíaca, esforço respiratório, tônus muscular, irritabilidade reflexa e cor da pele.

5 MATERIAIS NECESSÁRIOS

- **Kit Parto Estéril:** Campos, compressas, luvas estéreis, pinças ou clamps umbilicais e tesoura estéril.
- **Equipamentos de Proteção (EPI):** Luvas de procedimento, máscara e óculos.
- **Cuidados com o RN:** Sonda de aspiração, BVM (Ambu) neonatal, cobertores/mantas, saco plástico térmico.
- **Suporte:** Oxigênio, soro fisiológico 0,9% e monitor multiparamétrico.

6. PROCEDIMENTO

6.1 Avaliação e Preparação

1. **Avaliação Inicial:** Verificar sinais vitais, frequência das contrações e presença de coroamento (sinal de parto iminente).

2. **Posicionamento:** Gestante em decúbito dorsal com joelhos flexionados ou semi-sentada, garantindo o máximo de privacidade possível.
3. **Higiene e Paramentação:** Realizar higiene das mãos e utilizar EPIs e campos estéreis na região perineal.

6.2 Assistência ao Nascimento

1. **Expulsão:** Orientar a gestante a realizar força apenas durante as contrações.
2. **Apoio Cefálico:** Apoiar suavemente a cabeça do bebê para evitar uma saída brusca (prevenção de lacerações).
3. **Circular de Cordão:** Verificar se há cordão no pescoço. Se estiver frouxo, deslizá-lo sobre a cabeça; se apertado, clampear e cortar imediatamente antes de liberar o corpo.
4. **Liberação de Ombros:** Permitir a saída espontânea, segurando o RN com firmeza ao nível do útero.

6.3 Cuidados com o Recém-Nascido

1. **Aquecimento:** Secar imediatamente e envolver em mantas aquecidas (ou saco plástico térmico se for prematuro).
2. **Vitalidade:** Avaliar choro e respiração. Aspirar vias aéreas **apenas** se houver obstrução evidente por secreção.
3. **Clampeamento:** Aguardar a cessação da pulsação do cordão (quando possível), clampear em dois pontos e cortar entre eles.

6.4 Cuidados com a Mãe

1. **Dequitação:** Aguardar a saída espontânea da placenta (não tracionar o cordão).
2. **Monitorização:** Observar sangramento vaginal excessivo e realizar massagem uterina suave se necessário.
3. **Contato Pele a Pele:** Se ambos estiverem estáveis, promover o contato imediato entre mãe e filho.

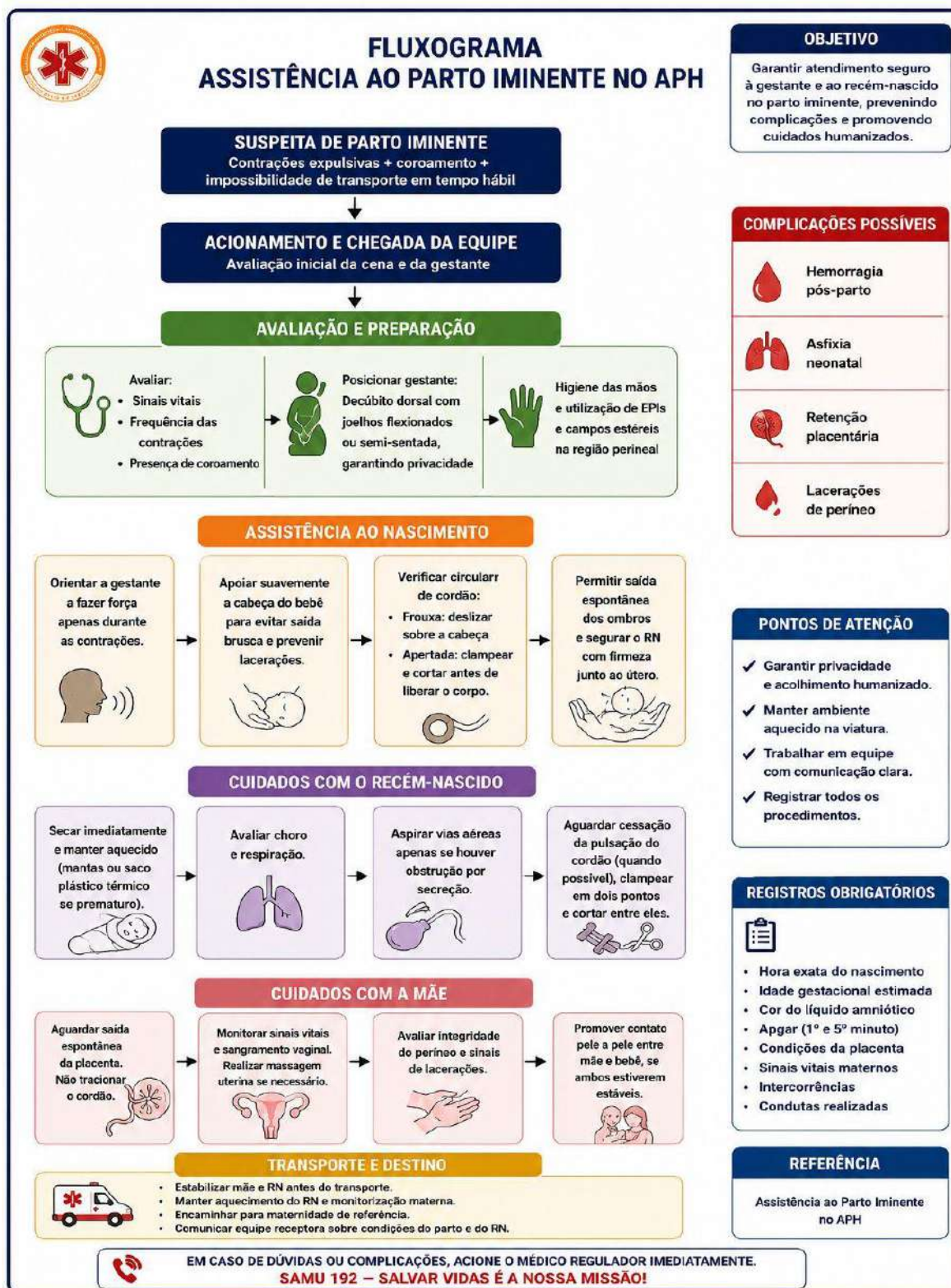
7 COMPLICAÇÕES POSSÍVEIS

- Hemorragia pós-parto (principal causa de morte materna).
- Asfixia neonatal (necessidade de reanimação imediata).
- Retenção placentária e lacerações de períneo.

9 REGISTROS

- Anotar em prontuário: Hora exata do nascimento, idade gestacional estimada, cor do líquido amniótico, boletim Apgar simplificado, condições da placenta e sinais vitais maternos.

10 FLUXOGRAMA VISUAL



Fonte: Elaboração: Gestão da Qualidade em Saúde, Cristino Castro/PI, 2026.

11 REFERÊNCIAS

AMERICAN HEART ASSOCIATION. **2025 AHA Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care**. Dallas: AHA, 2025. Disponível em: <https://eccguidelines.heart.org>. Acesso em: 30 mar. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de atendimento pré-hospitalar às urgências**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br>. Acesso em: 30 mar. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 5.350, de 12 de setembro de 2024**. Institui a Rede Alyne no Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: https://bvs.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt5350_13_09_2024.html. Acesso em: 30 mar. 2026.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Manual de procedimentos fundamentais do processo do cuidado em enfermagem**. Brasília, DF: COFEN, 2024. Disponível em: <https://biblioteca.cofen.gov.br>. Acesso em: 30 mar. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO recommendations on intrapartum care for a positive childbirth experience**. Geneva: WHO, 2018. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215>. Acesso em: 30 mar. 2026.



SECRETARIA
MUNICIPAL DE
SAÚDE



PREFEITURA
**CRISTINO
CASTRO**
Mais trabalho, mais futuro!



PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS

BLOCO IV. EMERGÊNCIAS AMBIENTAIS E TOXICOLÓGICAS

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP – SAMU - 016 ATENDIMENTO A ACIDENTES COM ANIMAIS PEÇONHENTOS	Versão	1.0 (1ª Edição)
		Data de Elaboração	Junho/2026
		Data de Aprovação	10/09/2026
		Página	1 de 8
Elaborado por:	Verificado por:	Aprovado por:	
Cristiane de Araújo Santos- Enfermeira – Coren/PI nº 340.498; Giovanna Jacobina Alencar-Enfermeira – Coren/PI nº 705.877.	Emanuel Vitor Dantas Oliveira - Enfermeiro – Coordenação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) – Coren/PI nº 553.104.	Equipe Multiprofissional do SAMU (Registrado em Livro Ata); Secretaria Municipal de Saúde (SMS); Conselho Municipal de Saúde (CMS).	

1 OBJETIVO

Padronizar o atendimento pré-hospitalar às vítimas de acidentes com animais peçonhentos, garantindo abordagem rápida, segura e eficaz.

2 CAMPO DE APLICAÇÃO/ABRANGÊNCIA

Este procedimento aplica-se a todos os profissionais de saúde atuantes no atendimento pré-hospitalar móvel (APH).

3 RESPONSÁVEIS

PROFISSIONAL	RESPONSABILIDADE
Equipe da USB (Técnico/Auxiliar de Enfermagem)	Realizar avaliação inicial, monitorização e cuidados diretos ao paciente.
Condutor Socorrista	Garantir segurança da cena, auxiliar na assistência e no transporte.
Enfermeiro (USA)	Coordenar a assistência, realizar procedimentos e monitorização avançada.
Médico Regulador	Receber, analisar as informações, classificar gravidade e orientar conduta.

Médico Intervencionista (USA)	Executar atendimento avançado e manejo de complicações.
Coordenação/Supervisão	Garantir o cumprimento do POP e qualidade assistencial.

4 DEFINIÇÃO

Acidente causado pela inoculação de veneno por animais como serpentes, escorpiões, aranhas e himenópteros (abelhas/vespas).

5 MATERIAIS NECESSÁRIOS

- EPI (luvas, máscara, óculos)
- Oxigênio e dispositivos de ventilação
- Monitor multiparamétrico
- Material para acesso venoso
- SF 0,9%
- Medicamentos de suporte

6. PROCEDIMENTO

6.1 Avaliação Inicial (ABCDE)

- **A:** Via aérea
- **B:** Respiração
- **C:** Circulação
- **D:** Neurológico
- **E:** Exposição da lesão

6.2 Condutas Imediatas

- Manter paciente em repouso
- Imobilizar membro afetado
- Remover adornos
- Higienizar com água e sabão
- Oxigênio se necessário
- Manter o membro em posição funcional, sem elevação ativa e evitando movimentos.

6.3 Identificação do Animal

- Realizar apenas se for seguro
- Pode ser feita por descrição ou imagem
- Não atrasar o atendimento ou transporte

6.4 Condutas PROIBIDAS

- Torniquete
- Cortes ou sucção
- Substâncias no local
- Gelo diretamente
- Atraso no transporte

6.5 Acesso Venoso

- Indicado em casos moderados/ Graves
- SF 0,9% se necessário

6.6 Monitorização

- Sinais vitais contínuos
- Saturação O₂
- Evolução local

6.7 Sinais de Gravidade

- Dispneia ou SpO₂ < 94%
- PAS < 90 mmHg ou sinais de choque
- Glasgow < 13
- Hemorragias espontâneas
- Edema progressivo envolvendo mais de um segmento

6.8 Classificação da Gravidade

- **Leve:** Manifestações locais (dor, edema discreto)
- **Moderado:** Manifestações locais associadas a sinais sistêmicos leves
- **Grave:** Manifestações sistêmicas intensas (choque, insuficiência respiratória, alterações neurológicas)

6.9 Condutas Específicas

ACIDENTE OFÍDICO

- Dor e edema
- Marcar progressão
- Transporte imediato
- Evitar movimentação e deambulação

ACIDENTE ESCORPIÔNICO

- Dor intensa

- Crianças = alto risco
- Monitorar sinais sistêmicos

ACIDENTE POR ARACNÍDEOS

- Observar necrose ou sintomas sistêmicos

ACIDENTE POR HIMENÓPTEROS

- Remover ferrões
- Monitorar anafilaxia

6.10 Transporte

- **Prioridade alta:**
 - Crianças
 - Idosos
 - Casos graves

- Encaminhar preferencialmente para unidade de referência com disponibilidade de soro antiveneno.

6.11 Soroterapia

- A soroterapia é o tratamento específico para acidentes por animais peçonhentos
- Realizada preferencialmente em ambiente hospitalar devido ao risco de reações anafiláticas
- Priorizar transporte rápido para unidade de referência

6.12 Comunicação com Regulação

Informar:

- Tipo de acidente
- Tempo de ocorrência
- Sinais vitais
- Gravidade

6.13 Registro

- Horário
- Local da picada
- Evolução
- Condutas

6.14 Tempo de Atendimento

- Considerar tempo até atendimento definitivo como fator crítico
- Priorizar transporte imediato

7 CONDUTAS DE ENFERMAGEM

7.1 Avaliação Inicial

- Realizar abordagem primária conforme protocolo ABCDE
- Identificar local da picada e características (dor, edema, coloração)
- Avaliar sinais vitais: PA, FC, FR, SpO₂, temperatura
- Verificar nível de consciência (AVPU ou Glasgow)

7.2 Cuidados Imediatos

- Manter paciente em repouso absoluto
- Imobilizar o membro acometido (posição funcional)
- Remover adornos (anéis, pulseiras, roupas apertadas)
- Higienizar o local com água e sabão
- Não manipular a lesão

7.3 Monitorização

- Monitorar sinais vitais de forma contínua
- Reavaliar dor e progressão do edema
- Observar sinais sistêmicos:
 - Náuseas/vômitos
 - Sudorese
 - Alterações neurológicas
 - Dispneia

7.4 Intervenções de Enfermagem

- Instalar oxigenoterapia se SpO₂ < 94% ou sinais respiratórios
- Obter acesso venoso periférico (casos moderados/graves)
- Iniciar hidratação venosa conforme prescrição/protocolo
- Administrar medicações conforme prescrição médica ou protocolo institucional:
 - Analgésicos
 - Antieméticos
 - Tratamento de anafilaxia (se necessário)

7.5 Acompanhamento da Lesão

- Marcar limites do edema (se possível)
- Observar sinais de agravamento:
 - Aumento rápido do edema

- Necrose
- Sangramentos

7.6 Educação e Segurança do Paciente

- Orientar o paciente a não movimentar o membro
- Evitar práticas inadequadas (torniquete, substâncias, cortes)

7.7 Comunicação

- Informar à regulação:
 - Evolução clínica
 - Sinais de gravidade
- Relatar alterações importantes à equipe médica

7.8 Registro de Enfermagem

- Horário do atendimento
- Local da picada
- Sinais vitais
- Evolução do quadro
- Condutas realizadas

7.9 Critérios de Alerta Imediato

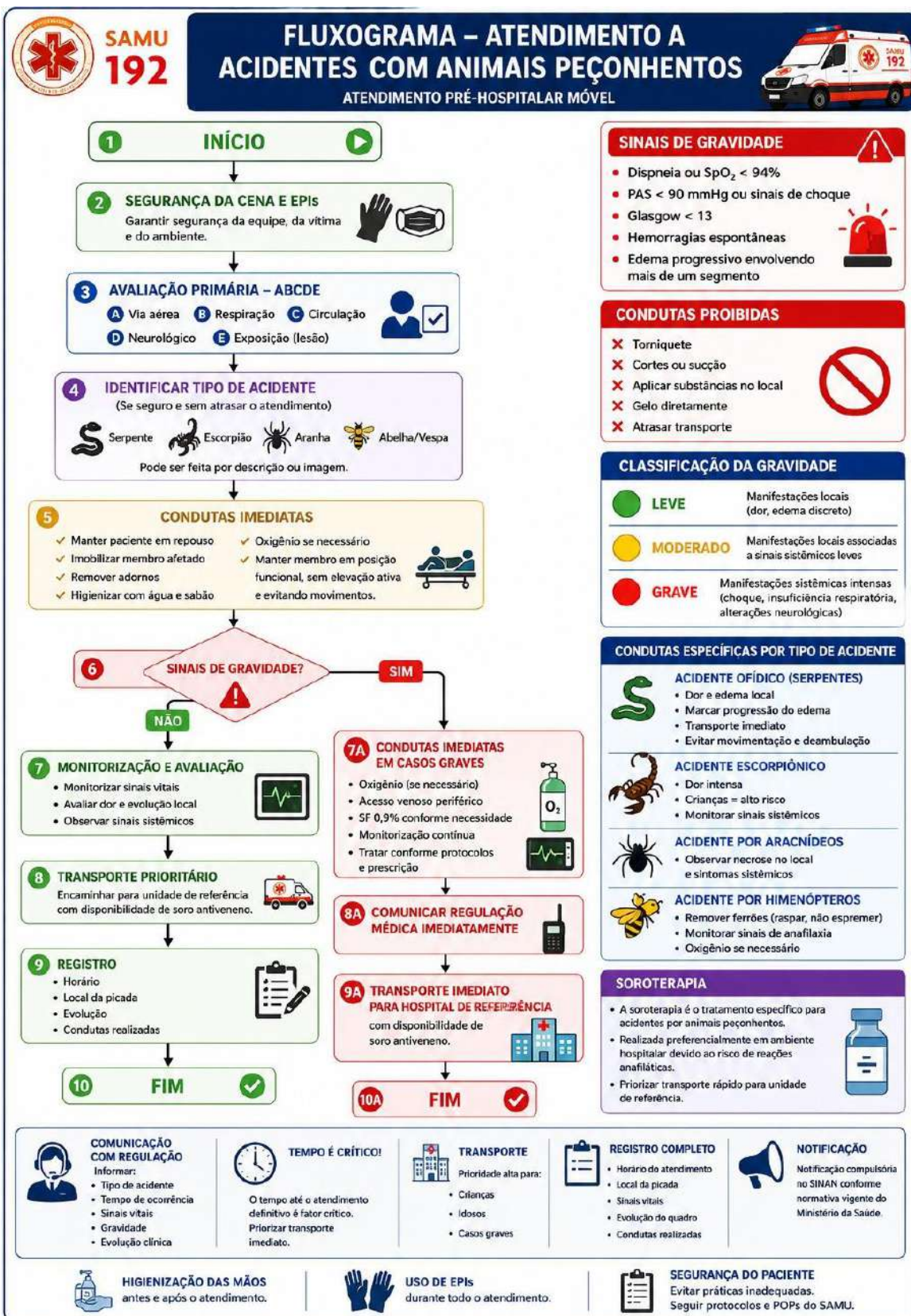
Comunicar imediatamente:

- Rebaixamento do nível de consciência
- Instabilidade hemodinâmica
- Insuficiência respiratória
- Sinais de choque ou anafilaxia

9 NOTIFICAÇÃO

- Notificação compulsória no SINAN conforme normativa vigente do Ministério da Saúde. (Verificar POP. VE. 002 - Vigilância Epidemiológica Municipal).

10 FLUXOGRAMA VISUAL



11 REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Animais peçonhentos**: informações gerais e manejo clínico. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude>. Acesso em: 5 maio 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim epidemiológico de morbimortalidade por animais peçonhentos no Brasil (2010–2024)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude>. Acesso em: 5 maio 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de animais peçonhentos do Brasil**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude>. Acesso em: 5 maio 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de diagnóstico e tratamento de acidentes por animais peçonhentos**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude>. Acesso em: 5 maio 2026.

INSTITUTO BUTANTAN. **Acidentes com animais peçonhentos no Brasil**: perfil epidemiológico recente. São Paulo: Instituto Butantan, 2026. Disponível em: <https://butantan.gov.br>. Acesso em: 5 maio 2026.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP-SAMU- 017 INTOXICAÇÕES EXÓGENAS E TENTATIVAS DE AUTOEXTERMÍNIO	Versão	1.0 (1ª Edição)
		Data de Elaboração	Junho/2026
		Data de Aprovação	10/09/2026
Elaborado por:	Verificado por:	Aprovado por:	
Cristiane de Araújo Santos- Enfermeira – Coren/PI nº 340.498; Giovanna Jacobina Alencar-Enfermeira – Coren/PI nº 705.877.	Emanuel Vitor Dantas Oliveira - Enfermeiro – Coordenação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) – Coren/PI nº 553.104.	Equipe Multiprofissional do SAMU (Registrado em Livro Ata); Secretaria Municipal de Saúde (SMS); Conselho Municipal de Saúde (CMS).	

1 OBJETIVO

Padronizar o atendimento às vítimas de intoxicação exógena e tentativas de autoextermínio, garantindo segurança, suporte vital e encaminhamento adequado.

2 CAMPO DE APLICAÇÃO/ABRANGÊNCIA

Este procedimento aplica-se a todos os profissionais de saúde atuantes no atendimento pré-hospitalar móvel (APH).

3 RESPONSÁVEIS

PROFISSIONAL	RESPONSABILIDADE
Médico regulador	- Identificar o agente tóxico e orientar condutas iniciais por telefone (ex.: não induzir vômito, isolar o produto). - Acionar apoio policial ou bombeiros se houver risco à integridade da equipe ou necessidade de cena segura. - Definir a resposta móvel (USB/USA), regular a vaga hospitalar e contatar o CIATox (Centro de Informação e Assistência Toxicológica) se necessário.

Médico Intervencionista (USA)	• Avaliar o nível de consciência (Glasgow), padrão respiratório e estabilidade hemodinâmica da vítima. • Prescrever e administrar antídotos específicos (ex.: naloxona, flumazenil) e medicações sintomáticas. • Realizar o manejo avançado da via aérea (IOT) em caso de depressão respiratória grave, convulsões ou coma.
Enfermeiro	• Garantir a paramentação adequada da equipe com EPIs específicos contra contaminação química ou biológica. • Realizar abordagem verbal humanizada, empática e sem julgamentos em casos de tentativa de autoextermínio. • Supervisionar ou realizar o acesso venoso, a administração de carvão ativado (se <1h e indicado) e os procedimentos de descontaminação cutânea/ocular. • Coordenar a equipe e garantir o monitoramento contínuo durante o transporte.
Técnico/auxiliar de enfermagem	• Monitorar continuamente os sinais vitais, oximetria, diâmetro pupilar e realizar teste de glicemia (HGT). • Puncionar o acesso venoso e preparar/administrar as medicações e antídotos sob supervisão médica/enfermeiro. • Recolher e preservar frascos, bulas, cartelas de medicamentos ou amostras da substância para entregar na equipe do hospital receptora. • Registrar os horários e a evolução clínica na ficha de atendimento.
Condutor socorrista	• Avaliar os riscos perimetrais antes do desembarque (gases, agressividade) e posicionar a viatura em rota de fuga segura.

	• Levar os materiais de primeira resposta, oxigenoterapia, kit de via aérea e materiais de contenção até a vítima. • Auxiliar na movimentação do paciente e manter vigilância contínua para impedir a evasão ou novas tentativas de auto lesão durante o trajeto. • Manter a comunicação via rádio com a regulação médica.
Coordenação/Supervisão	Garantir o cumprimento do POP e qualidade assistencial.

4 DEFINIÇÃO

- **Intoxicação exógena:** exposição a substâncias tóxicas (medicamentos, drogas, produtos químicos, gases).
- **Tentativa de autoextermínio:** ação intencional com potencial letal.

5 MATERIAIS NECESSÁRIOS

5.1 Equipamentos de Proteção Individual (EPI)

- Luvas de procedimento
- Máscara cirúrgica / N95 (quando indicado)
- Óculos de proteção / face shield
- Avental descartável

5.2 Suporte de Via Aérea e Ventilação

- Bolsa-válvula-máscara (BVM/Ambu)
- Máscaras faciais (adulto e pediátrico)
- Cânula orofaríngea (Guedel)
- Cânula nasofaríngea
- Aspirador portátil + sondas
- Oxigênio (cilindro + fluxômetro)
- Máscara com reservatório
- Dispositivo de via aérea avançada:
 - Tubo orotraqueal
 - Máscara laríngea

5.3 Suporte Circulatório

- Monitor/desfibrilador
- Eletrodos
- Esfigmomanômetro
- Estetoscópio
- Oxímetro de pulso
- Acesso venoso periférico (jelcos, scalp)
- Equipo de infusão
- Soluções:
 - SF 0,9%
 - Ringer lactato

5.4 Medicamentos e Antídotos

- Naloxona (Indicado em suspeita de intoxicação por opioides com depressão respiratória)
- Glicose hipertônica
- Benzodiazepínicos (convulsões)
- Carvão ativado (Preferencialmente até 1 hora após ingestão, podendo ser considerado após esse período em casos selecionados)
- Outros conforme protocolos médicos

5.5 Materiais para Descontaminação

- Soro fisiológico (lavagem ocular/cutânea)
- Compressas/gazes
- Recipientes para descarte contaminado
- Sabão neutro (quando disponível)

5.6 Avaliação e Monitorização

- Glicosímetro + tiras
- Termômetro
- Escala de Glasgow (referência)
- Lanterna (avaliação pupilar)

5.7 Transporte e Imobilização

- Maca
- Prancha rígida (se necessário)

- Cintos de segurança
- Cobertores

5.8 Comunicação e Registro

- Rádio ou telefone funcional
- Ficha de atendimento pré-hospitalar
- Caneta / prancheta

5.9 Materiais de Segurança da Cena

- Kit de contenção (se disponível e autorizado)
- Sacos para materiais contaminados
- Equipamentos para isolamento de área (quando necessário)

5.10 Observações importantes

- Priorizar sempre EPI antes do contato com o paciente
- Materiais devem estar checados e funcionais antes do plantão
- Em suspeita de substância desconhecida → evitar contato direto

6. PROCEDIMENTO

6.1 Avaliar riscos:

- Produtos químicos
- Gases tóxicos
- Agressividade

6.2 Utilizar EPI:

- Luvas, máscara, óculos

6.3 Não acessar cena insegura

6.4 ABORDAGEM INICIAL (ABCDE)

A – Via aérea

- Avaliar permeabilidade
- Aspirar secreções se necessário
- Considerar via aérea avançada

B – Respiração

- Avaliar FR, esforço respiratório
- Oxigenoterapia
- Ventilação com BVM se necessário

C – Circulação

- Pulso, PA, perfusão
- Acesso venoso
- Controle de hemorragias

D – Neurológico

- Escala de Glasgow
- Avaliar pupilas
- Glicemia capilar

E – Exposição

- Inspeção completa
- Identificar sinais clínicos sugestivos de intoxicação

6.5 AVALIAÇÃO ESPECÍFICA

- Investigar:
 - Substância envolvida
 - Quantidade
 - Tempo de exposição
 - Via:
 - Oral
 - Inalatória
 - Cutânea
 - Injetável
- Buscar:
 - Frascos, embalagens
 - Informações com familiares
- Priorizar identificação de:
 - Substância potencialmente letal
 - Tempo de ingestão (<1h é crítico para carvão ativado)

6.6 PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA (PCR)

- Se PCR:
 - Iniciar RCP imediatamente
 - Compressões de alta qualidade
 - Minimizar pausas

- Relação 30:2
- Desfibrilar se indicado

- **Atenção:**

- Intoxicação = causa reversível (tratar sempre que possível)

6.7 TENTATIVA DE AUTOEXTERMÍNIO

- **Abordagem:**

- Humanizada
 - Sem julgamento

- **Garantir segurança:**

- Paciente
 - Equipe

- **Avaliar risco imediato:**

- Ideação ativa
 - Plano definido
 - Meio disponível
 - **Não deixar paciente sozinho**
 - **Encaminhar para suporte hospitalar e psiquiátrico**

7 CONDUTAS GERAIS

7.1 Suporte básico/avançado

- Monitorização contínua
- Oxigênio
- Acesso venoso

7.2 Medidas específicas

- Carvão ativado (se indicado)
- Lavagem ocular/cutânea
- Antídotos:
 - Ex.: Naloxona (opioides)

7.3 Conforme diretrizes da American Heart Association:

Priorizar suporte ventilatório e circulatório

Tratar causas reversíveis (toxinas)

8 TRANSPORTE

- Priorizar estabilização antes do transporte

- Monitorização contínua
- Comunicação com regulação
- Realizar transporte após estabilização clínica sempre que possível

9 REGISTRO

Registrar:

- Sinais vitais
- Substância suspeita
- Condutas realizadas
- Evolução clínica

10 BIOSSEGURANÇA

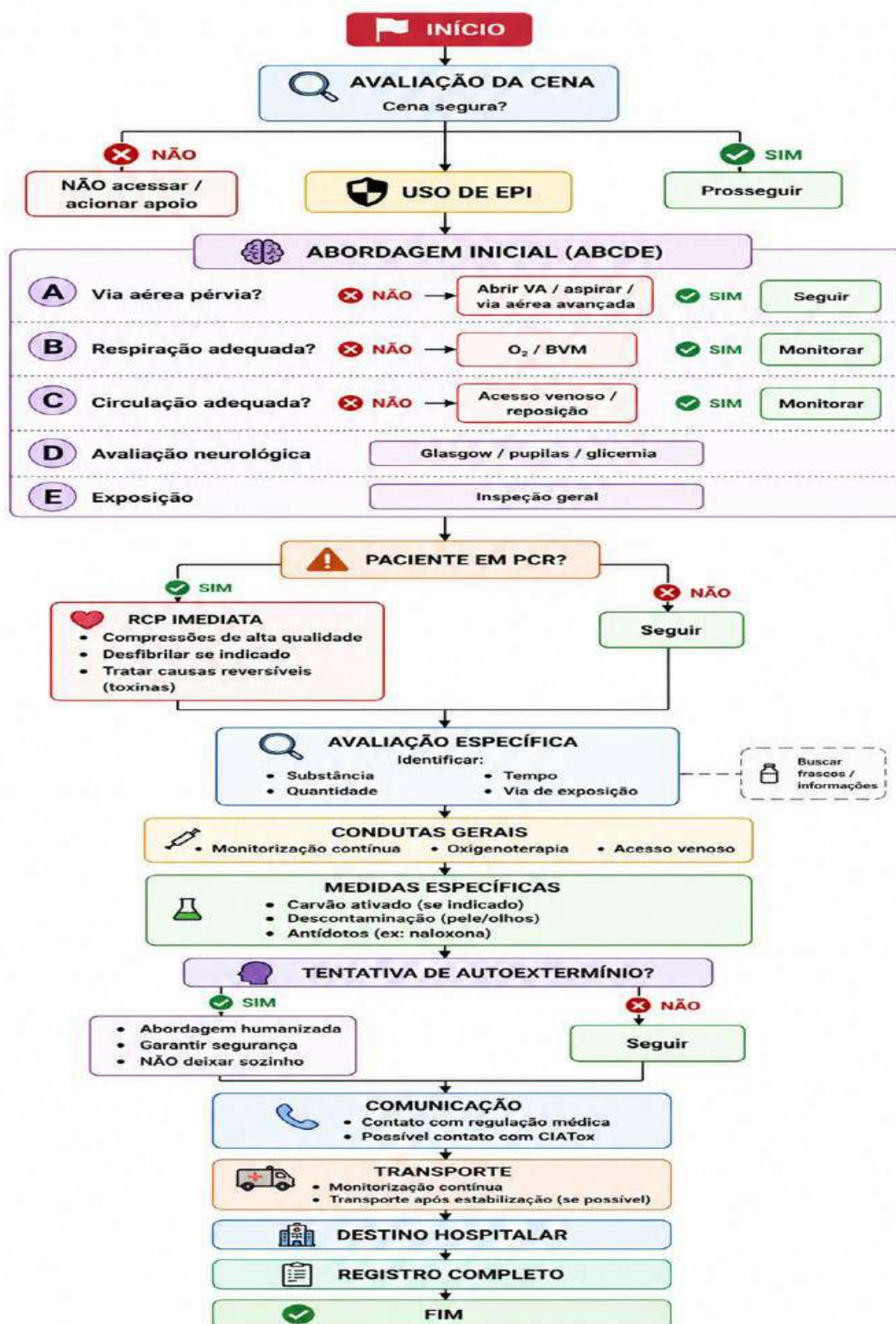
- Uso obrigatório de EPI
- Evitar contato com substâncias desconhecidas
- Garantir segurança da equipe e cena

11 COMUNICAÇÃO

- Comunicação obrigatória com Central de Regulação
- Seguir orientação do médico regulador
- Informar evolução clínica durante transporte

12 FLUXOGRAMA VISUAL

Fluxograma de atendimento em intoxicação exógena



Fonte: Elaborado pelo autor com o auxílio do ChatGPT (OpenAI, 2026).

13 REFERÊNCIAS

AMERICAN HEART ASSOCIATION. **Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care – 2025 Update**. Dallas: AHA, 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Agrotóxicos – VSPEA**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2026. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br>. Acesso em: 6 maio 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota técnica conjunta nº 19/2025 – vigilância de intoxicação exógena**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude>. Acesso em: 6 maio 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo de suporte básico de vida**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [s.d.]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_suporte_basico_vida.pdf. Acesso em: 6 maio 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos operacionais padrão do SAMU 192**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [s.d.].

ESPÍRITO SANTO (Estado). Secretaria da Saúde. **Boletim epidemiológico: intoxicação exógena** 2025. Vitória: SESA, 2026. Disponível em: <https://saude.es.gov.br>. Acesso em: 6 maio 2026.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria da Saúde. **Nota técnica nº 01/2025: intoxicação exógena por metanol**. São Paulo: SES-SP, 2025. Disponível em: <https://www.saude.sp.gov.br>. Acesso em: 6 maio 2026.

SILVA, V. A. et al. Manejo crítico e multimodal da intoxicação exógena aguda. **Studies Publicações**, [S. l.], 2026. Disponível em: <https://ojs.studiespublicacoes.com.br>. Acesso em: 6 maio 2026.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP-SAMU- 018 QUEIMADURAS (SAMU)	Versão	1.0 (1ª Edição)
		Data de Elaboração	Junho/2026
		Data de Aprovação	10/09/2026
		Página	1 de 14
Elaborado por:	Verificado por:	Aprovado por:	
Cristiane de Araújo Santos- Enfermeira – Coren/PI nº 340.498; Giovanna Jacobina Alencar-Enfermeira – Coren/PI nº 705.877.	Emanuel Vitor Dantas Oliveira - Enfermeiro – Coordenação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) – Coren/PI nº 553.104.	Equipe Multiprofissional do SAMU (Registrado em Livro Ata); Secretaria Municipal de Saúde (SMS); Conselho Municipal de Saúde (CMS).	
1 OBJETIVO Padronizar o atendimento às vítimas de queimaduras no ambiente pré-hospitalar, com foco em estabilização, prevenção de deterioração clínica e transporte adequado, conforme princípios do atendimento ao trauma, suporte básico e avançado de vida e protocolos vigentes do APH.			
2 CAMPO DE APLICAÇÃO/ABRANGÊNCIA Este procedimento aplica-se a todos os profissionais de saúde atuantes no atendimento pré-hospitalar móvel (APH).			
3 RESPONSÁVEIS			
PROFISSIONAL		RESPONSABILIDADE	
Médico regulador		• Realizar o acolhimento do chamado, aplicando a triagem clínica para identificar a gravidade da queimadura (térmica, química, elétrica ou por inalação). • Orientar o solicitante sobre condutas imediatas no local (ex.: afastar a fonte de calor, resfriar com água corrente, não aplicar substâncias caseiras).	

	• Definir e enviar a resposta móvel adequada (USB ou USA) conforme os critérios de gravidade. • Prestar suporte técnico telemedicina à equipe de campo durante o manejo da ocorrência. • Articular a vaga zero ou transferência regulada para o hospital de referência ou Centro de Tratamento de Queimados (CTQ).
Médico Intervencionista (USA)	• Realizar a avaliação primária (XABCDE) com foco rigoroso na perviedade das vias aéreas (identificar sinais de lesão por inalação/queimadura de vias aéreas superiores). • Realizar a intubação orotraqueal (IOT) precoce, se indicada, antes do estabelecimento de edema de glote. • Avaliar a Extensão da Superfície Corporal Queimada (SCQ) através da Regra dos Nines (Wallace) ou tabela de Lund-Browder, e calcular a hidratação venosa (Fórmula de Parkland/Consenso). • Prescrever e administrar analgesia vigorosa (opioides) e sedação se necessário. • Realizar procedimentos médicos invasivos (escarotomia, se estritamente necessário em lesões circunferenciais assistidas).
Enfermeiro	• Liderar a equipe assistencial na cena e coordenar os cuidados de enfermagem ao paciente grande queimado. • Garantir o manejo seguro das vias aéreas e monitorização hemodinâmica contínua. • Realizar ou supervisionar o acesso venoso periférico calibroso em área não queimada (ou

	gerenciar o acesso intraósseo em falhas técnicas/emergência). • Executar o cálculo e controle rigoroso da taxa de infusão de fluidos (cristaloides aquecidos, se disponível) conforme protocolo. • Supervisionar e realizar o curativo/cobertura das lesões com compressas ou lençóis estéreis, limpos e secos, prevenindo a hipotermia. • Supervisionar o controle rigoroso da temperatura corporal do paciente e registrar detalhadamente o balanço hídrico na ficha assistencial.
Técnico/auxiliar de enfermagem	• Auxiliar na abordagem inicial do paciente sob supervisão do enfermeiro ou médico. • Puncionar acesso venoso periférico calibroso e infundir a fluidoterapia prescrita. • Realizar a monitorização eletrocardiográfica, oximetria de pulso, aferição da pressão arterial e da temperatura axilar/central. • Auxiliar na remoção de roupas não aderidas à pele e adornos (anéis, pulseiras, relógios) para evitar o efeito torniquete com a instalação do edema. • Aplicar coberturas estéreis e secas sobre as áreas queimadas e proteger o paciente contra a perda de calor (uso de manta térmica).
Condutor socorrista	• Garantir o deslocamento rápido e seguro da viatura, adotando direção defensiva. • Auxiliar a equipe assistencial no isolamento e garantia da segurança da cena (ex.: em acidentes com eletricidade ou produtos químicos).

	• Transportar os equipamentos necessários até a vítima (mochilas de via aérea, trauma e oxigenoterapia). • Auxiliar no manejo físico do paciente, imobilização em prancha se houver trauma associado, e transferência segura para a ambulância. • Manter o rádio e sistemas de comunicação operacionais para atualização do status do transporte ao Médico Regulador.
Coordenação/Supervisão	Garantir o cumprimento do POP e qualidade assistencial.

4 DEFINIÇÃO

Queimaduras são lesões nos tecidos do corpo causadas pela transferência de energia (térmica, química, elétrica ou radiante), resultando em dano celular que pode variar desde alterações superficiais até destruição profunda de estruturas, com possível comprometimento sistêmico.

No contexto do atendimento pré-hospitalar (SAMU), as queimaduras são consideradas condições potencialmente graves, pois podem levar a:

- insuficiência respiratória (especialmente em lesão inalatória)
- choque hipovolêmico
- distúrbios metabólicos
- risco de parada cardiorrespiratória

Alinhamento com princípios de atendimento ao trauma e suporte avançado de vida:

Os princípios de suporte básico e avançado de vida reforçam que pacientes queimados graves devem receber abordagem sistematizada precoce, suas diretrizes reforçam que condições críticas como queimaduras devem ser abordadas com:

- avaliação sistematizada (ABCDE)
- oxigenação precoce
- reconhecimento rápido de deterioração clínica

5 MATERIAIS NECESSÁRIOS

- **EPI:** luvas, máscara, óculos, avental

- **Monitorização:** esfigmomanômetro, oxímetro, monitor/desfibrilador
- **Oxigenoterapia:** O₂, máscara com reservatório, BVM (Ambu), cânula de Guedel
- **Acesso venoso:** cateter periférico, equipo, SF 0,9% ou Ringer Lactato
- **Curativos:** compressas e gazes estéreis, ataduras
- **Irrigação:** soro fisiológico
- **Controle térmico:** cobertor térmico
- **Apoio:** tesoura, materiais de descarte
- **Medicações:** analgesia conforme protocolo
- **Registro:** ficha de atendimento
- Priorizar oxigenação, monitorização contínua e suporte clínico adequado no APH.

6. PROCEDIMENTO

Segurança da cena

- Garantir segurança da equipe e vítima
- Utilizar EPIs
- Realizar avaliação rápida e intervenção simultânea conforme prioridade clínica.

Avaliação inicial (ABCDE)

- A: avaliar vias aéreas (suspeitar de lesão inalatória)
- B: avaliar respiração → ofertar O₂ em alto fluxo
- C: avaliar circulação → controlar sangramentos e obter acesso venoso
- D: avaliar nível de consciência (Glasgow)
- E: expor áreas queimadas e prevenir hipotermia

Intervenções imediatas

- Interromper agente causador
- Resfriar com água corrente limpa por até 10 minutos, evitando hipotermia
- Retirar roupas/acessórios não aderidos
- Cobrir com compressa estéril seca

Condutas específicas

- Térmica: resfriar e cobrir
- Química: irrigar abundantemente, exceto substâncias que reagem com água (seguir ficha de segurança do produto quando disponível).
- Elétrica: desligar fonte e realizar monitorização cardíaca contínua devido ao risco de arritmias.

Suporte clínico

- Oxigenoterapia precoce
- Obter acesso venoso periférico;
- Considerar reposição volêmica em queimaduras extensas (>20% SCQ em adultos);
- Preferir Ringer Lactato conforme protocolo institucional.
- Analgesia conforme protocolo
- Monitorização contínua

Avaliar gravidade

- Estimar extensão (ex.: Regra dos Nove)
- Identificar áreas críticas (face, vias aéreas, genitais, mãos/pés)

6.7 Critérios de Gravidade (resumido):

- Queimaduras >10% SCQ em adultos
- Queimaduras >5% SCQ em crianças e idosos
- Face, mãos, pés, períneo, vias aéreas
- Lesão inalatória
- Queimadura elétrica
- Sinais de choque

Transporte

- Priorizar hospital de referência
- Comunicação prévia
- Monitorização durante transporte

Registro

- Causa, tempo, extensão
- Sinais vitais
- Condutas realizadas

Postos-chaves do atendimento pré-hospitalar

- Atendimento sistematizado (ABCDE)
- Oxigenação precoce
- Equipe organizada e monitorização contínua
- Integração com sistema de emergência

7 CONDUTAS DE ENFERMAGEM

7.1 Avaliação Inicial

- Realizar abordagem primária conforme protocolo ABCDE
- Avaliar via aérea com atenção para sinais de lesão inalatória:
 - rouquidão
 - fuligem em vias aéreas
 - queimaduras em face/pescoço
- Verificar sinais vitais: PA, FC, FR, SpO₂, temperatura
- Avaliar nível de consciência (AVPU ou Escala de Glasgow)
- Identificar mecanismo da queimadura (térmica, química, elétrica)

7.2 Cuidados Imediatos

- Interromper o agente causador da queimadura
- Resfriar a área queimada com água corrente limpa ou SF 0,9% por até 10 minutos, evitando hipotermia.
- Remover roupas e objetos não aderidos à pele
- Cobrir a lesão com compressas ou gazes estéreis secas
- Evitar hipotermia (uso de cobertor térmico)

7.3 Monitorização

- Monitorar sinais vitais continuamente
- Monitorar saturação de O₂ (SpO₂)
- Monitorização cardíaca (especialmente em queimaduras elétricas)
- Reavaliar nível de consciência
- Observar sinais de deterioração clínica:
 - dispneia
 - queda de pressão arterial
 - taquicardia
 - rebaixamento do nível de consciência

7.4 Intervenções de Enfermagem

- Instalar oxigenoterapia em alto fluxo (máscara com reservatório)
- Auxiliar na manutenção de via aérea pérvia (posicionamento, cânula de Guedel se necessário)
- Obter acesso venoso periférico (preferencialmente em área não queimada)
- Iniciar reposição volêmica conforme protocolo/prescrição
- Administrar medicações conforme prescrição médica:

- analgésicos
- sedação (se indicado)
- Preparar materiais para suporte avançado, se necessário

7.5 Avaliação da Lesão

- Avaliar extensão da queimadura (regra dos nove ou palma da mão)
- Identificar profundidade (superficial, parcial, total)
- Observar áreas críticas:
 - face
 - mãos
 - pés
 - períneo
 - articulações
- Monitorar evolução da lesão durante atendimento

7.6 Controle da Dor

- Avaliar dor (escala numérica ou comportamental)
- Administrar analgesia conforme protocolo
- Reavaliar resposta à analgesia

7.7 Prevenção de Complicações

- Prevenir hipotermia
- Evitar contaminação da ferida
- Não romper bolhas
- Não aplicar pomadas ou substâncias no APH
- Observar sinais de choque hipovolêmico

7.8 Educação e Segurança do Paciente

- Orientar o paciente a evitar manipular a lesão
- Manter repouso durante atendimento
- Evitar práticas inadequadas (uso de substâncias caseiras, gelo direto, etc.)

7.9 Comunicação

- Informar à regulação:
 - extensão e profundidade da queimadura
 - sinais vitais
 - suspeita de lesão inalatória

- Comunicar alterações clínicas imediatamente à equipe médica
- Comunicar conforme protocolo institucional e item 9 deste POP

7.10 Registro de Enfermagem

- Registrar:
 - horário do atendimento
 - mecanismo da queimadura
 - extensão e localização
 - sinais vitais
 - intervenções realizadas
 - resposta do paciente

7.11 Critérios de Alerta Imediato

Comunicar imediatamente à equipe médica/regulação:

- Sinais de insuficiência respiratória
- Suspeita de lesão inalatória
- Instabilidade hemodinâmica
- Rebaixamento do nível de consciência
- Queimaduras extensas ou em áreas críticas
- Arritmias (especialmente em queimaduras elétricas)

8 BIOSSEGURANÇA

- Garantir segurança da cena antes do atendimento
- Utilizar EPI obrigatório (luvas, máscara, óculos, avental)
- Evitar contato com sangue, secreções e áreas queimadas
- Em queimaduras químicas: evitar exposição e irrigar com proteção adequada
- Descartar materiais conforme normas de biossegurança
- Higienizar mãos e equipamentos após atendimento
- Em caso de acidente ocupacional, seguir protocolo institucional

9 COMUNICAÇÃO

Comunicar imediatamente à Central de Regulação

Informar:

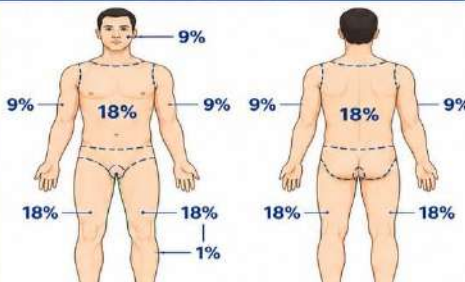
- mecanismo da queimadura
- tempo de ocorrência
- extensão e localização

- sinais vitais
- suspeita de lesão inalatória
- Atualizar evolução clínica durante o atendimento e transporte
- Seguir orientações do médico regulador

10 FLUXOGRAMA VISUAL

Regra dos Nove e Regra da Palma

REGRA DOS NOVE (ADULTO)



Cabeça e pescoço	9%
Cada braço	9%
Tronco anterior	18%
Tronco posterior	18%
Cada perna	18%
Períneo/genital	1%

USO: Estimativa rápida da SCQ (%) em queimaduras extensas.

USO: queimaduras extensas.

REGRA DA PALMA



A palma da mão do paciente (com dedos) $\approx$ 1% da SCQ.

COMO USAR

- Use a palma do paciente**
A superfície da palma da mão (com dedos) corresponde a $\approx$ 1% da SCQ.
- Compare com a área queimada**
Sobreponha mentalmente ou use a palma como referência para estimar a área queimada.
- Some as áreas**
Some quantas "palmas" forem necessárias para cobrir toda a área queimada e estime o % total.

EXEMPLO PRÁTICO

Queimadura em área irregular no braço e antebraço.

1 palma $\approx$ 1% SCQ + 1 palma $\approx$ 1% SCQ = Total $\approx$ 2% SCQ

Fonte: Elaborado pelo autor com o auxílio do ChatGPT (OpenAI, 2026)..

Classificação da Gravidade

CLASSIFICAÇÃO DA GRAVIDADE

LEVE

- <10% SCQ (adulto)
- Sem áreas críticas

MODERADO

- 10–20% SCQ
- Sem via aérea comprometida

GRAVE

- $\geq$ 20% SCQ
- Face, mãos, pés, períneo
- Lesão inalatória
- Queimadura elétrica
- Sinais de choque

CONDUTA:
GRAVE = PRIORIDADE MÁXIMA + HOSPITAL REFERÊNCIA

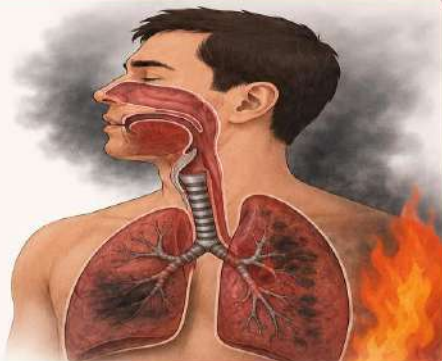
Fonte: Elaborado pelo autor com o auxílio do ChatGPT (OpenAI, 2026).

Lesão Inalatória

LESÃO INALATÓRIA
(ALERTA)

SUSPEITAR SE:

- Rouquidão**
- Estridor**
(chiado inspiratório)
- Fuligem em**
narinas/boca
- Queimadura em**
face/pescoço
- Tosse com**
secreção escura



CONDUTA:



O₂ ALTO FLUXO
IMEDIATO
Administre oxigênio
em alto fluxo o mais
rápido possível.



PRIORIDADE NO
TRANSPORTE
Transporte rápido para
unidade hospitalar de
referência.



AVISAR
REGULAÇÃO
Comunique imediatamente
à central de regulação
sobre suspeita de lesão
inalatória.

LEMBRE-SE: Lesão inalatória pode evoluir rapidamente.
A avaliação precoce e o transporte rápido salvam vidas.

Fonte: Elaborado pelo autor com o auxílio do ChatGPT (OpenAI, 2026).

Queimadura Elétrica

QUEIMADURA ELÉTRICA

ATENÇÃO:

- Lesão externa pode ser pequena
- Alto risco de arritmias



CONDUTA:



Monitorização
cardíaca contínua
Alto risco de arritmias e
parada cardíaca.





Avaliar entrada/saída
da corrente
Identifique os pontos de
entrada e saída da corrente
elétrica.





Transporte
prioritário
Encaminhe para unidade
hospitalar o mais rápido
possível.



LEMBRE-SE:

- Sempre priorize sua segurança antes de prestar atendimento.
- Desligue a fonte de energia antes de tocar na vítima.
- Queimaduras elétricas podem causar lesões internas graves, mesmo quando as marcas externas são mínimas.

RISCO DE
CHOQUE ELÉTRICO

Fonte: Elaborado pelo autor com o auxílio do ChatGPT (OpenAI, 2026).

Checklist Rápido

CHECKLIST RÁPIDO (APH)		
☐		Cena segura
☐		ABCDE realizado
☐		O ₂ em alto fluxo
☐		Agente interrompido
☐		Resfriamento (até 10 min)
☐		Roupas/adornos removidos
☐		Lesão coberta (estéril seca)
☐		Acesso venoso
☐		Analgesia
☐		Estimativa SCQ
☐		Avaliação gravidade
☐		Comunicação com regulação
☐		Transporte prioritário

**RAPIDEZ SALVA VIDAS!**
Avalie, trate e transporte com segurança.

**FOCO NO PACIENTE**
Priorize via aérea, respiração, circulação e prevenção de complicações.

**EQUIPE INTEGRADA**
Comunique-se sempre e siga os protocolos institucionais.

AVALIAÇÃO COMPLETA • TRATAMENTO ÁGIL • TRANSPORTE SEGURO

Fonte: Elaborado pelo autor com o auxílio do ChatGPT (OpenAI, 2026).

11 REFERÊNCIAS

AMERICAN BURN ASSOCIATION. **Advanced Burn Life Support Course Provider Manual**. Chicago: ABA, 2025. Disponível em: <https://ameriburn.org>. Acesso em: 13 maio 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cartilha para tratamento de emergência das queimaduras**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br>. Acesso em: 13 maio 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos de Intervenção para o SAMU 192**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <https://www.gov.br/saude>. Acesso em: 13 maio 2026.

FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS. **Protocolo clínico**: atendimento ao paciente queimado. Belo Horizonte: FHEMIG, 2024. Disponível em: <https://www.fhemig.mg.gov.br>. Acesso em: 13 maio 2026.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP-SAMU- 019 INSOLAÇÃO E DESIDRATAÇÃO GRAVE	Versão	1.0 (1ª Edição)
		Data de Elaboração	Junho/2026
		Data de Aprovação	10/09/2026
Elaborado por:	Verificado por:	Página	1 de 11
Cristiane de Araújo Santos- Enfermeira – Coren/PI nº 340.498; Giovanna Jacobina Alencar-Enfermeira – Coren/PI nº 705.877.	Emanuel Vitor Dantas Oliveira - Enfermeiro – Coordenação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) – Coren/PI nº 553.104.	Aprovado por:	
		Equipe Multiprofissional do SAMU (Registrado em Livro Ata); Secretaria Municipal de Saúde (SMS); Conselho Municipal de Saúde (CMS).	

1 OBJETIVO

Padronizar o atendimento pré-hospitalar a pacientes com insolação e desidratação grave, garantindo intervenção precoce, redução de complicações e segurança durante o transporte.

2 CAMPO DE APLICAÇÃO/ABRANGÊNCIA

Este procedimento aplica-se a todos os profissionais de saúde atuantes no atendimento pré-hospitalar móvel (APH).

3 RESPONSÁVEIS

PROFISSIONAL	RESPONSABILIDADE
Médico regulador	• Realizar a triagem clínica minuciosa do chamado, diferenciando a exaustão pelo calor da insolação (emergência médica com disfunção neurológica e temperatura central elevada). • Orientar o solicitante sobre medidas imediatas de resfriamento passivo enquanto a equipe se desloca (ex.: mover a vítima para local fresco, remover

	roupas excessivas, aplicar compressas frias, não oferecer líquidos se houver rebaixamento de consciência). • Definir a prioridade do atendimento e empenhar a unidade móvel adequada (USB ou USA). • Prestar suporte técnico telemedicina à equipe assistencial em cena, autorizando terapias medicamentosas ou infusões específicas. • Definir o destino do paciente e articular a vaga receptora no serviço hospitalar.
Médico Intervencionista (USA)	• Realizar a avaliação clínica avançada, com foco no status neurológico (escala de coma de Glasgow) e sinais de choque hipovolêmico/distúrbios hidroeletrólíticos. • Coordenar e instituir métodos de resfriamento ativo agressivo (infusão de soro fisiológico resfriado, lavagem gástrica se estritamente indicado e monitorizado). • Realizar manejo avançado de via aérea (IOT) em pacientes com rebaixamento do nível de consciência que comprometa a patência respiratória ou apresentem crises convulsivas refratárias. • Tratar complicações sistêmicas imediatas, como crises convulsivas (uso de benzodiazepínicos), arritmias cardíacas decorrentes de distúrbios eletrolíticos e choque refratário. • Definir a taxa e o volume da expansão volêmica para evitar correções excessivamente rápidas que possam causar edema cerebral.

Enfermeiro	• Coordenar as ações da equipe assistencial na cena, focando na tríade: segurança, resfriamento imediato e estabilização hemodinâmica. • Supervisionar ou realizar o acesso venoso periférico calibroso e iniciar a reposição volêmica prescrita com soluções cristaloides. • Monitorar a temperatura central de forma contínua ou intermitente, interrompendo o resfriamento ativo assim que a meta de segurança for atingida ($\sim 38,5^{\circ}\text{C}$ a 39°C) para evitar hipotermia rebote. • Realizar a sondagem vesical de demora para monitorização rigorosa do débito urinário (alvo de perfusão tecidual) e prevenção de Insuficiência Renal Aguda (IRA) por rabdomiólise. • Supervisionar a aplicação de métodos de resfriamento evaporativo ou por condução (lençóis úmidos, borrifação de água e aplicação de bolsas de gelo em áreas de grandes vasos: axilas, virilhas e pescoço).
Técnico/auxiliar de enfermagem	• Realizar a monitorização hemodinâmica contínua do paciente: oximetria de pulso, eletrocardiograma (ECG), frequência cardíaca, pressão arterial e mensuração frequente da temperatura. • Puncionar acesso venoso periférico conforme orientação do enfermeiro/médico e administrar a fluidoterapia prescrita. • Executar as técnicas físicas de resfriamento prescritas (aplicação de compressas frias, bolsas de gelo protegidas nas regiões inguinais e axilares, ventilação física).

	• Auxiliar na proteção e posicionamento do paciente no leito da ambulância, mantendo-o monitorizado e em decúbito seguro (especialmente se houver náuseas, vômitos ou risco de convulsão). • Registrar os sinais vitais evolutivos e os volumes de fluidos infundidos na ficha de atendimento.
Condutor socorrista	• Garantir o deslocamento rápido e seguro da viatura, adotando direção defensiva. • Ligar o sistema de climatização (ar-condicionado) do salão de atendimento da ambulância na temperatura mínima permitida, auxiliando no resfriamento do ambiente antes e durante o transporte do paciente. • Transportar os equipamentos necessários até a vítima (mochilas de via aérea, acesso venoso, soluções de expansão e oxigenoterapia). • Auxiliar a equipe de saúde na remoção de roupas da vítima, aplicação de compressas de resfriamento e na movimentação segura do paciente para a maca. • Manter a comunicação ativa via rádio/sistema com a regulação médica para repasse de status do transporte.
Coordenação/Supervisão	Garantir o cumprimento do POP e qualidade assistencial.

4 DEFINIÇÃO

- **Insolação (golpe de calor):** temperatura corporal $\geq 40^{\circ}\text{C}$ associada à disfunção neurológica.
- **Desidratação grave:** perda significativa de líquidos e eletrólitos com repercussão hemodinâmica.

4.1 Critérios de inclusão

Aplicar este protocolo se houver:

- Exposição ao calor +
- Temperatura $\geq 39,5-40^{\circ}\text{C}$ OU suspeita clínica

E/OU:

- Alteração do nível de consciência
- Sinais de choque (hipotensão, taquicardia)
- Desidratação grave evidente

5 SINAIS E SINTOMAS

Insolação

- Temperatura elevada ($\geq 40^{\circ}\text{C}$)
- Pele quente (seca ou sudoreica)
- Confusão, agitação ou coma
- Cefaleia intensa
- Náuseas/vômitos
- Convulsões

Desidratação Grave

- Sede intensa
- Mucosas secas
- Olhos fundos
- Oligúria/anúria
- Hipotensão
- Taquicardia
- Letargia

6 MATERIAIS NECESSÁRIOS

Equipamentos

- Monitor multiparamétrico
- Oxímetro
- Termômetro
- Esfigmomanômetro

Hidratação

- Solução fisiológica 0,9% (SF 0,9%) ou ringer lactato
- Equipos macrogotas

- Cateter venoso (18G/20G)

Resfriamento

- Compressas/gazes
- Bolsa térmica com gelo
- Água
- Ventilação

Via aérea

- Cânula de Guedel
- Ambu
- Máscara de oxigênio
- Aspirador

Medicamentos

- Benzodiazepínicos
- Antieméticos
- SRO

7 AVALIAÇÃO INICIAL (ABCDE)

- **A – Via aérea:** garantir permeabilidade
- **B – Respiração:** avaliar FR e SatO₂ (O₂ se < 94%)
- **C – Circulação:** PA, FC, perfusão
- **D – Neurológico:** Escala de Glasgow; verificar glicemia capilar.
- **E – Exposição:** despir paciente e medir temperatura

8 CONDUTA PRÉ-HOSPITALAR**Intervenções Imediatas:****8.1 Retirada do ambiente quente**

- Levar para sombra ou ambulância climatizada

8.2 Resfriamento ativo (PRIORIDADE ABSOLUTA)

- Compressas frias (axilas, pescoço, virilha)
- Água + ventilação (método evaporativo)
- Bolsa térmica com gelo protegido

Objetivo: reduzir temperatura corporal para 38–38,5°C.

Suspender resfriamento ativo ao atingir 38–38,5°C para evitar hipotermia.

Evitar:

- Água extremamente gelada
- Atraso no início do resfriamento

8.3 Acesso venoso

- Cateter periférico calibroso ($\geq 18G$)

8.4 Reposição volêmica

- SF 0,9% ou Ringer Lactato
- Adulto: iniciar com 500–1000 ml de cristalóide isotônico, reavaliando perfusão, PA e sinais de sobrecarga volêmica.
- Criança: 20 ml/kg

8.5 Hidratação oral (se consciente)

- Pequenos volumes de água ou SRO

Não oferecer via oral em pacientes com rebaixamento do nível de consciência ou risco de broncoaspiração.

8.6 Suporte avançado (se necessário)

- Convulsão → benzodiazepínico (Diazepam ou midazolam conforme protocolo institucional).
- Rebaixamento → manejo de via aérea
- Monitorização cardíaca contínua

8.7 Condutas evitadas

- Antitérmicos não são eficazes na insolação.
- Não retardar transporte para concluir resfriamento completo no local.
- Evitar imersão em água gelada em pacientes instáveis sem monitorização adequada.
- Evitar hidratação oral em pacientes rebaixados.

9 CUIDADOS DE ENFERMAGEM

- Monitorar sinais vitais (5–10 min)
- Avaliar Glasgow continuamente
- Controlar temperatura corporal
- Garantir acesso venoso seguro
- Administrar fluidos conforme prescrição
- Prevenir broncoaspiração
- Posicionar em decúbito lateral (se rebaixado)
- Registrar evolução clínica

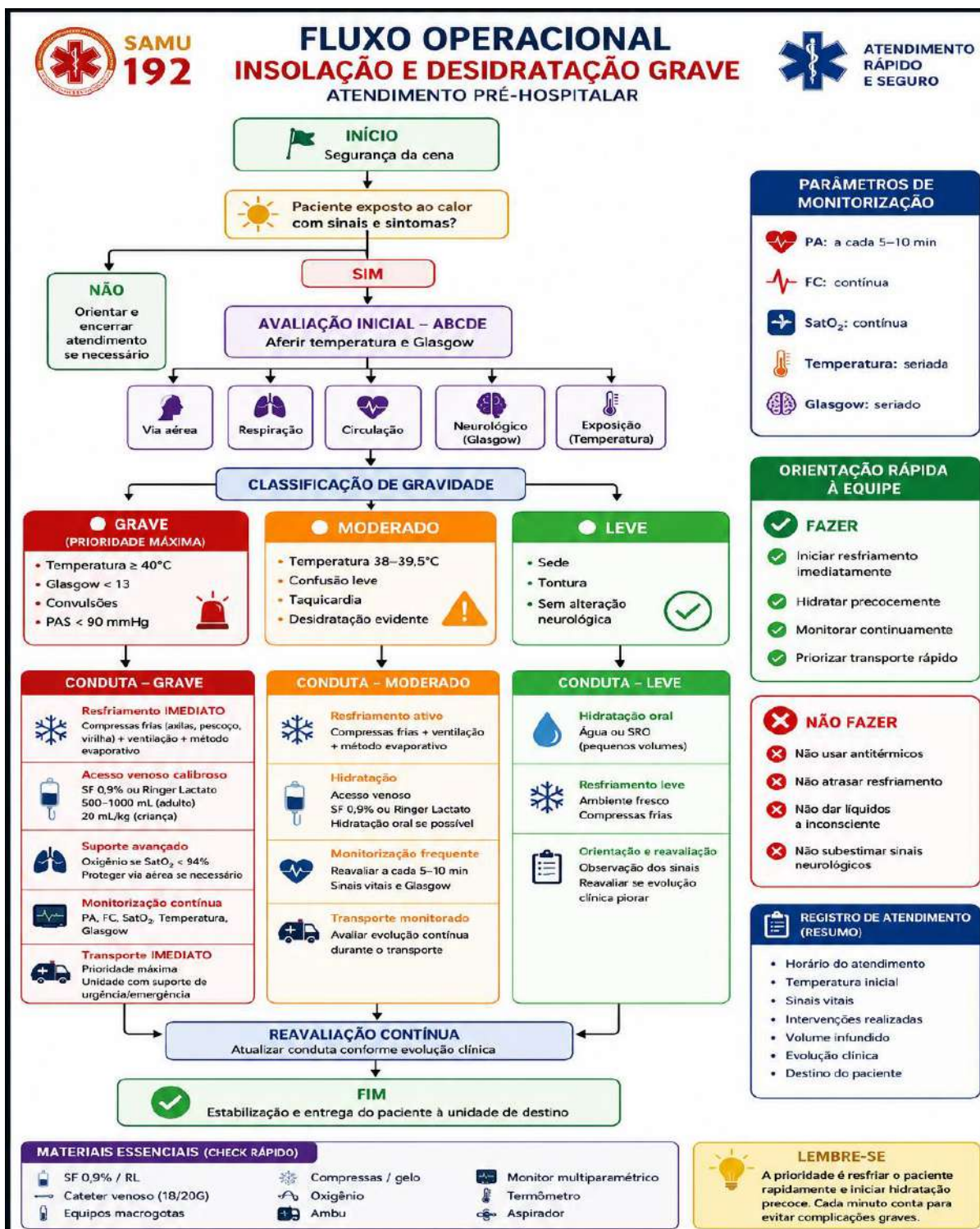
10 TRANSPORTE

Prioridade ALTA se:

- Glasgow < 15
- Temperatura $\geq 40^{\circ}\text{C}$
- Instabilidade hemodinâmica
- Convulsões
- Transporte com climatização quando disponível.
- Manter resfriamento durante deslocamento.
- **Destino: unidade com suporte de urgência/emergência**

11 FLUXOGRAMA VISUAL

Fluxograma Operacional



Fonte: Elaborado pelo autor com o auxílio do ChatGPT (OpenAI, 2026).

Escala de Glasgow

ESCALA DE COMA DE GLASGOW (ECG)

Avaliação do nível de consciência



A ECG avalia o nível de consciência do paciente através de 3 parâmetros: **Abertura Ocular, Resposta Verbal e Resposta Motora.**

Score total:

3 – 15

pontos

1. ABERTURA OCULAR (AO)	PONTOS	2. RESPOSTA VERBAL (RV)	PONTOS	3. RESPOSTA MOTORA (RM)	PONTOS
Espontânea	4	Orientado	5	Obedece comandos	6
Ao chamado (voz)	3	Conversa confusa	4	Localiza dor	5
À dor	2	Palavras inapropriadas	3	Retira à dor	4
Ausente	1	Sons incompreensíveis	2	Flexão anormal (decorticação)	3
		Ausente	1	Extensão anormal (descerebração)	2
				Ausente	1



Avalia a capacidade do paciente de abrir os olhos.



Avalia a capacidade de comunicação e o conteúdo da resposta.



Avalia a resposta motora a estímulos.

CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA

ECG	CLASSIFICAÇÃO (ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA)
13 – 15	Alteração leve
9 – 12	Alteração moderada
≤ 8	Alteração grave

EXEMPLO DE REGISTRO

ECG 12 (AO3/RV4/RM5)

AO 3

 Abertura ocular ao chamado

RV 4

 Conversa confusa

RM 5

 Localiza dor

TOTAL: 12 PONTOS

INTERPRETAÇÃO OPERACIONAL

 **13 – 15** Alteração leve do nível de consciência

 **9 – 12** Alteração moderada do nível de consciência

 **≤ 8** Alteração grave do nível de consciência



ATENÇÃO NO APH

- ECG < 15 em paciente com hipertermia (ex.: insolação) é sinal de gravidade.
- ECG ≤ 8: considerar via aérea definitiva conforme avaliação clínica.
- Rebaixamento progressivo do Glasgow exige prioridade máxima de transporte.
- Reavaliar e registrar AO/RV/RM periodicamente.



LIMITAÇÕES DA ESCALA



Sedação pode reduzir a pontuação.



Intubação prejudica a resposta verbal.



Afasia pode interferir na resposta.



Surdez pode dificultar a resposta.



Barreiras linguísticas podem interferir.



A ECG deve ser aplicada em adultos e crianças ≥ 5 anos. Em crianças < 5 anos, utilizar a Escala de Coma de Glasgow Pediátrica (ECGP).



Registrar sempre separadamente AO / RV / RM e a pontuação total.

Fonte: Elaborado pelo autor com o auxílio do ChatGPT (OpenAI, 2026).

13 REFERÊNCIAS

AMERICAN HEART ASSOCIATION. **Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care – 2025**. Dallas: AHA, 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde**. 5. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude>. Acesso em: 14 maio 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Atendimento Pré-Hospitalar – SAMU 192**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br>. Acesso em: 14 maio 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção às Urgências**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br>. Acesso em: 14 maio 2026.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CLÍNICA MÉDICA. **Emergências clínicas**: abordagem prática. São Paulo: Atheneu, 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE. **Abordagem das condições relacionadas ao calor na atenção primária**. Rio de Janeiro: SBMFC, 2019.



SECRETARIA
MUNICIPAL DE
SAÚDE



PREFEITURA
**CRISTINO
CASTRO**
Mais trabalho, mais futuro!



BLOCO V. EMERGÊNCIAS PEDIÁTRICAS

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP-SAMU- 020 CRISE CONVULSIVA FEBRIL EM CRIANÇAS	Versão	1.0 (1ª Edição)
		Data de Elaboração	Junho/2026
		Data de Aprovação	10/09/2026
		Página	1 de 6
Elaborado por:	Verificado por:	Aprovado por:	
Cristiane de Araújo Santos- Enfermeira – Coren/PI nº 340.498; Giovanna Jacobina Alencar-Enfermeira – Coren/PI nº 705.877.	Emanuel Vitor Dantas Oliveira - Enfermeiro – Coordenação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) – Coren/PI nº 553.104.	Equipe Multiprofissional do SAMU (Registrado em Livro Ata); Secretaria Municipal de Saúde (SMS); Conselho Municipal de Saúde (CMS).	

1 OBJETIVO

Padronizar o atendimento pré-hospitalar à criança com crise convulsiva febril, garantindo abordagem segura, suporte básico/avançado de vida e estabilização até encaminhamento, conforme diretrizes da American Heart Association.

2 CAMPO DE APLICAÇÃO/ABRANGÊNCIA

Este procedimento aplica-se às equipes do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (USB e USA) no atendimento pré-hospitalar móvel (APH).

3 RESPONSÁVEIS

PROFISSIONAL	RESPONSABILIDADE
Condutor socorrista	- Garantir o transporte rápido e seguro, priorizando uma condução suave para a segurança do paciente. - Levar os materiais de primeira resposta (maleta pediátrica, oxigênio e aspirador) até a vítima. - Auxiliar na movimentação segura da criança e na contenção passiva durante os procedimentos.

	• Manter a comunicação via rádio com a regulação médica.
Médico Regulador	• Triar a gravidade da crise por telefone e orientar o solicitante sobre a proteção lateral da criança. • Definir e despachar a viatura adequada (USB ou USA). • Dar suporte técnico à equipe de campo e regular a vaga hospitalar de referência.
Técnico/auxiliar de enfermagem	• Monitorar os sinais vitais (oximetria, frequência cardíaca e temperatura) e realizar teste de glicemia (HGT). • Puncionar o acesso venoso e preparar/administrar as medicações prescritas. • Instalar oxigenoterapia sob máscara e aplicar compressas mornas para baixar a febre. • Registrar os horários e a duração da crise na ficha de atendimento.
Enfermeiro	• Garantir a permeabilidade das vias aéreas (posicionamento e aspiração de secreções). • Realizar ou supervisionar o acesso venoso periférico (ou intraósseo em caso de falha imediata). • Conferir rigorosamente as doses pediátricas e coordenar os métodos de resfriamento físico gradual. • Coordenar a equipe assistencial na cena e acolher os familiares.
Médico Intervencionista (USA)	• Avaliar o status neurológico e o padrão respiratório da criança. • Prescrever, calcular e administrar anticonvulsivantes (se crise maior que 5 min) e antitérmicos. • Realizar manejo avançado de via aérea (IOT) em caso de insuficiência respiratória ou crise refratária.

Coordenação/Supervisão

Garantir o cumprimento do POP e qualidade assistencial.

4 DEFINIÇÃO

- Crise convulsiva associada à febre ($\geq 38^{\circ}\text{C}$), em crianças de 6 meses a 5 anos, sem evidência de infecção do SNC no momento do atendimento.

5 MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Oxigênio portátil
- Bolsa-válvula-máscara (BVM)
- Aspirador portátil
- Oxímetro de pulso
- Glicosímetro
- Termômetro

Medicações:

- Midazolam
- Diazepam

6 PROCEDIMENTO**1. Abordagem Inicial (Cena segura)**

- Garantir segurança da cena
- Identificar criança em crise
- Acionar apoio, se necessário

2. Atendimento Imediato (ABCDE)**A – Vias aéreas**

- Posicionar em decúbito lateral
- Aspirar secreções, se necessário

B – Respiração

- Administrar O_2 sob máscara
- Avaliar esforço respiratório

C – Circulação

- Verificar pulso e perfusão

D – Neurológico

- Avaliar nível de consciência (AVPU)

- Identificar tipo de crise

E – Exposição

- Verificar temperatura
- Procurar sinais de trauma

3. Durante a crise

- Proteção física
 - Afastar objetos
 - Proteger cabeça
- Condutas proibidas
 - Não conter movimentos
 - Não colocar objetos na boca

- Cronometrar crise

4. Crise ≥ 5 minutos

Iniciar benzodiazepínico o mais precocemente possível (≈ 5 minutos)

Considerar emergência convulsiva:

- Administrar:
 - Midazolam IM/intranasal/bucal (preferencial no APH)
 - ou Diazepam (se disponível)
- 1. Suporte ventilatório com BVM, se necessário.
- Conforme American Heart Association, tratar precocemente crises prolongadas.

5. Pós-crise (pós-ictal)

- Manter em posição lateral
- Oxigenoterapia, se necessário
- Reavaliar consciência
- Monitorar sinais vitais

6. Controle térmico

- Retirar excesso de roupas
- Ambiente ventilado
- Antitérmico (se protocolo permitir)

7. Transporte

Indicado em TODOS os casos, principalmente:

- Primeira crise
- Crise prolongada
- Recorrência
- Alteração neurológica
- Dúvida diagnóstica
- Transportar com monitorização contínua

7 COMUNICAÇÃO COM REGULAÇÃO

Informar:

- Idade da criança
- Tempo de crise
- Temperatura
- Medicações administradas
- Estado atual

8 REGISTRO

- Horário de início da crise
- Duração
- Sinais vitais
- Intervenções
- Evolução

9 FLUXOGRAMA VISUAL

CRISE CONVULSIVA FEBRIL EM CRIANÇAS

FLUXO DE ATENDIMENTO

1

ABORDAGEM INICIAL (CENA SEGURA)

- Garantir segurança da cena.
- Identificar criança em crise.
- Acionar apoio, se necessário.



2

ATENDIMENTO IMEDIATO (ABCDE)



A – Vias aéreas:
Posicionar em decúbito lateral.
Aspirar secreções, se necessário.



B – Respiração:
Administrar O₂ sob máscara.
Avaliar esforço respiratório.



C – Circulação:
Verificar pulso e perfusão.



D – Neurológico: Avaliar nível de consciência (AVPU).
Identificar tipo de crise.



E – Exposição: Verificar temperatura.
Procurar sinais de trauma.

3

DURANTE A CRISE

PROTEÇÃO FÍSICA

- ✓ Afastar objetos.
- ✓ Proteger cabeça.

CONDUTAS PROIBIDAS

- ✗ Não conter movimentos.
- ✗ Não colocar objetos na boca.

CRONOMETRAR CRISE



4

CRISE ≥ 5 MINUTOS



Iniciar benzodiazepínico o mais precocemente possível (≈ 5 minutos).
Considerar emergência convulsiva:

- Administrar:
 - Midazolam IM/intranasal/bucal (preferencial no APH).
 - ou Diazepam (se disponível).

- Suporte ventilatório com BVM, se necessário.
- Conforme American Heart Association, tratar precocemente crises prolongadas.

5

PÓS-CRISE (PÓS-ICTAL)



- Manter em posição lateral.
- Oxigenoterapia, se necessário.
- Reavaliar consciência.
- Monitorar sinais vitais.

6

CONTROLE TÉRMICO



- Retirar excesso de roupas.
- Ambiente ventilado.
- Antitérmico (se protocolo permitir).

7

TRANSPORTE



Indicado em TODOS os casos, principalmente:

- Primeira crise
- Crise prolongada
- Recorrência
- Alteração neurológica
- Dúvida diagnóstica
- Transportar com monitorização contínua.

CUIDADOS IMPORTANTES



Priorizar segurança da criança.



Não conter a criança nem colocar objetos na boca.



Cronometrar a crise: informação essencial para a conduta.



Suporte ventilatório imediato se houver comprometimento respiratório.

COMUNICAÇÃO COM REGULAÇÃO



Informar:

- Idade da criança
- Tempo de crise
- Temperatura
- Medicamentos administrados
- Estado atual

SINAIS DE ALERTA (ENCAMINHAMENTO)



Alteração do estado neurológico após a crise.



Febre persistente ou foco infeccioso grave.



Crise prolongada (> 15 minutos) ou recorrente.



Déficits neurológicos focais.



Sinais de infecção do SNC (rigidez de nuca, vômitos em jato, sonolência intensa).

MEDICAÇÕES (USO NO APH)



Midazolam
IM / intranasal / bucal (preferencial).



Diazepam
(se disponível).

MATERIAIS NECESSÁRIOS



Oxigênio portátil



BVM



Aspirador portátil



Oxímetro de pulso



Glicosímetro



Termômetro



Midazolam



Diazepam

REGISTROS



- Horário de início da crise
- Duração da crise
- Sinais vitais
- Intervenções realizadas
- Evolução durante o atendimento



LEMBRE-SE

Todo episódio de crise convulsiva febril deve ser avaliado e a criança deve ser transportada para unidade hospitalar para investigação e acompanhamento.

Fonte: Elaborado pelo autor com o auxílio do ChatGPT (OpenAI, 2026).

10 REFERÊNCIAS

ALENCAR, Sarah Pinheiro de. Convulsão febril: aspectos clínicos e terapêuticos. **Revista de Medicina da UFC**, Fortaleza, v. 55, n. 1, p. 38–42, 2015. Disponível em: <http://www.revistademedicina.ufc.br>. Acesso em: 18 maio 2026.

AMERICAN HEART ASSOCIATION. **Pediatric Advanced Life Support (PALS)**: Provider Manual. Dallas: AHA, 2025. Disponível em: <https://cpr.heart.org>. Acesso em: 18 maio 2026.

BMJ. **Convulsão febril**. Londres, 2026. Disponível em: <https://bestpractice.bmj.com>. Acesso em: 18 maio 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <https://www.gov.br/saude>. Acesso em: 18 maio 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da criança**: crescimento e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <https://www.gov.br/saude>. Acesso em: 18 maio 2026.

DALBEM, Juliane S. et al. Febrile seizures: a population-based study. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 91, n. 6, p. 529–534, 2015. Disponível em: <https://www.jped.com.br>. Acesso em: 18 maio 2026.

SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO. **Convulsão febril**. São Paulo, 2011. Disponível em: <https://www.spssp.org.br>. Acesso em: 18 maio 2026.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP-SAMU- 021 OVACE (OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS POR CORPO ESTRANHO)	Versão	1.0 (1ª Edição)
		Data de Elaboração	Junho/2026
		Data de Aprovação	10/09/2026
Elaborado por:	Verificado por:	Aprovado por:	
Cristiane de Araújo Santos- Enfermeira – Coren/PI nº 340.498; Giovanna Jacobina Alencar-Enfermeira – Coren/PI nº 705.877.	Emanuel Vitor Dantas Oliveira - Enfermeiro – Coordenação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) – Coren/PI nº 553.104.	Equipe Multiprofissional do SAMU (Registrado em Livro Ata); Secretaria Municipal de Saúde (SMS); Conselho Municipal de Saúde (CMS).	

1 OBJETIVO

Padronizar o atendimento pré-hospitalar à vítima com OVACE, com foco na desobstrução rápida das vias aéreas e manutenção da vida.

2 CAMPO DE APLICAÇÃO/ABRANGÊNCIA

Este procedimento aplica-se às equipes do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (USB e USA) no atendimento pré-hospitalar móvel (APH).

3 RESPONSÁVEIS

PROFISSIONAL	RESPONSABILIDADE
Condutor socorrista	• Deslocar-se com agilidade e máxima segurança, dado o caráter de tempo-dependência da asfixia. • Levar o aspirador portátil, kit de vias aéreas e oxigênio imediatamente até a vítima. • Auxiliar fisicamente na sustentação ou contenção da vítima durante as manobras e no transporte rápido para a ambulância.

	• Manter a comunicação aberta com a regulação para reportar a evolução da desobstrução no trajeto.
Técnico/auxiliar de enfermagem	• Posicionar e testar imediatamente o aspirador de secreções rígido e preparar as fontes de oxigênio. • Monitorar os sinais vitais, com foco na oximetria de pulso e frequência cardíaca. • Auxiliar o enfermeiro na execução das manobras físicas e no revezamento da RCP caso o paciente complique. • Registrar os tempos de intervenção e os procedimentos realizados na ficha assistencial.
Enfermeiro	• Comandar as manobras de desobstrução física em cena (Heimlich em adultos/crianças ou a sequência de 5 batidas nas costas e 5 compressões torácicas em lactentes). • Preparar o material de via aérea avançada, aspiração e pinça de remoção para o médico. • Iniciar manobras de RCP caso a vítima evolua para parada cardiorrespiratória (PCR) decorrente da hipóxia. • Realizar ou supervisionar o acesso venoso e monitorização após a desobstrução.
Médico Regulador	• Identificar o nível de obstrução por telefone (parcial vs. total) e reconhecer a faixa etária (adulto, criança ou lactente). • Instruir o solicitante a realizar a Manobra de Heimlich ou tapotagem/compressões (em lactentes) enquanto a viatura se desloca. • Despachar a equipe com prioridade máxima e regular a vaga de destino de forma imediata.

Médico Intervencionista (USA)	• Avaliar a eficácia da tosse, presença de cianose e nível de consciência da vítima. • Realizar laringoscopia direta e remoção do corpo estranho com a Pinça de Magill (se visível). • Executar manejo avançado de via aérea (IOT, cricotireoidostomia por agulha ou cirúrgica) em caso de obstrução total persistente e falha nas manobras manuais.
Coordenação/Supervisão	Garantir o cumprimento do POP e qualidade assistencial.

4 DEFINIÇÃO

- Evento súbito de obstrução mecânica das vias aéreas por corpo estranho, com risco de rápida evolução para hipóxia, parada cardiorrespiratória e morte.

5 MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Oxigênio portátil
- BVM (Bolsa-válvula-máscara)
- Aspirador portátil
- Oxímetro de pulso
- Laringoscópio (USA)
- Pinça de Magill (USA)

6 PROCEDIMENTO

6.1 Cena e abordagem inicial

- Garantir segurança da cena
- Avaliar responsividade
- Identificar sinais de engasgo (ex.: mãos no pescoço, incapacidade de falar)
- Acionar suporte/regulação, se necessário

6.2 Avaliação rápida (ABCDE focado)

A – Via aérea:

- Obstrução visível
- NÃO realizar varredura digital às cegas

B – Respiração:

- Tosse eficaz ou ineficaz
- Esforço respiratório

C – Circulação:

- Pulso e perfusão

D – Neurológico:

- Nível de consciência

6.3 Tomada de decisão (AHA 2025)

Obstrução leve (tosse eficaz)

- Incentivar a tosse
- NÃO interferir
- Monitorar continuamente

Obstrução grave – critérios

- Tosse ineficaz ou ausente
- Incapacidade de falar
- Cianose
- Incapacidade de respirar
- Alteração do nível de consciência
- Apneia

☐ Acionar suporte imediatamente

Paciente consciente (adulto e criança > 1 ano)

Iniciar ciclos de:

- 5 tapas interescapulares (golpes nas costas)
- 5 compressões abdominais (manobra de Heimlich)

Repetir até:

- Desobstrução
- Perda de consciência

Após desobstrução:

- Monitorar continuamente até encaminhamento

Paciente inconsciente

- Iniciar RCP imediatamente (30:2)

Durante a RCP:

- Iniciar compressões torácicas

Ao abrir a via aérea:

- Verificar corpo estranho visível
- Remover apenas se visível
 - Tentar ventilação

Se ventilação não for eficaz:

- Reposicionar via aérea
- Realizar nova tentativa
- Se persistir ineficaz → retomar compressões imediatamente

Lactentes (< 1 ano)

- Posicionar com cabeça inferior ao tronco

Realizar ciclos de:

- 5 tapas interescapulares
- 5 compressões torácicas
- Repetir até desobstrução ou inconsciência
- **Se inconsciente → iniciar RCP (30:2)**

6.4 Pós-desobstrução

- Reavaliar via aérea e respiração
- Administrar oxigênio, se necessário
- Monitorização contínua (SpO₂)
- Considerar aspiração de vias aéreas
- Encaminhar obrigatoriamente para avaliação hospitalar

6.5 Critérios de gravidade

- Cianose
- Incapacidade de falar ou tossir
- Uso de musculatura acessória
- Rebaixamento do nível de consciência
- Estridor ou silêncio respiratório
- Parada cardiorrespiratória

6.6 Observações importantes

- NÃO realizar varredura digital às cegas
- NÃO realizar compressões abdominais em lactentes
- Gestantes e obesos: realizar compressões torácicas
- Oxigenoterapia não substitui a desobstrução mecânica da via aérea
- Em OVACE grave, iniciar sempre com golpes nas costas, seguidos de compressões abdominais em ciclos (AHA 2025)
- Reavaliar continuamente pelo ABCDE
- Hipóxia grave pode causar dano neurológico irreversível em 4–6 minutos

6.7 Suporte avançado (USA)

- Laringoscopia direta
- Remoção de corpo estranho com pinça de Magill
- Aspiração de vias aéreas
- Ventilação sob visualização
- Considerar via aérea avançada (IOT)
- Capnografia, se disponível
- Indicado na falha das manobras básicas ou deterioração clínica

7 COMPLICAÇÕES POTENCIAIS

- Parada cardiorrespiratória (PCR)
- Lesões internas
- Broncoaspiração
- Edema de vias aéreas
- Hipóxia prolongada com dano neurológico

8 INDICADORES DE QUALIDADE

- Tempo até início das manobras
- Tempo até desobstrução
- Reconhecimento precoce
- Execução correta
- Necessidade de RCP
- Registro completo

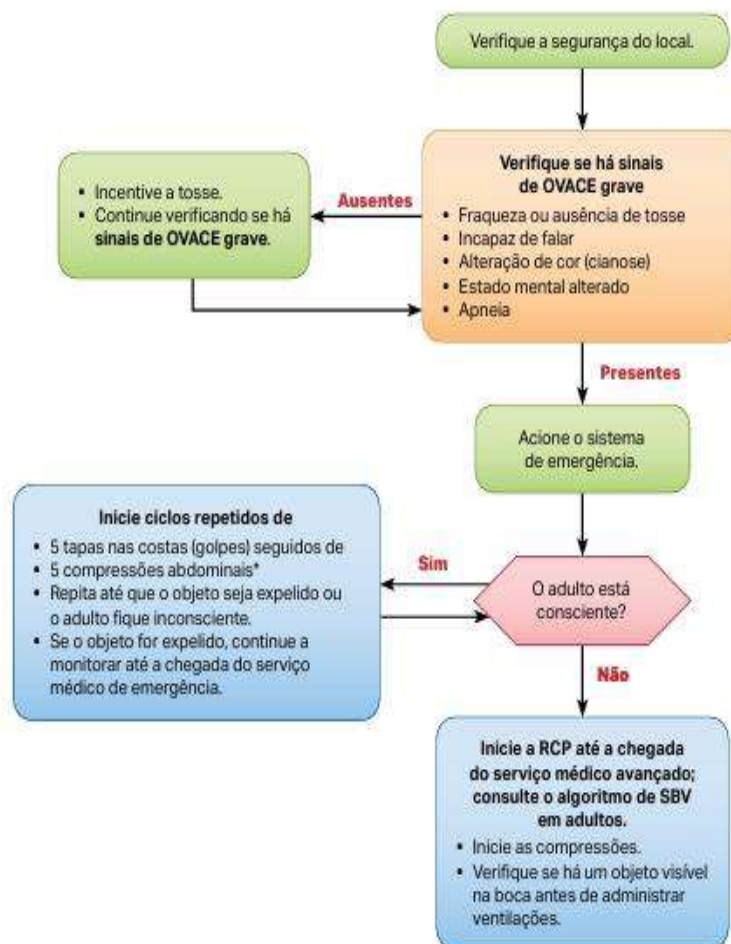
9 REGISTRO

- Sinais iniciais (tosse, cianose, fala)
- Intervenções realizadas
- Tempo estimado de obstrução
- Evolução clínica
- Nível de consciência (AVPU/Glasgow)
- Saturação de O₂
- Destino do paciente

10 FLUXOGRAMA VISUAL

Fluxograma OVACE adulto e pediátrico

Figura 6. Algoritmo de OVACE em adultos.



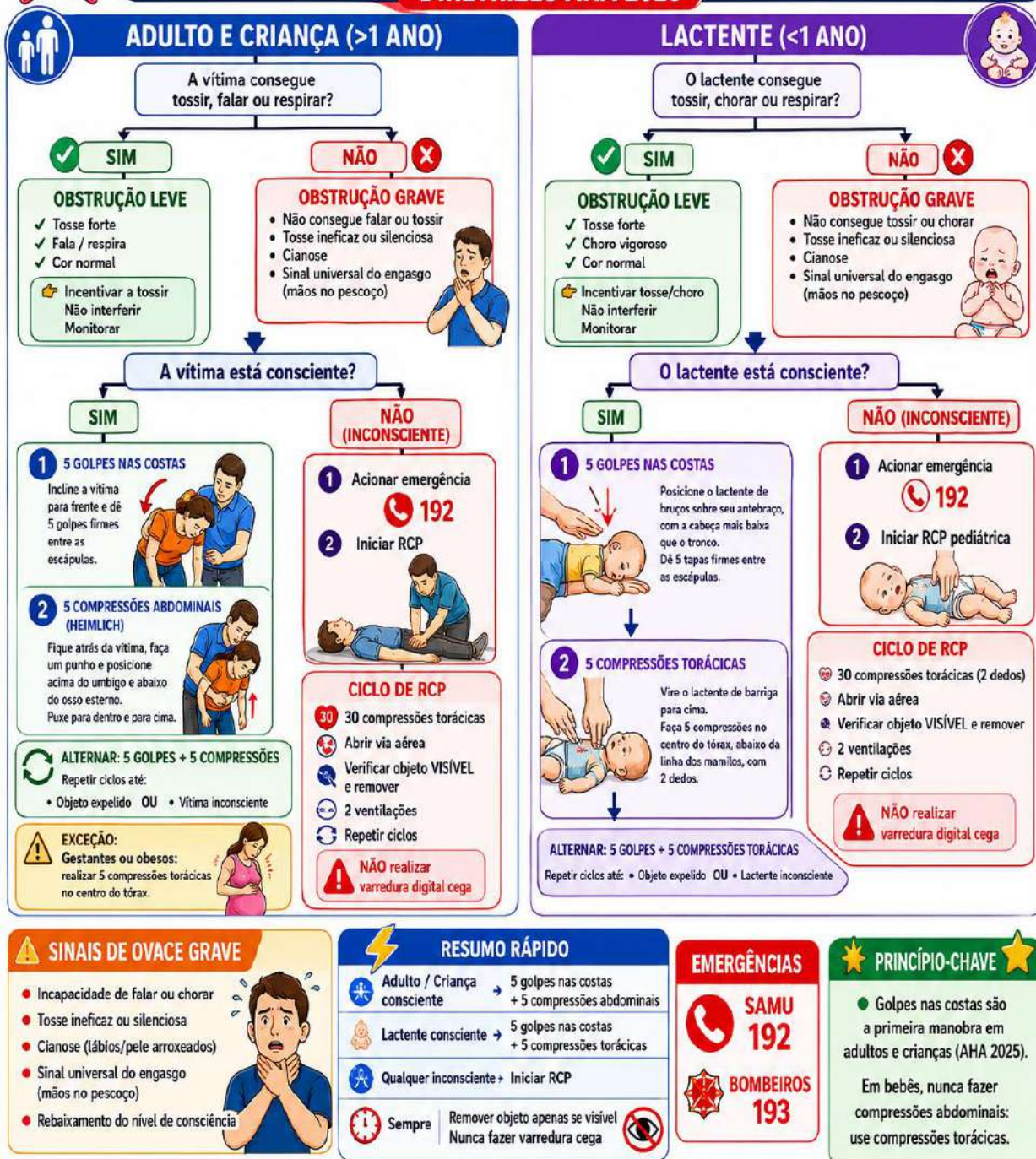
*Para pacientes nos estágios finais da gestação, ou quando o socorrista não conseguir circundar o abdome da paciente, deve-se usar 5 compressões torácicas.

© 2025 American Heart Association



OVACE – OBSTRUÇÃO DE VIA AÉREA POR CORPO ESTRANHO

DIRETRIZES AHA 2025



Fonte: Elaborado pelo autor com o auxílio do ChatGPT (OpenAI, 2026).

11 REFERÊNCIAS

AMERICAN HEART ASSOCIATION. **2020 American Heart Association guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care**. Dallas: AHA, 2020. Disponível em: <https://cpr.heart.org>. Acesso em: 26 maio 2026.

AMERICAN HEART ASSOCIATION. **2025 American Heart Association focused updates for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care**. Dallas: AHA, 2025. Disponível em: <https://cpr.heart.org>. Acesso em: 26 maio 2026.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN nº 375/2011**. Brasília: COFEN, 2011. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br>. Acesso em: 26 maio 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos de intervenção para o SAMU 192: suporte básico de vida**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <https://www.gov.br/saude>. Acesso em: 26 maio 2026.

EUROPEAN RESUSCITATION COUNCIL. **European Resuscitation Council Guidelines 2021**. Bruxelas: ERC, 2021. Disponível em: <https://www.erc.edu>. Acesso em: 26 maio 2026.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP -SAMU - 022 SUORTE BÁSICO DE VIDA PEDIÁTRICO (SBV)	Versão	1.0 (1ª Edição)
		Data de Elaboração	Junho/2026
		Data de Aprovação	10/09/2026
		Página	1 de 8
Elaborado por:	Verificado por:	Aprovado por:	
Cristiane de Araújo Santos- Enfermeira – Coren/PI nº 340.498; Giovanna Jacobina Alencar-Enfermeira – Coren/PI nº 705.877.	Emanuel Vitor Dantas Oliveira - Enfermeiro – Coordenação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) – Coren/PI nº 553.104.	Equipe Multiprofissional do SAMU (Registrado em Livro Ata); Secretaria Municipal de Saúde (SMS); Conselho Municipal de Saúde (CMS).	

1 OBJETIVO

Padronizar o atendimento pré-hospitalar em parada cardiorrespiratória (PCR) pediátrica, destacando as diferenças técnicas em relação ao adulto.

2 CAMPO DE APLICAÇÃO/ABRANGÊNCIA

Este procedimento aplica-se às equipes do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (USB e USA) no atendimento pré-hospitalar móvel (APH).

3 RESPONSÁVEIS

PROFISSIONAL	RESPONSABILIDADE
Condutor socorrista	- Garantir o deslocamento rápido e seguro, adotando direção defensiva para preservar a estabilidade da viatura. - Desembarcar imediatamente com a maleta pediátrica, prancha rígida infantil, oxigênio portátil e o DEA.

	- Auxiliar ativamente no revezamento das compressões torácicas a cada 2 minutos para evitar fadiga da equipe. - Apoiar a movimentação segura do paciente até a ambulância e manter contato por rádio com a regulação.
Técnico/auxiliar de enfermagem	- Posicionar a criança em superfície rígida e instalar a oxigenoterapia adequada. - Executar as compressões torácicas ou ventilações na frequência correta para a faixa etária. - Realizar o teste de glicemia capilar (HGT) e aferir a temperatura central assim que possível. - Registrar rigorosamente o tempo de RCP, ciclos, ritmos e respostas clínicas na ficha assistencial.
Enfermeiro	- Comandar a equipe assistencial em cena e realizar a avaliação rápida de responsividade, pulso e respiração. - Iniciar e coordenar as manobras de RCP de alta qualidade (relação 15:2 com dois socorristas). - Operar o DEA adaptado com eletrodos infantis (atenuador de carga) ou monitor manual conforme o caso. - Supervisionar o manejo de via aérea com bolsa-válvula-máscara (BVM) conectado à fonte de oxigênio.
Médico Regulador	- Identificar os sinais de insuficiência respiratória ou PCR pediátrica relatados pelo solicitante. - Orientar por telefone o início imediato de compressões e ventilações (RCP guiada pela regulação).

	• Despachar a equipe com prioridade máxima e coordenar a reserva de leito de estabilização ou UTI pediátrica.
Médico Intervencionista (USA)	• Avaliar clinicamente a criança através do Triângulo de Avaliação Pediátrica (TAP). • Prescrever parâmetros de expansão volêmica e drogas ressuscitatórias baseadas no peso estimado. • Realizar o manejo avançado da via aérea (IOT ou dispositivo supraglótico) em caso de falha no SBV.
Coordenação/Supervisão	Garantir o cumprimento do POP e qualidade assistencial.

4 DEFINIÇÃO

- **PCR pediátrica:** interrupção da circulação e respiração em lactentes (<1 ano) e crianças (1 ano até puberdade), geralmente de origem respiratória ou choque.

5 MATERIAIS NECESSÁRIOS

- BVM com máscara pediátrica
- Oxigênio portátil
- Oxímetro de pulso
- DEA com pás pediátricas (se disponível)
- Dispositivos de via aérea

6 PROCEDIMENTO

6.1 Reconhecimento da PCR

- Inconsciência
- Ausência de respiração ou respiração agônica
- Ausência de pulso central (braquial em lactentes, carotídeo ou femoral em crianças) em até 10 segundos

6.2 PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS (AHA)

- PCR pediátrica geralmente é secundária à hipóxia
- Prioridade: ventilação eficaz + RCP de alta qualidade
- Minimizar interrupções (< 10 segundos)

- PCR pediátrica é geralmente precedida por deterioração respiratória → reconhecimento precoce é essencial
- Evitar hiperventilação (risco de diminuição do retorno venoso e débito cardíaco)

6.3 DIFERENÇAS PRINCIPAIS EM RELAÇÃO AO ADULTO

COMPRESSÕES TORÁCICAS

Lactentes (< 1 ano):

- Técnica preferencial: 2 polegares com mãos circundando o tórax
- Em situações específicas com 1 socorrista, pode-se utilizar técnica alternativa, priorizando qualidade das compressões

Profundidade (TODOS):

- Pelo menos 1/3 do diâmetro anteroposterior do tórax
- Lactentes $\approx$ 4 cm
- Crianças $\approx$ 5 cm

Frequência das compressões:

- 100 a 120 compressões/min

Ventilações:

- Diferente do adulto, ventilação é ESSENCIAL na pediatria

Sem via aérea avançada:

- 30:2 (1 socorrista)
- 15:2 (2 socorristas)

Com via aérea avançada:

Ventilação contínua:

- 1 ventilação a cada 2–3 segundos (20–30/min), sem interromper compressões

6.4 EXECUÇÃO DA RCP

- Iniciar compressões torácicas imediatamente
- Garantir profundidade adequada ($\approx$ 4 cm em lactentes e $\approx$ 5 cm em crianças, ou 1/3 do diâmetro torácico)
 - Permitir retorno completo do tórax
 - Minimizar interrupções (< 10 segundos)
 - Trocar compressor a cada 2 minutos
 - Quando disponível (USA), utilizar parâmetros fisiológicos (ETCO₂, pressão arterial) para avaliar qualidade da RCP

6.5 USO DO DEA

- Utilizar assim que disponível
- Preferir pás pediátricas
- Seguir comandos do DEA e minimizar interrupções nas compressões torácicas

6.6 CAUSAS MAIS COMUNS

- Hipóxia
- Aspiração / OVACE
- Afogamento
- Sepses / choque
- Diferente do adulto (causa cardíaca predominante)

6.7 PÓS-RESSUSCITAÇÃO

- Monitorização contínua
- Oxigenação adequada
- Controle hemodinâmico
- Evitar hipotensão e manter pressão arterial adequada para a idade
- Encaminhamento imediato

7 COMPLICAÇÕES POTENCIAIS

- Lesão torácica
- Hipóxia persistente
- Dano neurológico

8 INDICADORES DE QUALIDADE

- Tempo até início da RCP
- Qualidade das compressões
- Tempo de interrupção (<10s)
- Retorno da circulação espontânea (RCE)
- Fração de compressão torácica > 60%

9 REGISTRO

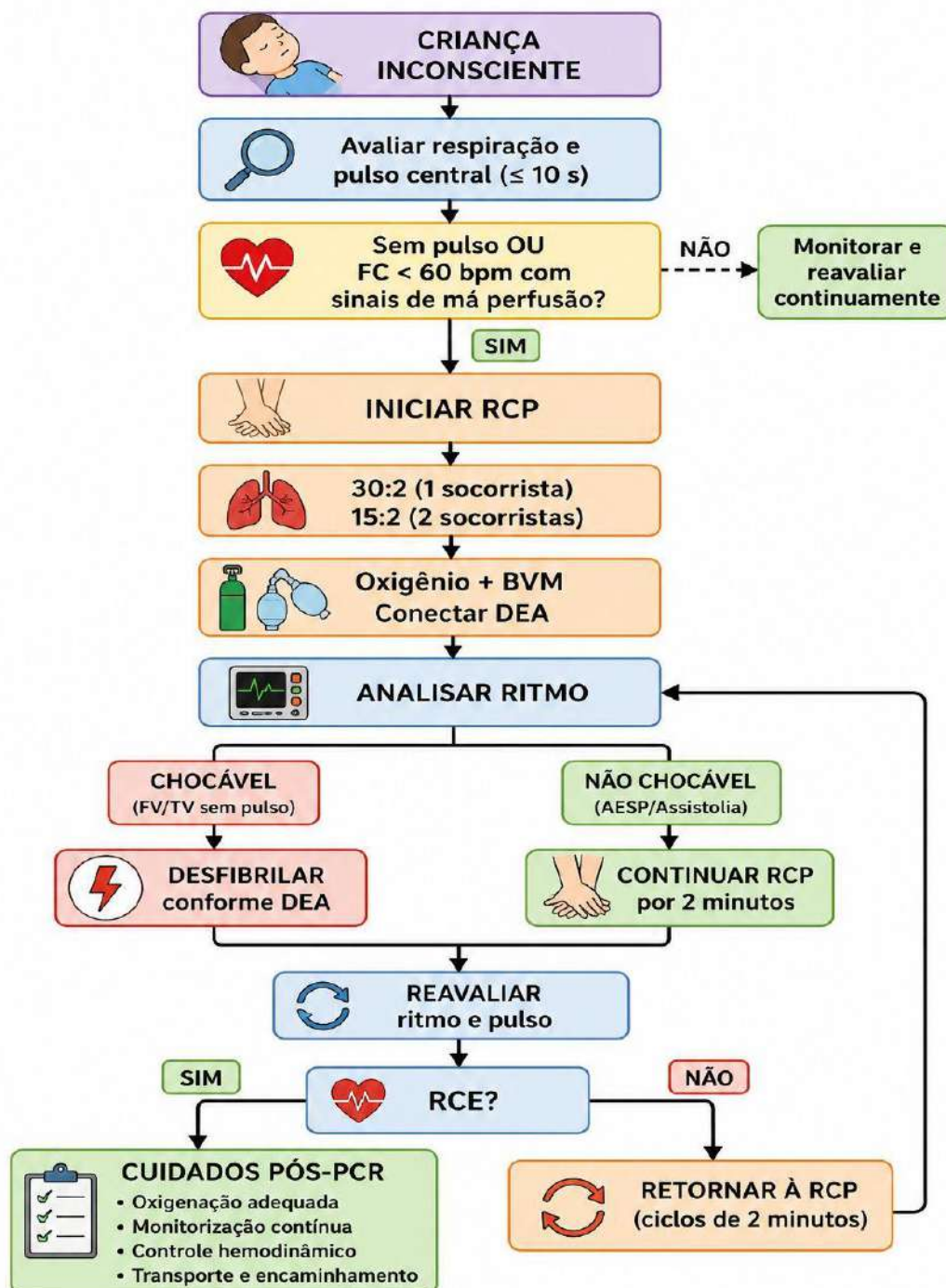
- Tempo de PCR
- Ritmo inicial
- Intervenções realizadas
- Tempo até RCE

- Evolução clínica

10 FLUXOGRAMA VISUAL

Suporte Básico de Vida Pediátrico

SUPORTE BÁSICO DE VIDA PEDIÁTRICO (SBV)



Fonte: Elaborado pelo autor com o auxílio do ChatGPT (OpenAI, 2026).

Diferenças adulto vs pediátrico

DIFERENÇAS ENTRE SBV – ADULTO vs PEDIÁTRICO		
ITEM	ADULTO	PEDIÁTRICO
 Causa mais comum da PCR	Cardíaca (IAM, arritmias)	Respiratória (hipóxia, insuficiência respiratória, choque)
 Prioridade inicial	Compressões precoces + DEA	Ventilação eficaz + compressões
 Avaliação do pulso	Carotídeo	Braquial (lactente), carotídeo ou femoral (criança)
 Profundidade das compressões	5 a 6 cm	1/3 do diâmetro torácico (≈ 4 cm lactente / ≈ 5 cm criança)
 Frequência das compressões	100 – 120/min	100 – 120/min
 Relação compressão/ventilação (1 socorrista)	30 : 2	30 : 2
 Relação compressão/ventilação (2 socorristas)	30 : 2	15 : 2
 Via aérea avançada (ventilação contínua)	1 ventilação a cada 6 segundos (10 /min)	1 ventilação a cada 2 – 3 segundos (20 – 30/min)
 Técnica de compressão	Duas mãos no centro do tórax	Lactente: 2 dedos ou 2 polegares Criança: 1 ou 2 mãos
 Uso do DEA	Imediato	Imediato, preferencialmente com atenuador pediátrico
 Ritmos chocáveis mais comuns	FV e TV sem pulso frequentes	FV e TV sem pulso menos frequentes
 Prognóstico	Relacionado principalmente ao tempo até desfibrilação e RCP precoce.	Relacionado principalmente ao reconhecimento precoce da insuficiência respiratória e ventilação eficaz.

RESUMO VISUAL		PRINCÍPIOS-CHAVE	LEMBRE-SE!
ADULTO  Problema cardíaco (geralmente) ↓ RCP + DEA precoce ↓ Desfibrilação rápida	PEDIÁTRICO  Problema respiratório (geralmente) ↓ Ventilação eficaz ↓ RCP de alta qualidade ↓ DEA quando indicado	✓ PCR pediátrica geralmente é secundária à hipóxia. ✓ Ventilação eficaz é essencial na pediatria. ✓ Reconhecimento precoce da deterioração respiratória pode evitar a PCR. ✓ Minimizar interrupções nas compressões (< 10 s). ✓ Trocar o compressor a cada 2 minutos. ✓ Qualidade da RCP é o fator mais importante.	✓ FC < 60 bpm com sinais de má perfusão deve ser tratada como PCR iminente. ✓ Acionar ajuda e DEA o mais rápido possível. ✓ Priorizar oxigenação e ventilação adequadas em lactentes e crianças. ✓ Seguir algoritmos e protocolos institucionais do SAMU.

IAM: Infarto Agudo do Miocárdio | FC: Frequência Cardíaca | FV: Fibrilação Ventricular | TV: Taquicardia Ventricular | DEA: Desfibrilador Externo Automático | RCP: Ressuscitação Cardiopulmonar

Fonte: Elaborado pelo autor com o auxílio do ChatGPT (OpenAI, 2026).

11 REFERÊNCIAS

AMERICAN HEART ASSOCIATION. **2020 American Heart Association guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care**. Dallas: American Heart Association, 2020. Disponível em: <https://cpr.heart.org/en/resuscitation-science/cpr-and-ecc-guidelines>. Acesso em: 26 maio 2026.

AMERICAN HEART ASSOCIATION. **ECC guidelines updates and recommendations**. Dallas: American Heart Association, 2021–2025. Disponível em: <https://cpr.heart.org>. Acesso em: 26 maio 2026.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN nº 375/2011**. Brasília: COFEN, 2011. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br>. Acesso em: 26 maio 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos de intervenção para o SAMU 192**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <https://www.gov.br/saude>. Acesso em: 26 maio 2026.

EUROPEAN RESUSCITATION COUNCIL. **European resuscitation council guidelines for resuscitation 2021**. Bruxelas: ERC, 2021. Disponível em: <https://www.erc.edu>. Acesso em: 26 maio 2026.



SECRETARIA
MUNICIPAL DE
SAÚDE



PREFEITURA
**CRISTINO
CASTRO**
Mais trabalho, mais futuro!



BLOCO VI. PROCEDIMENTOS ESPECÍFICOS DE ENFERMAGEM NO APH

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP-SAMU- 023 PUNÇÃO VENOSA PERIFÉRICA: TÉCNICA ESTÉRIL PARA COLETA DE EXAMES OU INFUSÃO DE VOLUME	Versão	1.0 (1ª Edição)
		Data de Elaboração	Junho/2026
		Data de Aprovação	10/09/2026
		Página	1 de 6
Elaborado por:	Verificado por:	Aprovado por:	
Cristiane de Araújo Santos- Enfermeira – Coren/PI nº 340.498; Giovanna Jacobina Alencar-Enfermeira – Coren/PI nº 705.877.	Emanuel Vitor Dantas Oliveira - Enfermeiro – Coordenação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) – Coren/PI nº 553.104.	Equipe Multiprofissional do SAMU (Registrado em Livro Ata); Secretaria Municipal de Saúde (SMS); Conselho Municipal de Saúde (CMS).	

1 OBJETIVO

Estabelecer padronização da técnica de punção venosa periférica em atendimento pré-hospitalar, garantindo segurança do paciente e da equipe, com finalidade de obtenção de acesso venoso para coleta de exames laboratoriais e/ou administração de soluções e medicamentos, conforme indicação e regulação médica.

2 CAMPO DE APLICAÇÃO/ABRANGÊNCIA

Aplica-se a todos os profissionais de saúde habilitados do SAMU envolvidos no atendimento pré-hospitalar móvel, durante procedimentos realizados em ambiente extra-hospitalar, em suporte básico ou avançado de vida, conforme competência técnica e protocolos institucionais vigentes.

3 RESPONSÁVEIS

PROFISSIONAL	RESPONSABILIDADE
Condutor socorrista	Levar a maleta de acesso venoso e os insumos de infusão imediatamente até o paciente.

	• Auxiliar no posicionamento e na estabilização do membro do paciente para facilitar o procedimento da equipe técnica. • Garantir iluminação adequada no salão de atendimento da viatura e manter uma condução suave se a punção ocorrer em movimento.
Técnico/auxiliar de enfermagem	• Reunir e preparar todo o material necessário para a punção, infusão e coleta (cateteres, equipamentos, algodão com álcool, tubos). • Realizar a punção venosa periférica, colher as amostras de sangue necessárias e conectar o equipo à solução prescrita. • Identificar corretamente os tubos de exames à beira-leito e registrar o procedimento e o volume infundido na ficha assistencial.
Enfermeiro	• Executar ou supervisionar a punção venosa e a coleta de exames laboratoriais, aplicando rigorosamente as regras de biossegurança e técnica asséptica. • Definir o calibre do cateter ideal conforme a finalidade do atendimento (ex.: calibres maiores para choque/expansão rápida). • Monitorar a permeabilidade do acesso e gerenciar intercorrências locais, como infiltração ou extravasamento.
Médico Regulador	• Autorizar a expansão volêmica ou a coleta de exames com base no quadro clínico relatado pela equipe. • Orientar a equipe de campo sobre restrições hídricas ou prioridades terapêuticas imediatas.

	Regular o destino hospitalar considerando a necessidade de continuidade diagnóstica (laboratório).
Médico Intervencionista (USA)	- Determinar a necessidade de acesso venoso calibroso e prescrever o volume, velocidade e tipo de solução/medicação. - Realizar a punção venosa em casos de extrema dificuldade técnica. - Indicar e executar vias alternativas de urgência (como a via intraóssea) em caso de falha na punção periférica.
Coordenação/Supervisão	Garantir o cumprimento do POP e qualidade assistencial.

4 DEFINIÇÃO

- Punção venosa periférica** é um procedimento invasivo realizado com técnica asséptica, que consiste na inserção de um cateter em veia periférica para obtenção de acesso vascular temporário, com finalidade terapêutica ou diagnóstica.

5 MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Luvas de procedimento e estéreis (quando indicado)
- Garrote
- Antisséptico (clorexidina alcoólica 2% ou conforme protocolo)
- cateter intravenoso periférico (jelco)
- Seringas e/ou equipo de soro
- Soro fisiológico 0,9%
- Curativo estéril transparente ou gaze + fita
- Coletor de perfurocortantes
- Compressa estéril
- Torniquete elástico de segurança (ou garrote automático)
- Dispositivo de estabilização (quando disponível)

6 PROCEDIMENTO

- Higienização das mãos e preparo do material

- Identificação do paciente e conferência da indicação
- Explicação do procedimento, quando possível
- Posicionamento do membro e escolha da veia (preferência: dorso da mão, antebraço, fossa antecubital)
- Aplicação do garrote acima do local selecionado
- Antissepsia da pele (movimentos unidirecionais e aguardar secagem)
- Punção venosa com bisel voltado para cima, em ângulo aproximado de 15–30°
- Confirmação de refluxo sanguíneo
- Introdução do cateter e retirada do mandril
- Descompressão do garrote
- Conexão do equipo ou coleta de sangue, conforme indicação
- Fixação do cateter com curativo estéril
- Lavagem do acesso com SF 0,9% (se indicado)
- Descarte de perfurocortante imediatamente
- Testar permeabilidade do acesso com SF 0,9% após fixação, quando indicado.
- Em pacientes em choque ou difícil acesso venoso, priorizar veias calibrosas e considerar acesso intraósseo conforme protocolo institucional.
- Permitir secagem completa do antisséptico antes da punção (reduz risco de falha e flebite)

INDICAÇÕES:

- Administração de fluidos
- Administração de medicamentos
- Coleta de exames
- Instabilidade hemodinâmica

CONTRAINDICAÇÕES RELATIVAS:

- Infecção no local
- Flebite prévia
- Membro com fístula AV
- Mastectomia ipsilateral
- Trauma local grave

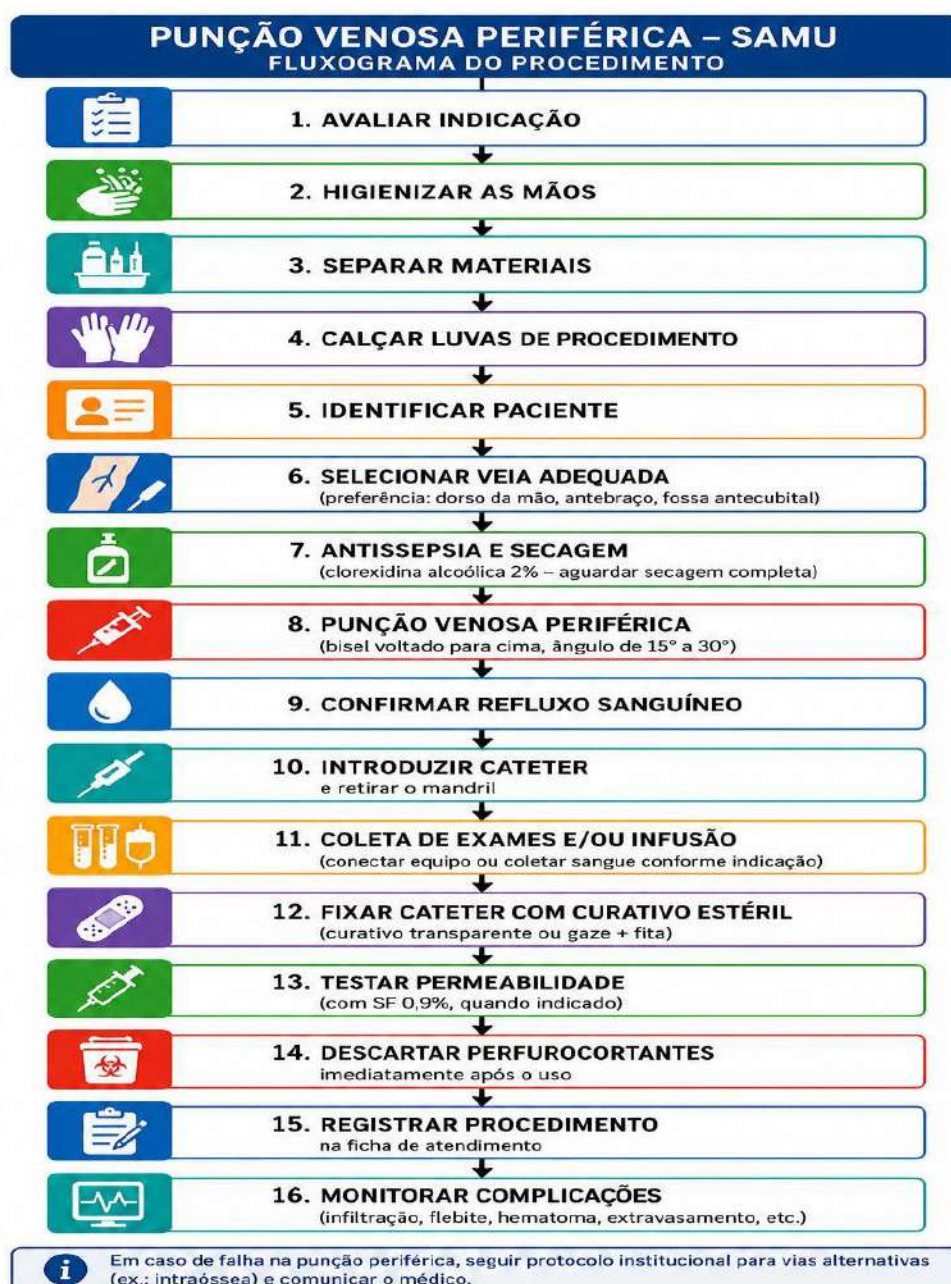
7 COMPLICAÇÕES POSSÍVEIS

- Hematoma
- Flebite
- Infiltração/extravasamento
- Infecção local
- Punção arterial acidental

8 REGISTRO

- Local anatômico detalhado
- Número de tentativas
- Calibre do cateter
- Intercorrências
- Responsável pela punção
- Horário do procedimento

10 FLUXOGRAMA VISUAL



Fonte: Elaborado pelo autor com o auxílio do ChatGPT (OpenAI, 2026).

11 REFERÊNCIAS

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Medidas de prevenção de infecção relacionada à assistência à saúde**. Brasília: ANVISA, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa>. Acesso em: 26 maio 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Segurança do paciente em serviços de saúde**: prevenção de eventos adversos em terapia intravenosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude>. Acesso em: 26 maio 2026.

INFUSION NURSES SOCIETY (INS). Infusion therapy standards of practice. **Journal of Infusion Nursing**, v. 44, n. 1S, 2021. Disponível em: <https://www.ins1.org>. Acesso em: 26 maio 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **WHO guidelines on hand hygiene in health care**. Geneva: WHO, 2009. Disponível em: <https://www.who.int>. Acesso em: 26 maio 2026.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP-SAMU- 024 ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS SOB TELEMEDICINA (SAMU)	Versão	1.0 (1ª Edição)
		Data de Elaboração	Junho/2026
		Data de Aprovação	10/09/2026
		Página	1 de 7
Elaborado por:	Verificado por:	Aprovado por:	
Cristiane de Araújo Santos- Enfermeira – Coren/PI nº 340.498; Giovanna Jacobina Alencar-Enfermeira – Coren/PI nº 705.877.	Emanuel Vitor Dantas Oliveira - Enfermeiro – Coordenação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) – Coren/PI nº 553.104.	Equipe Multiprofissional do SAMU (Registrado em Livro Ata); Secretaria Municipal de Saúde (SMS); Conselho Municipal de Saúde (CMS).	

1 OBJETIVO

Padronizar a administração de medicamentos em atendimento pré-hospitalar mediante autorização da Central de Regulação Médica, via comunicação remota (rádio/telefone/sistema digital), garantindo segurança do paciente, rastreabilidade, continuidade do cuidado e conformidade com protocolos institucionais.

2 CAMPO DE APLICAÇÃO/ABRANGÊNCIA

Aplica-se às equipes de suporte básico (USB) e suporte avançado (USA) do SAMU durante atendimentos regulados pela Central Médica de Regulação.

3 RESPONSÁVEIS

PROFISSIONAL	RESPONSABILIDADE
Condutor socorrista	- Garantir o perfeito funcionamento e estabilidade dos equipamentos de comunicação (rádio, telefone ou internet) para a transmissão da telemedicina. - Auxiliar na organização e iluminação do salão de atendimento para facilitar o preparo seguro do medicamento.

	• Adotar uma condução defensiva e extremamente suave para evitar oscilações na viatura durante a manipulação de agulhas e seringas.
Técnico/auxiliar de enfermagem	• Preparar e administrar a medicação sob a supervisão direta do enfermeiro ou médico, seguindo as orientações de diluição. • Aferir e registrar os sinais vitais do paciente antes, durante e após a aplicação do fármaco. • Registrar detalhadamente na ficha assistencial o nome do medicamento, dose, via, horário e o nome do médico que autorizou a conduta por telemedicina.
Enfermeiro	• Realizar a checagem dupla verbal da prescrição (medicamento, dose, via, tempo e paciente correto) junto ao médico emissor. • Executar ou supervisionar o preparo asséptico e a administração segura do medicamento. • Monitorar rigorosamente a resposta clínica do paciente e a permeabilidade do acesso venoso durante a infusão.
Médico Regulador	• Avaliar o caso clínico via telemedicina e realizar a prescrição verbal clara do medicamento, dose, velocidade e via de administração. • Orientar a equipe de campo sobre cuidados específicos, como diluição, tempo de infusão e potenciais efeitos adversos. • Registrar formalmente a teleconsultoria e a medicação prescrita no prontuário eletrônico/sistema de regulação.

Médico Intervencionista (USA)	• Coordenar a assistência em cena, validando a indicação clínica em comunicação direta com a regulação ou especialistas remotos. • Supervisionar o preparo e a infusão de fármacos de alta vigilância. • Intervir imediatamente com manobras avançadas em caso de reações adversas graves ou anafilaxia.
Coordenação/Supervisão	Garantir o cumprimento do POP e qualidade assistencial.

4 DEFINIÇÃO

- **Administração de medicamentos sob telemedicina** é a execução de prescrição médica realizada de forma remota por médico regulador, em situações de urgência e emergência, por meio de comunicação verbal ou digital, com registro obrigatório, confirmação ativa da ordem e restrição a protocolos institucionais vigentes.

5 PRINCÍPIOS DE SEGURANÇA (CRÍTICO)

- Toda ordem verbal deve ser obrigatoriamente repetida integralmente (read-back)
- Toda medicação deve seguir os “9 certos” da administração segura
- Apenas medicamentos previstos em protocolo institucional SAMU podem ser administrados
- É proibida a administração de medicamentos fora de protocolo, mesmo sob orientação verbal
- Prioridade absoluta: segurança do paciente e prevenção de eventos adversos

6 MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Kit de medicamentos padronizado da viatura (USB/USA)
- Protocolos institucionais (impressos ou digitais)
- Equipamentos de monitorização (PA, SpO₂, ECG quando disponível)
- Acesso venoso ou intraósseo quando indicado
- Sistema de regulação médica (rádio/telefone/aplicativo)
- Material de suporte à administração (seringas, equipos, diluentes conforme protocolo)

7 PROCEDIMENTO

7.1 Comunicação com a Regulação Médica

- Informar avaliação clínica baseada em ABCDE
- Informar sinais vitais completos e evolução do paciente

- Descrever hipótese diagnóstica e contexto clínico
- Solicitar conduta terapêutica quando indicada

7.2 Recebimento da Prescrição Médica

Ao receber a ordem verbal, o profissional deve registrar imediatamente:

- Medicamento
- Dose
- Via de administração
- Diluição (se aplicável)
- Velocidade/tempo de infusão (se aplicável)

7.3 Confirmação Obrigatória (Read-Back)

Repetir integralmente a prescrição ao médico regulador:

“Confirmo: medicamento X, dose Y, via Z, correto?”

A administração só pode ocorrer após confirmação verbal explícita do médico.

7.4 Checagem dos “9 CERTOS”

Antes da administração:

- Paciente certo
- Medicamento certo
- Dose certa
- Via certa
- Hora certa
- Indicação certa
- Compatibilidade certa
- Registro certo
- Resposta esperada

7.5 Administração

- Preparar medicamento com técnica asséptica
- Realizar dupla checagem sempre que possível
- Conferir novamente antes da administração
- Administrar conforme prescrição médica confirmada
- Monitorar continuamente sinais vitais durante e após administração
- Observar reações adversas imediatas

7.6 Pós-Administração

- Reavaliar paciente pelo método ABCDE
- Monitorização contínua (PA, FC, SpO₂, nível de consciência)
- Comunicar resposta clínica à Central de Regulação
- Solicitar reavaliação médica se necessário

8 REGISTRO

Registrar obrigatoriamente:

- Nome do médico regulador
- Horário da prescrição
- Medicamento, dose e via
- Confirmação verbal (read-back)
- Resposta clínica do paciente
- Intercorrências
- Profissional executor

9 BIOSSEGURANÇA

- Conferência dupla sempre que possível
- Nunca administrar medicamento sem prescrição verbal completa e confirmada
- Proibido assumir ou interpretar ordens implícitas
- Evitar interrupções durante preparo e administração
- Identificação/rotulagem de seringas quando aplicável
- Manter técnica asséptica durante todo o processo

10 SITUAÇÕES CRÍTICAS

Suspender e reavaliar imediatamente se:

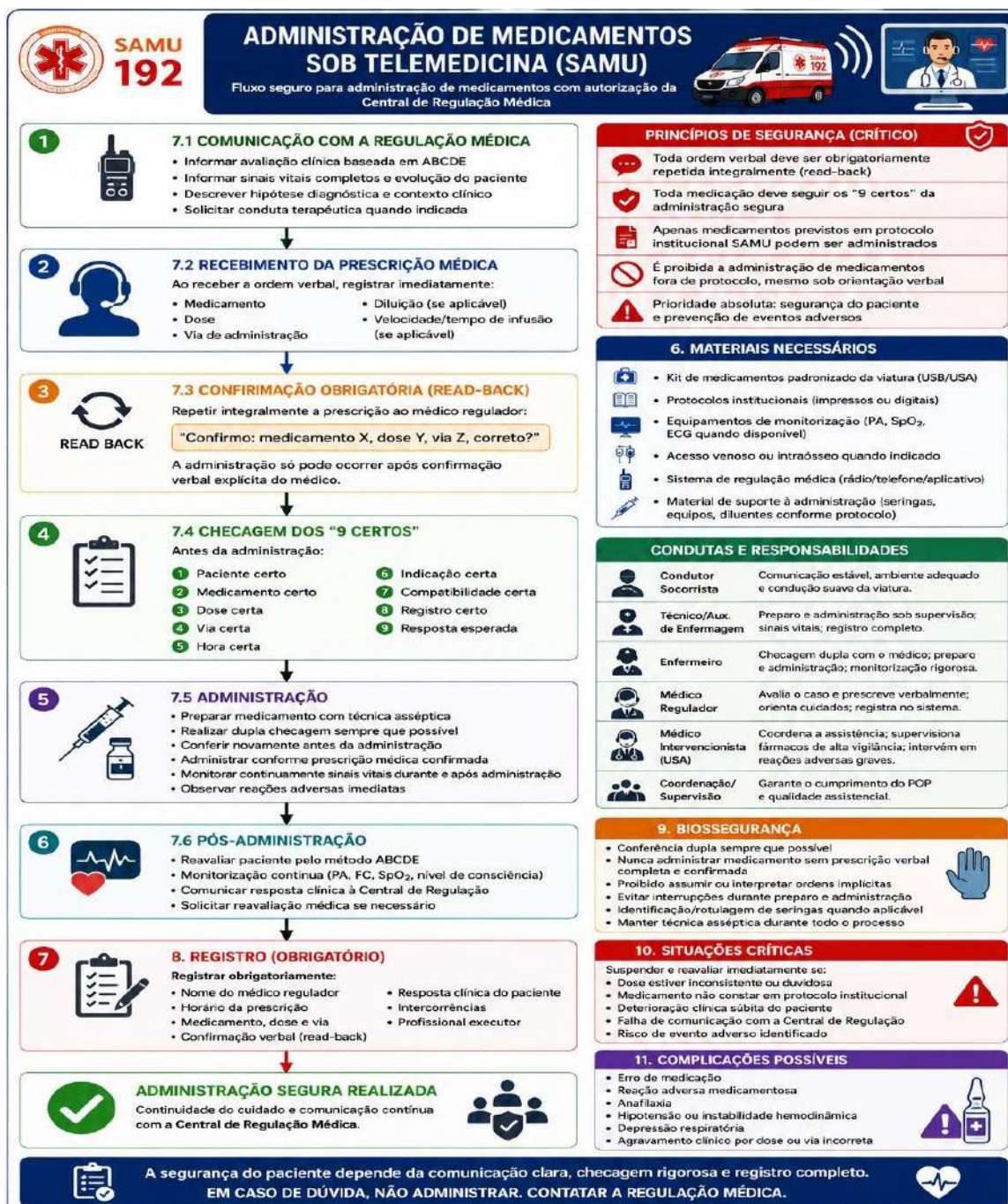
- Dose estiver inconsistente ou duvidosa
- Medicamento não constar em protocolo institucional
- Deterioração clínica súbita do paciente
- Falha de comunicação com a Central de Regulação
- Risco de evento adverso identificado

11 COMPLICAÇÕES POSSÍVEIS

- Erro de medicação
- Reação adversa medicamentosa

- Anafilaxia
- Hipotensão ou instabilidade hemodinâmica
- Depressão respiratória
- Agravamento clínico por dose ou via incorreta

12 FLUXOGRAMA VISUAL



13 REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Medidas de prevenção de eventos adversos relacionados ao uso de medicamentos em serviços de saúde**. Brasília: ANVISA, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa>. Acesso em: 26 maio 2026.

AMERICAN HEART ASSOCIATION (AHA). **2020–2025 Guidelines for CPR and ECC: medication use in emergency cardiovascular care**. Dallas: AHA, 2025. Disponível em: <https://cpr.heart.org>. Acesso em: 26 maio 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Segurança do paciente: diretrizes para prática segura de medicamentos em serviços de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude>. Acesso em: 26 maio 2026.

EUROPEAN RESUSCITATION COUNCIL (ERC). **European Resuscitation Guidelines 2021**. Brussels: ERC, 2021. Disponível em: <https://www.erc.edu>. Acesso em: 26 maio 2026.

INSTITUTE FOR SAFE MEDICATION PRACTICES (ISMP). **ISMP guidelines for safe medication practices**. Pennsylvania: ISMP, 2023. Disponível em: <https://www.ismp.org>. Acesso em: 26 maio 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Medication without harm: global patient safety challenge**. Geneva: WHO, 2017. Disponível em: <https://www.who.int>. Acesso em: 26 maio 2026.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP-SAMU- 025 OXIGENOTERAPIA E ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS (SAMU)	Versão	1.0 (1ª Edição)
		Data de Elaboração	Junho/2026
		Data de Aprovação	10/09/2026
		Página	1 de 8
Elaborado por:	Verificado por:	Aprovado por:	
Cristiane de Araújo Santos- Enfermeira – Coren/PI nº 340.498; Giovanna Jacobina Alencar-Enfermeira – Coren/PI nº 705.877.	Emanuel Vitor Dantas Oliveira - Enfermeiro – Coordenação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) – Coren/PI nº 553.104.	Equipe Multiprofissional do SAMU (Registrado em Livro Ata); Secretaria Municipal de Saúde (SMS); Conselho Municipal de Saúde (CMS).	
1 OBJETIVO Padronizar a administração de oxigenoterapia no atendimento pré-hospitalar, por meio de cateter nasal e máscara com reservatório, bem como a montagem e uso do aspirador de vias aéreas, garantindo oxigenação adequada, segurança do paciente e prevenção de complicações.			
2 CAMPO DE APLICAÇÃO/ABRANGÊNCIA Aplica-se às equipes de Suporte Básico (USB) e Suporte Avançado (USA) do SAMU em atendimento pré-hospitalar móvel.			
3 RESPONSÁVEIS			
PROFISSIONAL		RESPONSABILIDADE	
Condutor socorrista		• Verificar diariamente a pressão e a carga dos cilindros de oxigênio (fixos e portáteis) da ambulância. • Levar o aspirador portátil e o oxigênio de transporte imediatamente até a vítima.	

	• Auxiliar no posicionamento do paciente (como elevação da cabeceira/Fowler) para melhorar a expansão torácica. • Manter a comunicação por rádio com a regulação médica.
Técnico/auxiliar de enfermagem	• Montar, testar e instalar o fluxômetro, umidificador, circuito de oxigênio e o sistema de aspiração de secreções. • Realizar a aspiração de vias aéreas superiores sob supervisão e monitorar continuamente a oximetria de pulso (SpO2). • Registrar os sinais vitais, a oferta de oxigênio (L/min), o procedimento de aspiração e o aspecto da secreção na ficha assistencial.
Enfermeiro	• Avaliar o padrão respiratório, ausculta pulmonar e definir o dispositivo ideal de oxigenoterapia (cateter, máscara de Hudson ou de alta concentração). • Executar ou supervisionar a aspiração de secreções (orofaringe, nasofaringe ou tubo endotraqueal) com técnica asséptica. • Monitorar o padrão ventilatório, a resposta à oxigenação e prevenir lesões por pressão decorrentes das fixações.
Médico Regulador	• Autorizar o início da oxigenoterapia e orientar o fluxo ou dispositivo adequado com base no relato clínico. • Dar suporte na decisão de intervenções invasivas caso haja falha na oxigenação passiva. • Regular o destino do paciente para unidades com suporte ventilatório compatível.

Médico Intervencionista (USA)	• Avaliar a mecânica respiratória e indicar o manejo avançado da via aérea (IOT) se houver insuficiência respiratória grave. • Realizar laringoscopia direta para aspiração traqueal sob visualização, se necessário. • Prescrever os parâmetros de fluxo de oxigênio e ventilação mecânica na USA.
Coordenação/Supervisão	Garantir o cumprimento do POP e qualidade assistencial.

4 DEFINIÇÃO

- **Oxigenoterapia** é a administração de oxigênio suplementar em concentrações superiores ao ar ambiente, com o objetivo de corrigir ou prevenir hipóxia.
- A **aspiração de vias aéreas** é o procedimento de remoção de secreções, sangue ou conteúdo aspirado por meio de sistema de vácuo.

5 INDICAÇÕES

- Hipoxemia SpO₂ < 94% (ou conforme protocolo clínico, ex.: DPOC com alvo 88–92%)
- Dispneia ou desconforto respiratório
- Trauma com comprometimento respiratório
- PCR e pós-ROSC
- Choque circulatório
- Rebaixamento de nível de consciência
- Presença de secreções em vias aéreas

6 MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Fonte de oxigênio portátil ou central
- Fluxômetro
- Umidificador (quando necessário)
- Cateter nasal (cânula nasal)
- Máscara facial simples
- Máscara com reservatório (não reinalante)
- Extensão de O₂
- Aspirador portátil a vácuo

- Sondas de aspiração (flexíveis e rígidas tipo Yankauer)
- Luvas de procedimento
- Soro fisiológico 0,9% (quando indicado para aspiração)

7 PROCEDIMENTO

7.1 Segurança Inicial

- Higienizar mãos
- Verificar funcionamento da fonte de O₂
- Checar cilindro (pressão e válvula)
- Garantir ambiente seguro
- Avaliar necessidade de oxigênio por ABCDE

7.2 Cateter Nasal (Cânula Nasal)

Indicação

- Hipóxia leve a moderada
- Paciente consciente e respirando espontaneamente

Fluxo Recomendado

- 1 a 5 L/min (adulto)
- Ajustar conforme SpO₂ e protocolo médico

Procedimento

- Conectar cateter à fonte de O₂
- Introduzir extremidades do cateter nasal (prongs) nas narinas
- Fixar adequadamente
- Monitorar SpO₂ e conforto

7.3 Máscara Simples

Indicação

- Hipóxia moderada
- Necessidade de maior concentração de O₂

Fluxo

- 5 a 10 L/min

Procedimento

- Posicionar máscara cobrindo nariz e boca
- Ajustar elástico
- Garantir vedação parcial

- Monitorar saturação

7.4 Máscara Com Reservatório (Não Reinalante)

Indicação

- Hipóxia grave
- Trauma, choque, PCR pós-ROSC

Fluxo

- 10 a 15 L/min (reservatório sempre inflado)

Procedimento

- Inflar reservatório previamente
- Ajustar máscara firmemente ao rosto
- Evitar colapso do reservatório
- Monitorização contínua

7.5 Aspiração de Vias Aéreas

Indicação

- Secreção excessiva
- Sangue em vias aéreas
- Vômitos com risco de aspiração
- Obstrução parcial por secreções

Procedimento

- Higienizar mãos e calçar luvas
- Conectar sonda ao aspirador
- Testar sucção antes do uso
- Introduzir sonda sem aspirar inicialmente
- Aspirar durante retirada da sonda (movimento rotatório)
- Tempo máximo: 10–15 segundos por tentativa
- Reoxigenar entre tentativas

Cuidados / Observações Clínicas

- Avaliar presença de obstruções nasais (desvio de septo, pólipos, edema, epistaxe)
- Estimular tosse espontânea quando o paciente estiver consciente
- Selecionar calibre adequado da sonda conforme idade e paciente
- Evitar introdução forçada da sonda
- Observar características das secreções (cor, odor, quantidade)

- Interromper procedimento em caso de dor intensa, sangramento ou instabilidade

Precauções

- Evitar hipoxemia durante aspiração
- Não prolongar aspiração
- Monitorar FC e SpO₂
- Interromper se instabilidade clínica

7.6 Montagem do Aspirador**Passo A Passo**

- Conectar aspirador à fonte de energia ou bateria
- Conectar mangueira ao frasco coletor
- Verificar vedação do sistema
- Testar pressão negativa (vácuo)
- Conectar sonda de aspiração
- Ajustar pressão conforme idade:
 - Adulto: 80–120 mmHg
 - Criança: 60–100 mmHg
 - Lactente: 40–60 mmHg

8 BIOSSEGURANÇA

- Uso obrigatório de luvas
- Uso de máscara cirúrgica ou proteção respiratória em risco de aerossóis
- Descarte adequado de sondas
- Evitar reprocessamento de materiais
- Técnica asséptica sempre que possível
- Higienização de equipamentos após uso
- Prevenção de aerossóis

9 COMPLICAÇÕES POSSÍVEIS

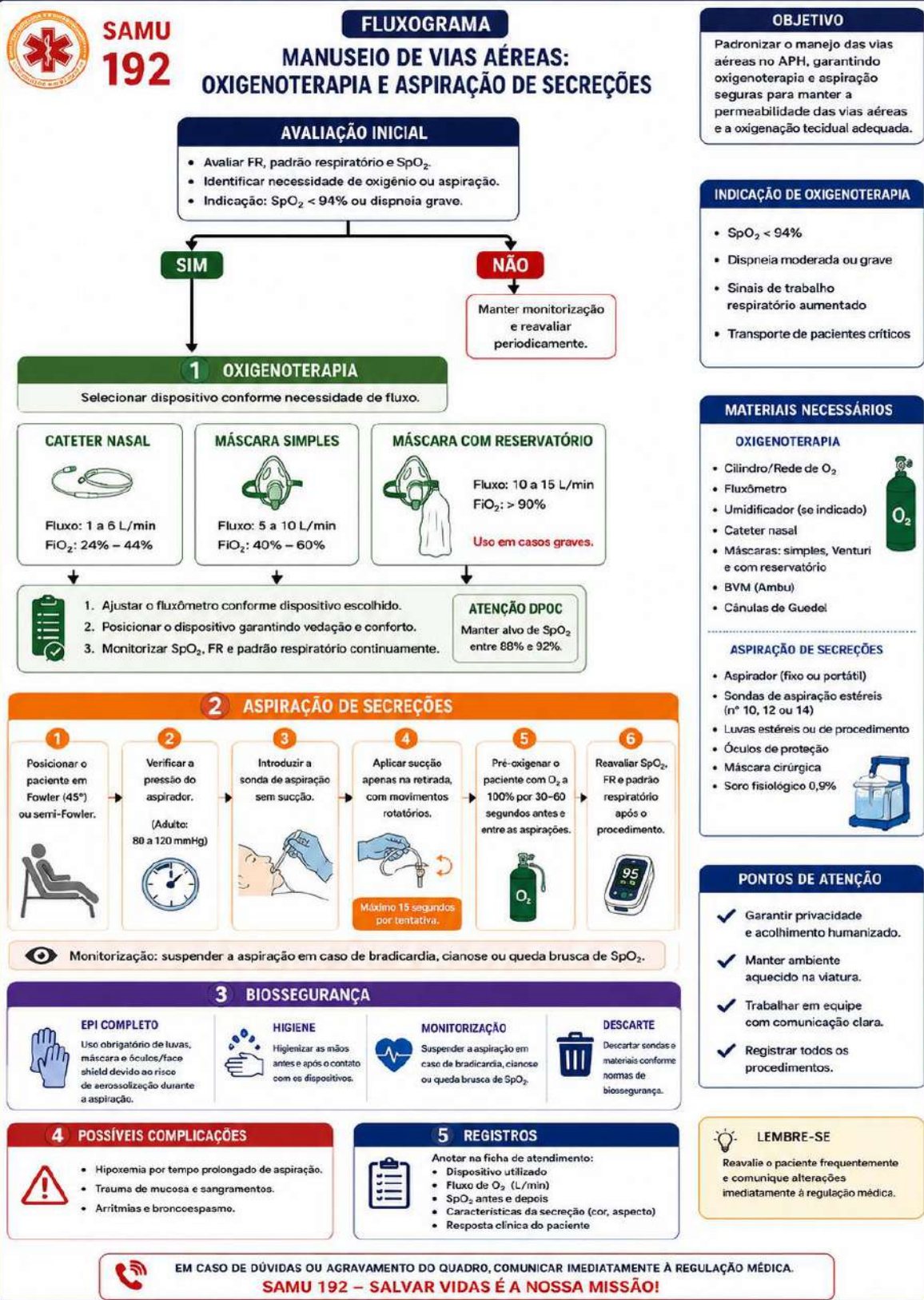
- Hipoxemia transitória
- Lesão de mucosa nasal
- Sangramento
- Broncoespasmo
- Aspiração de conteúdo gástrico

- Barotrauma ocorre por ventilação com pressão positiva
- Não por oxigênio isolado

10 REGISTRO

- Dispositivo utilizado
- Fluxo de O₂ administrado
- SpO₂ antes e após intervenção
- Necessidade de aspiração
- Características das secreções
- Resposta clínica
- Intercorrências

11 FLUXOGRAMA VISUAL



Fonte: Elaborado pelo autor com o auxílio do ChatGPT (OpenAI, 2026).

12 REFERÊNCIAS

AMERICAN HEART ASSOCIATION (AHA). **2020–2025 Guidelines for CPR and ECC**. Dallas: AHA, 2025. Disponível em: <https://cpr.heart.org>. Acesso em: 26 maio 2026.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Segurança do paciente: prevenção de eventos adversos em oxigenoterapia e terapia respiratória**. Brasília: ANVISA, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br>. Acesso em: 26 maio 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes de atendimento pré-hospitalar e suporte básico de vida no SAMU 192**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/samu-192>. Acesso em: 26 maio 2026.

EUROPEAN RESUSCITATION COUNCIL (ERC). **ERC Guidelines for Resuscitation 2021**. Brussels: ERC, 2021. Disponível em: <https://www.erc.edu/assets/guidelines>. Acesso em: 26 maio 2026.

INFUSION NURSES SOCIETY (INS). Infusion therapy standards of practice. **Journal of Infusion Nursing**, 2021. Disponível em: <https://www.ins1.org>. Acesso em: 26 maio 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Clinical management of acute respiratory infections**. Geneva: WHO, 2020. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/clinical-management-of-acute-respiratory-infections>. Acesso em: 26 maio 2026.



SECRETARIA
MUNICIPAL DE
SAÚDE



PREFEITURA
**CRISTINO
CASTRO**
Mais trabalho, mais futuro!



BLOCO VII: SITUAÇÕES ESPECIAIS E LOGÍSTICA

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP-SAMU- 026 CONSTATAÇÃO DE ÓBITO NO LOCAL	Versão	1.0 (1ª Edição)
		Data de Elaboração	Junho/2026
		Data de Aprovação	10/09/2026
		Página	1 de 8
Elaborado por:	Verificado por:	Aprovado por:	
Cristiane de Araújo Santos- Enfermeira – Coren/PI nº 340.498; Giovanna Jacobina Alencar-Enfermeira – Coren/PI nº 705.877.	Emanuel Vitor Dantas Oliveira - Enfermeiro – Coordenação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) – Coren/PI nº 553.104.	Equipe Multiprofissional do SAMU (Registrado em Livro Ata); Secretaria Municipal de Saúde (SMS); Conselho Municipal de Saúde (CMS).	

1 OBJETIVO

Padronizar a abordagem para constatação de óbito no atendimento pré-hospitalar móvel, assegurando critérios clínicos validados, segurança jurídica, rastreabilidade das ações e comunicação efetiva com a Central de Regulação e autoridades competentes.

2 CAMPO DE APLICAÇÃO/ABRANGÊNCIA

Aplica-se às equipes de Suporte Básico (USB) e Suporte Avançado (USA) do SAMU, durante atendimentos em ambiente pré-hospitalar, conforme protocolos institucionais e regulação médica.

3 RESPONSÁVEIS

PROFISSIONAL	RESPONSABILIDADE
Condutor socorrista	- Auxiliar no isolamento e na segurança do local, controlando o acesso de curiosos para proteger a dignidade da vítima e a integridade da equipe. - Garantir a preservação da cena intacta quando houver suspeita de crime ou causa externa. - Manter a comunicação ativa com a regulação médica para repasse de informações logísticas e

	apoio no acionamento de órgãos competentes (Polícia/IML).
Técnico/auxiliar de enfermagem	• Auxiliar na verificação da ausência de sinais vitais e, se orientado, realizar o traçado eletrocardiográfico (ECG) para a comprovação de assistolia. • Proceder com a cobertura e o isolamento digno do corpo, além de recolher os materiais assistenciais que não interfiram na perícia. • Registrar os dados cronológicos e os sinais aferidos na ficha de atendimento sob supervisão.
Enfermeiro	• Identificar sinais evidentes de morte biológica irreversível (rigor mortis, livores cadavéricos, decapitação ou decomposição) e comunicar imediatamente o Médico Regulador. • Liderar a equipe na cena, garantindo o acolhimento humanizado e técnico aos familiares presentes. • Preservar o corpo, pertences e o ambiente (especialmente em óbitos violentos) e registrar detalhadamente todos os achados clínicos e horários na ficha assistencial.
Médico Regulador	• Analisar os critérios clínicos e sinais de morte irreversível relatados pela equipe de campo para autorizar a não iniciação ou a interrupção das manobras de RCP. • Orientar a equipe sobre os procedimentos de preservação da cena em casos de morte por causa externa (violência/acidente). • Registrar o óbito no sistema e orientar a equipe ou familiares sobre o fluxo legal de

	encaminhamento do corpo (SVO, IML ou Serviço Funerário).
Médico Intervencionista (USA)	• Realizar o exame físico minucioso para a constatação clínica e legal do óbito na cena. • Preencher a Declaração de Óbito (DO) conforme as normativas do Conselho Federal de Medicina (CFM) em casos de morte natural assistida. • Identificar indícios de violência ou morte suspeita, suspendendo a manipulação do corpo e acionando formalmente a autoridade policial e a perícia (IML).
Coordenação/Supervisão	Garantir o cumprimento do POP e qualidade assistencial.

4 DEFINIÇÃO

- **Constatação de óbito** é o ato médico que confirma a ausência de sinais vitais e a irreversibilidade das funções cardiorrespiratórias, não se aplicando aos critérios formais de morte encefálica, que são hospitalares.

5 INDICAÇÕES

- Paciente encontrado em parada cardiorrespiratória (PCR) sem resposta às manobras de reanimação
- Presença de sinais inequívocos de morte
- Situações com contraindicação de RCP conforme protocolo
- Determinação da Central de Regulação Médica

6 CRITÉRIOS DE MORTE EVIDENTE (NÃO INICIAR RCP)

- Rigidez cadavérica (rigor mortis)
- Livores cadavéricos (hipóstase)
- Decomposição corporal
- Decapitação ou lesões incompatíveis com a vida
- Carbonização extensa

7 MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Equipamentos de proteção individual (EPI)
- Monitor multiparamétrico/desfibrilador (quando disponível)
- Estetoscópio
- Oxímetro de pulso
- Material de registro (ficha SAMU/sistema)

8 PROCEDIMENTO

8.1 Avaliação Inicial (ABCDE)

- Garantir segurança da cena
- Avaliar responsividade
- Verificar respiração e pulso central
- Monitorar sinais vitais quando possível

8.2 Confirmação de Parada Cardiorrespiratória

- Ausência de movimentos respiratórios
- Inconsciência não responsiva
- Assistolia confirmada em pelo menos duas derivações no monitor cardíaco, quando disponível
- Ausência de pulso central (carotídeo/femoral) por no mínimo 10 segundos

8.3 Conduta

- Iniciar RCP conforme protocolo, quando indicado
- Comunicar imediatamente a Central de Regulação
- Seguir orientação do médico regulador

8.4 Constatação do Óbito

- Realizada exclusivamente por médico
- Confirmar ausência de sinais vitais por tempo adequado
- Verificar critérios de irreversibilidade
- Tempo mínimo de observação clínica conforme protocolo local
- Exclusão de causas reversíveis (4Hs e 4Ts, quando aplicável)

8.5 Situações Especiais

- Trauma grave → avaliar lesões incompatíveis com a vida (ex.: hemicorporectomia, evisceração maciça)
- PCR não testemunhada → considerar tempo estimado
- Hipotermia → considerar reversibilidade (“não está morto até estar aquecido”)
- Intoxicações → considerar antídotos e suporte avançado antes da constatação

8.6 Pós-Constatação

- Preservar o corpo no local
- Não remover dispositivos (exceto orientação contrária)
- Manter dignidade e privacidade do paciente
- Orientar familiares de forma ética e humanizada
- Acionar autoridades competentes quando necessário (polícia, IML)
- Não emitir Declaração de Óbito no local, salvo normativas específicas do serviço

8.7 Transporte do Corpo (Quando Aplicável)

- O transporte do corpo não é atribuição rotineira do SAMU
- Deve ocorrer apenas mediante orientação da Central de Regulação Médica
- Em casos de óbito com suspeita de causa externa, o corpo deve permanecer no local até liberação da autoridade competente
- Em óbitos naturais, seguir fluxo local (serviço funerário / unidade de saúde)
- A equipe não deve realizar transporte sem autorização formal
- Garantir respeito, dignidade e preservação do corpo durante todo o processo
- Registrar formalmente a autorização da Central

9 CUIDADOS DE ENFERMAGEM

- Garantir segurança da cena e uso de EPI
- Auxiliar na avaliação inicial (responsividade, respiração, pulso)
- Instalar monitor e apoiar confirmação de PCR
- Realizar/auxiliar RCP conforme protocolo
- Controlar tempo de PCR e intervenções
- Apoiar o médico na constatação do óbito
- Manter o corpo em posição digna e evitar manipulação desnecessária
- Não retirar dispositivos (salvo orientação)

- Oferecer apoio humanizado aos familiares
- Auxiliar na comunicação com a Central de Regulação
- Realizar registro claro e completo da assistência
- Seguir normas de biossegurança
- Respeitar limites legais (não declarar óbito)

10 BIOSSEGURANÇA

- Utilizar EPI durante todo o atendimento
- Evitar exposição a fluidos biológicos
- Higienização das mãos antes e após o contato
- Descarte adequado de materiais

11 RISCOS E EVENTOS ADVERSOS

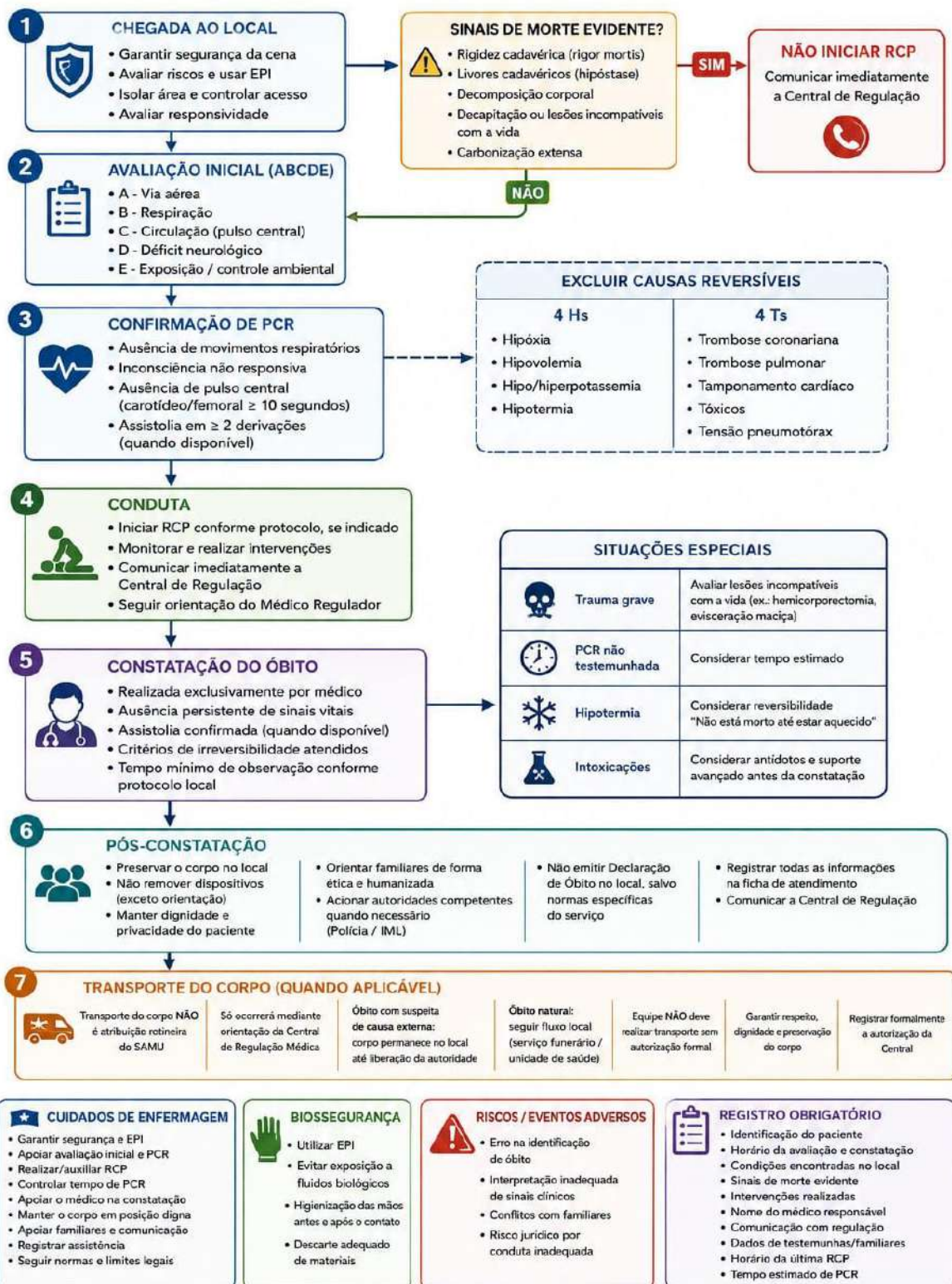
- Erro na identificação de óbito
- Interpretação inadequada de sinais clínicos
- Conflitos com familiares
- Risco jurídico por conduta inadequada

12 REGISTRO

- Identificação do paciente (quando possível)
- Horário da avaliação e constatação
- Condições encontradas no local
- Presença de sinais de morte evidente
- Intervenções realizadas
- Nome do médico responsável
- Comunicação com regulação
- Dados de testemunhas/familiares (quando aplicável)
- Horário da última intervenção de RCP (quando realizada)
- Tempo estimado de PCR (quando possível)

13 FLUXOGRAMA VISUAL

CONSTATAÇÃO DE ÓBITO NO LOCAL – SAMU



IMPORTANTE: A constatação de óbito é ato médico e deve seguir critérios clínicos validados, normas legais e protocolos institucionais do SAMU.



HUMANIZAÇÃO SEMPRE

Fonte: Elaborado pelo autor com o auxílio do ChatGPT (OpenAI, 2026).

13 REFERÊNCIAS

AMERICAN HEART ASSOCIATION. **2020–2025 Guidelines for CPR and ECC**. Dallas: AHA, 2025. Disponível em: <https://cpr.heart.org>. Acesso em: 27 maio 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo de Suporte Básico de Vida**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude>. Acesso em: 27 maio 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/samu-192>. Acesso em: 27 maio 2026.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Resolução nº 1.779/2005**. Regulamenta a responsabilidade médica na declaração de óbito. Brasília, DF: CFM, 2005. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas>. Acesso em: 27 maio 2026.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Resolução nº 2.132/2015**. Normas sobre constatação de óbito no atendimento pré-hospitalar. Brasília, DF: CFM, 2015. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas>. Acesso em: 27 maio 2026.

EUROPEAN RESUSCITATION COUNCIL. **ERC Guidelines for Resuscitation 2021**. Brussels: ERC, 2021. Disponível em: <https://www.erc.edu>. Acesso em: 27 maio 2026.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP-SAMU- 027 MANEJO DE PACIENTE AGRESSIVO/SURTO PSIQUIÁTRICO	Versão	1.0 (1ª Edição)
		Data de Elaboração	Junho/2026
		Data de Aprovação	10/09/2026
		Página	1 de 7
Elaborado por:	Verificado por:	Aprovado por:	
Cristiane de Araújo Santos- Enfermeira – Coren/PI nº 340.498; Giovanna Jacobina Alencar-Enfermeira – Coren/PI nº 705.877.	Emanuel Vitor Dantas Oliveira - Enfermeiro – Coordenação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) – Coren/PI nº 553.104.	Equipe Multiprofissional do SAMU (Registrado em Livro Ata); Secretaria Municipal de Saúde (SMS); Conselho Municipal de Saúde (CMS).	

1 OBJETIVO

Padronizar a abordagem ao paciente em agitação psicomotora ou surto psiquiátrico no atendimento pré-hospitalar móvel, garantindo segurança da equipe, do paciente e de terceiros, por meio de técnicas de descalonamento verbal e, em última instância, contenção física mecânica segura, conforme critérios clínicos, éticos e legais.

2 CAMPO DE APLICAÇÃO/ABRANGÊNCIA

Aplica-se às equipes de Suporte Básico (USB) e Suporte Avançado (USA) do SAMU, durante atendimentos em ambiente pré-hospitalar, conforme protocolos institucionais e regulação médica.

3 RESPONSÁVEIS

PROFISSIONAL	RESPONSABILIDADE
Condutor socorrista	- Garantir a segurança da equipe mantendo a viatura posicionada estrategicamente para uma rota de fuga/evasão rápida se a cena se tornar insegura. - Auxiliar ativamente na contenção física e no transporte seguro do paciente agitado até a ambulância.

	Retirar do salão de atendimento qualquer objeto perfurocortante ou contundente que possa ser usado como arma e manter contato contínuo via rádio com a regulação.
Técnico/auxiliar de enfermagem	- Auxiliar na contenção física do paciente sob a liderança do enfermeiro ou médico, agindo com firmeza e sem agressividade. - Preparar e administrar a medicação prescrita (contenção química) de forma ágil e segura. - Aferir sinais vitais assim que o paciente estiver estabilizado e registrar os horários, justificativa da contenção e medicações na ficha assistencial.
Enfermeiro	- Liderar a abordagem verbal inicial e técnicas de desescalonamento na tentativa de acalmar o paciente. - Coordenar e aplicar a contenção mecânica/física de forma segura (técnica de 4 ou 5 pontos), se estritamente necessária para proteção do paciente e da equipe. - Supervisionar o posicionamento do paciente no leito (nunca em decúbito prono) e monitorar continuamente o padrão respiratório e hemodinâmico durante a contenção.
Médico Regulador	- Triar o chamado para avaliar o risco de violência contra si ou terceiros. - Acionar o suporte das forças de segurança (Polícia Militar/Corpo de Bombeiros) antes do envio da equipe, se houver risco iminente. - Orientar a contenção química (via telemedicina) e indicar a vaga hospitalar de referência psiquiátrica ou clínica.

Médico Intervencionista (USA)	• Realizar o diagnóstico clínico-psiquiátrico, afastando causas orgânicas para o surto (ex.: hipoglicemia, trauma, intoxicação). • Prescrever e coordenar a contenção química (sedação/antipsicóticos) conforme o protocolo assistencial. • Monitorar e garantir o manejo avançado da via aérea caso ocorra depressão respiratória pós-sedação.
Coordenação/Supervisão	Garantir o cumprimento do POP e qualidade assistencial.

4 DEFINIÇÃO

- Paciente agressivo ou em surto psiquiátrico é aquele que apresenta alteração comportamental aguda, com agitação psicomotora, agressividade, risco de auto ou Heteroagressão, delírios, alucinações ou perda do controle comportamental, exigindo intervenção da equipe de saúde.

5 INDICAÇÕES

- Agitação psicomotora grave
- Risco de autoagressão ou Heteroagressão
- Ameaça à equipe, paciente ou terceiros
- Surto psicótico agudo
- Intoxicação associada à agressividade
- Comportamento desorganizado com risco iminente
- Determinação da Central de Regulação Médica

6 CONTRAINDICAÇÕES

- Contenção física sem risco iminente
- Uso de contenção como punição ou conveniência
- Ausência de monitorização do paciente contido

7 MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Equipamentos de proteção individual (EPI)
- Monitor multiparamétrico/desfibrilador (quando disponível)

- Oxímetro de pulso
- Dispositivos de contenção mecânica (acolchoados)
- Medicamentos conforme prescrição médica
- Material de registro (ficha SAMU/sistema)

8 PROCEDIMENTO

8.1 Avaliação Inicial

- Garantir segurança da cena
- Avaliar risco de agressão e presença de objetos perigosos
- Solicitar apoio policial quando necessário
- Avaliar nível de consciência e comportamento
- Investigar causas clínicas (hipoglicemia, hipóxia, trauma, intoxicação)

8.2 Descalçamento Verbal

- Abordar de forma calma e não ameaçadora
- Identificar-se ao paciente
- Utilizar linguagem simples e respeitosa
- Evitar confronto, discussão ou julgamento
- Reduzir estímulos ambientais
- Manter distância segura
- Definir um único interlocutor
- Estimular cooperação voluntária

8.3 Conduta

- Priorizar medidas não coercitivas
- Comunicar a Central de Regulação Médica
- Seguir orientação médica
- Considerar contenção química conforme prescrição médica (USA)

8.4 Contenção Física Mecânica

- Realizar apenas em caso de risco iminente
- Executar com equipe suficiente e treinada
- Explicar o procedimento ao paciente, quando possível
- Utilizar contenção segura (preferencialmente 4 pontos)
- Evitar compressão torácica, abdominal ou cervical
- Não manter paciente em decúbito ventral prolongado
- Monitorar continuamente o paciente
- Reavaliar frequentemente a necessidade de contenção

- Nunca realizar contenção com apenas um profissional

8.5 Situações Especiais

- Intoxicação → descartar causas reversíveis
- Trauma cranioencefálico → considerar alteração neurológica
- Hipóxia/hipoglicemia → corrigir causas clínicas
- Uso de drogas → monitorar risco cardiovascular
- Tentativa de suicídio → vigilância contínua

8.6 Transporte

- Garantir segurança da equipe e do paciente
- Manter monitorização contínua
- Posicionar adequadamente o paciente
- Evitar estímulos que aumentem a agitação
- Comunicar unidade de destino previamente

8.7 Pós-Atendimento

- Reavaliar sinais vitais
- Registrar intervenções realizadas
- Comunicar intercorrências à regulação
- Encaminhar conforme orientação
- Deve ocorrer apenas mediante orientação da Central de Regulação Médica
- Em casos de óbito com suspeita de causa externa, o corpo deve permanecer no local até liberação da autoridade competente
- Em óbitos naturais, seguir fluxo local (serviço funerário / unidade de saúde)
- A equipe não deve realizar transporte sem autorização formal
- Garantir respeito, dignidade e preservação do corpo durante todo o processo
- Registrar formalmente a autorização da Central

9 CUIDADOS DE ENFERMAGEM

- Auxiliar no descalonamento verbal
- Garantir segurança da cena e uso de EPI
- Reduzir estímulos ambientais
- Monitorar sinais vitais e nível de consciência
- Identificar risco de auto/Heteroagressão
- Auxiliar na contenção física segura, quando indicada

- Monitorar continuamente respiração, perfusão e consciência
- Observar sinais de hipóxia, broncoaspiração ou lesões
- Evitar decúbito ventral prolongado
- Oferecer apoio humanizado
- Auxiliar na comunicação com a regulação
- Registrar assistência prestada
- Seguir normas de biossegurança
- Respeitar limites éticos e legais

10 BIOSSEGURANÇA

- Utilizar EPI durante todo o atendimento
- Reduzir risco de agressão ocupacional
- Higienizar mãos e equipamentos
- Descartar materiais corretamente

11 RISCOS E EVENTOS ADVERSOS

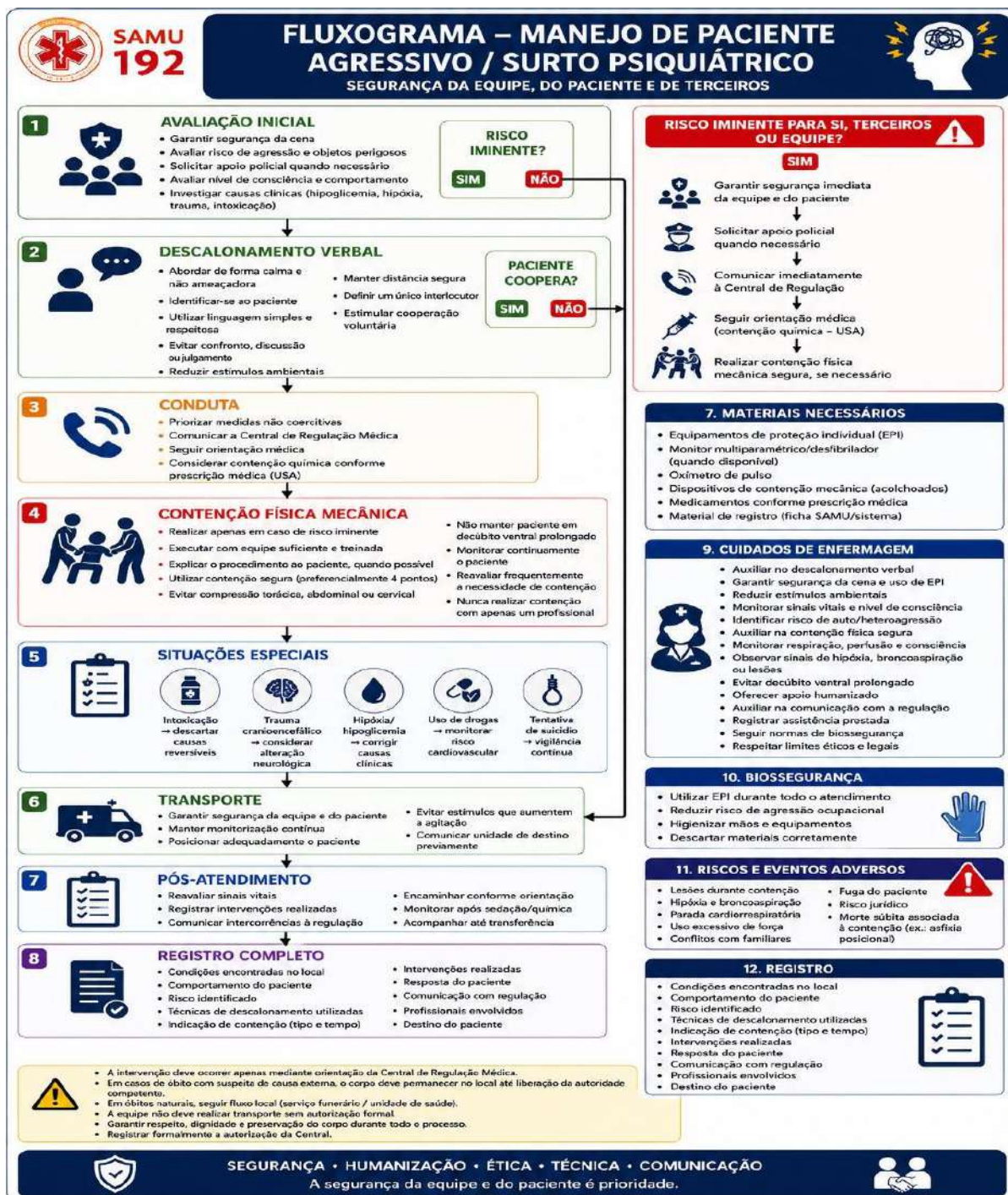
- Lesões durante contenção
- Hipóxia e broncoaspiração
- Parada cardiorrespiratória
- Uso excessivo de força
- Conflitos com familiares
- Fuga do paciente
- Risco jurídico
- Morte súbita associada à contenção (ex.: asfixia posicional)

12 REGISTRO

- Condições encontradas no local
- Comportamento do paciente
- Risco identificado
- Técnicas de descalonamento utilizadas
- Indicação de contenção (tipo e tempo)
- Intervenções realizadas
- Resposta do paciente

- Comunicação com regulação
- Profissionais envolvidos
- Destino do paciente

13 FLUXOGRAMA VISUAL



Fonte: Elaborado pelo autor com o auxílio do ChatGPT (OpenAI, 2026).

14 REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Practice guideline for the psychiatric evaluation of adults**. 3. ed. Washington, DC: APA, 2023. Disponível em: <https://psychiatryonline.org/guidelines>. Acesso em: 27 maio 2026.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução nº 2.057/2013**. Consolida normas da prática psiquiátrica no Brasil. Brasília, DF: CFM, 2013. Disponível em: https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2013/2057_2013.pdf. Acesso em: 27 maio 2026.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE. **Violence and aggression: short-term management in mental health, health and community settings (NG10)**. London: NICE, 2015 (atualizado). Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng10>. Acesso em: 27 maio 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Mental health action plan 2013–2030**. Geneva: WHO, 2021. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031029>. Acesso em: 27 maio 2026.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP-SAMU- 028 TRANSFERÊNCIA INTERHOSPITALAR DE PACIENTE CRÍTICO	Versão	1.0 (1ª Edição)
		Data de Elaboração	Junho/2026
		Data de Aprovação	10/09/2026
Elaborado por:	Verificado por:	Página	1 de 8
Cristiane de Araújo Santos- Enfermeira – Coren/PI nº 340.498; Giovanna Jacobina Alencar-Enfermeira – Coren/PI nº 705.877.	Emanuel Vitor Dantas Oliveira - Enfermeiro – Coordenação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) – Coren/PI nº 553.104.	Aprovado por:	
		Equipe Multiprofissional do SAMU (Registrado em Livro Ata); Secretaria Municipal de Saúde (SMS); Conselho Municipal de Saúde (CMS).	

1 OBJETIVO

Padronizar a assistência na transferência interhospitalar de pacientes críticos no atendimento pré-hospitalar móvel, garantindo continuidade do cuidado, segurança do paciente, estabilidade clínica durante o transporte e comunicação eficaz entre as unidades de saúde.

2 CAMPO DE APLICAÇÃO/ABRANGÊNCIA

Aplica-se às equipes de Suporte Básico (USB) e Suporte Avançado (USA) do SAMU, durante transferências interhospitalar, conforme regulação médica e protocolos institucionais.

3 RESPONSÁVEIS

PROFISSIONAL	RESPONSABILIDADE
Condutor socorrista	• Verificar previamente a carga e a autonomia dos cilindros de oxigênio (fixo e portátil) e o funcionamento da rede elétrica da viatura. • Adotar uma condução defensiva, suave e sem acelerações ou frenagens bruscas, minimizando oscilações hemodinâmicas no paciente crítico.

	Auxiliar a equipe de saúde na movimentação cuidadosa da maca e manter a comunicação ativa via rádio com a regulação médica.
Técnico/auxiliar de enfermagem	- Realizar a monitorização contínua dos sinais vitais e auxiliar na transferência física segura do paciente entre os leitos e a maca da ambulância. - Controlar a infusão de soluções e preparar medicações sob supervisão e prescrição médica durante o trajeto. - Registrar rigorosamente os sinais vitais evolutivos, horários e balanço hídrico na ficha assistencial.
Enfermeiro	- Coordenar a equipe assistencial e supervisionar a fixação, permeabilidade e segurança de todos os dispositivos invasivos (tubos, acessos venosos, sondas). - Conferir o funcionamento, parametrização e a autonomia de bateria dos equipamentos críticos (monitor, ventilador e bombas de infusão) antes da partida. - Monitorar continuamente a estabilidade hemodinâmica do paciente durante o trânsito e registrar o relatório de enfermagem.
Médico Regulador	- Validar a real necessidade da transferência e garantir a confirmação do leito receptor no hospital de destino (vaga regulada). - Definir o suporte adequado para o transporte (Unidade de Suporte Avançado - USA) com base na gravidade do paciente. - Monitorar o andamento da transferência e mediar o contato entre os médicos assistentes de origem e destino em caso de intercorrências.

Médico Intervencionista (USA)	• Realizar a avaliação clínica do paciente crítico no hospital de origem, garantindo sua estabilização pré-transporte. • Gerenciar a via aérea avançada, os parâmetros do ventilador mecânico e a titulação de drogas vasoativas durante o trajeto. • Realizar a passagem de plantão formal e detalhada do caso clínico ao médico receptor no hospital de destino.
Coordenação/Supervisão	Garantir o cumprimento do POP e qualidade assistencial.

4 DEFINIÇÃO

- Transferência interhospitalar é o transporte de paciente entre unidades de saúde, visando acesso a recursos diagnósticos, terapêuticos ou especializados indisponíveis na unidade de origem.

5 INDICAÇÕES

- Necessidade de suporte avançado indisponível na unidade de origem
- Paciente crítico com necessidade de UTI
- Necessidade de avaliação especializada (cirurgia, neurologia, cardiologia, etc.)
- Exames ou terapias não disponíveis localmente
- Determinação da Central de Regulação Médica

6 CONTRAINDICAÇÕES

- Instabilidade extrema sem possibilidade de estabilização prévia
- Ausência de vaga confirmada na unidade de destino
- Falta de recursos mínimos para transporte seguro
- Condições que representem risco iminente de óbito durante transporte sem suporte adequado

7 MATERIAIS NECESSÁRIOS

- EPI
- Monitor multiparamétrico/desfibrilador
- Oxímetro de pulso
- Ventilador mecânico portátil (USA)

- Bomba de infusão
- Medicamentos de emergência
- Cilindro de oxigênio com reserva adequada
- Material para manejo de via aérea
- Kit de acesso venoso
- Prancha/maca com cintos de segurança
- Material de registro

8 PROCEDIMENTO

8.1 Preparo Pré-Transporte

- Confirmar regulação e vaga na unidade de destino
- Realizar passagem de caso entre equipes (origem → SAMU → destino)
- Avaliar estabilidade clínica do paciente
- Garantir via aérea pérvia
- Estabilizar parâmetros hemodinâmicos
- Checar acesso venoso funcional
- Garantir sedação/analgesia quando indicado
- Revisar dispositivos (tubos, drenos, sondas)
- Conferir equipamentos e autonomia de oxigênio
- Calcular autonomia de oxigênio conforme consumo do dispositivo
- Garantir volume suficiente para todo o trajeto + reserva mínima de segurança ($\geq 30\%$)
- Confirmar identificação correta do paciente
- Garantir documentação clínica e exames que acompanham o paciente

Checklist pré-transporte (OBRIGATÓRIO):

- Via aérea segura
- Oxigênio suficiente
- Monitor funcionando
- Medicações preparadas
- Acesso venoso pérvio
- Equipamentos testados

Conferir presença de:

- Relatório médico
- Prescrição atual
- Exames relevantes
- Confirmar responsabilidade médica pelo paciente durante o transporte (médico assistente/regulador)
- Definir tipo de suporte (USB ou USA) conforme gravidade clínica, necessidade de ventilação mecânica, uso de drogas vasoativas ou instabilidade hemodinâmica

8.2 Avaliação Inicial (ABCDE)

- A: Via aérea e proteção
- B: Ventilação e oxigenação
- C: Circulação e perfusão
- D: Estado neurológico
- E: Exposição e controle de lesões

8.3 Conduta Durante o Transporte

- Monitorização contínua (FC, PA, FR, SpO₂, ECG)
- Manter ventilação com parâmetros ajustados conforme condição clínica e prescrição (volume corrente, FR, FiO₂, PEEP quando aplicável)
- Administrar medicações conforme prescrição
- Manter estabilidade hemodinâmica
- Reavaliar paciente continuamente
- Evitar interrupções de infusão e oxigênio
- Antecipar possíveis intercorrências
- Garantir fixação adequada de todos os dispositivos e equipamentos
- Realizar reavaliação sistemática do paciente em intervalos regulares (5–10 minutos ou conforme gravidade)
- Manter comunicação com a Central de Regulação em caso de intercorrências ou piora clínica

8.4 Situações Especiais

- Paciente intubado → confirmar fixação e posição do tubo
- Uso de drogas vasoativas → garantir bomba de infusão contínua
- Trauma → imobilização adequada
- PCR durante transporte → iniciar protocolo imediatamente

- Paciente agitado → considerar sedação conforme prescrição

8.5 Chegada Ao Destino

- Realizar passagem de caso estruturada (SBAR)
- Transferir monitorização e dispositivos com segurança
- Confirmar recebimento pela equipe do hospital
- Registrar horário de entrega
- Garantir transferência formal de responsabilidade assistencial

8.6 Pós-Atendimento

- Higienizar materiais e viatura
- Repor insumos utilizados
- Registrar ocorrência
- Comunicar intercorrências à regulação

9 CUIDADOS DE ENFERMAGEM

- Garantir segurança do paciente e uso de EPI
- Auxiliar na estabilização pré-transporte
- Conferir e organizar equipamentos e medicações
- Monitorar continuamente sinais vitais
- Controlar infusões e dispositivos
- Observar sinais de deterioração clínica
- Manter vias aéreas e ventilação adequadas
- Prevenir deslocamento de dispositivos
- Registrar todos os parâmetros e intervenções
- Auxiliar na comunicação entre equipes
- Garantir transporte seguro (fixação em maca)

10 BIOSSEGURANÇA

- Uso de EPI
- Higienização das mãos
- Descarte adequado de resíduos
- Limpeza da viatura e equipamentos
- Prevenção de contaminação cruzada durante transporte
- Uso de EPI conforme risco biológico

11 RISCOS E EVENTOS ADVERSOS

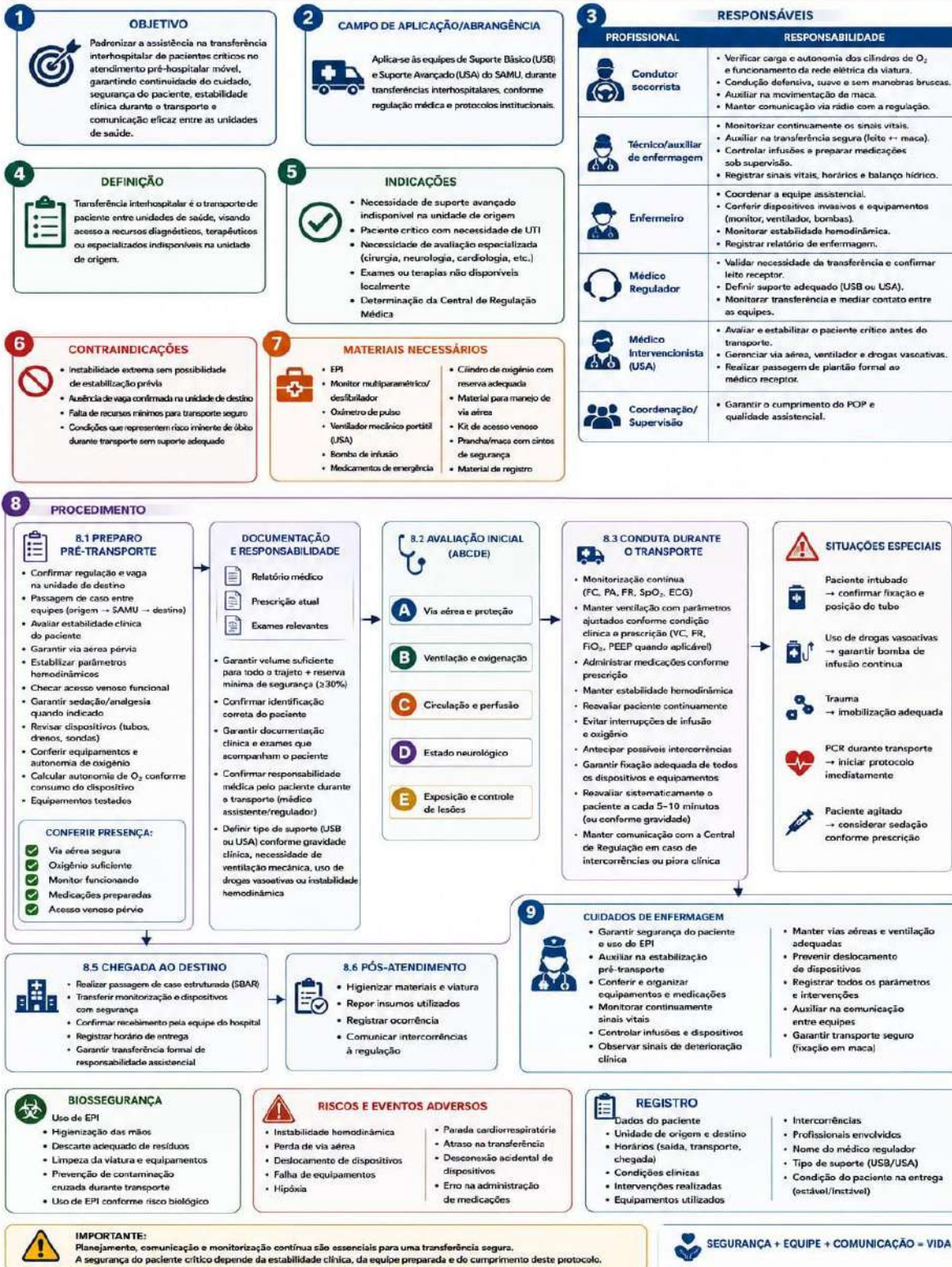
- Instabilidade hemodinâmica
- Perda de via aérea
- Deslocamento de dispositivos
- Falha de equipamentos
- Hipóxia
- Parada cardiorrespiratória
- Atraso na transferência
- Desconexão acidental de dispositivos
- Erro na administração de medicações

12 REGISTRO

- Dados do paciente
- Unidade de origem e destino
- Horários (saída, transporte, chegada)
- Condições clínicas
- Intervenções realizadas
- Equipamentos utilizados
- Intercorrências
- Profissionais envolvidos
- Nome do médico regulador
- Tipo de suporte (USB/USA)
- Condição do paciente na entrega (estável/instável)

13 FLUXOGRAMA VISUAL

TRANSFERÊNCIA INTERHOSPITALAR DE PACIENTE CRÍTICO



Fonte: Elaborado pelo autor com o auxílio do ChatGPT (OpenAI, 2026).

13 REFERÊNCIAS

AMERICAN HEART ASSOCIATION (AHA). **Guidelines for CPR and ECC**. Dallas: AHA, 2025. Disponível em: <https://cpr.heart.org/en/resuscitation-science/cpr-and-ecc-guidelines>. Acesso em: 27 maio 2026.

ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA (AMIB). **Transporte de pacientes críticos**. São Paulo: AMIB, 2022. Disponível em: https://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/amib/2022/documentos/Transporte_de_Pacientes_Criticos.pdf. Acesso em: 27 maio 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção às Urgências**. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_urgencias_3ed.pdf. Acesso em: 27 maio 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/samu-192>. Acesso em: 27 maio 2026.

SOCIETY OF CRITICAL CARE MEDICINE (SCCM). **Guidelines for interfacility transport of critically ill patients**. Chicago: SCCM, 2023. Disponível em: <https://www.sccm.org/Clinical-Resources/Guidelines/Guidelines-for-Interfacility-Transport-of-Critically-Ill-Patients>. Acesso em: 27 maio 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Emergency care systems for universal health coverage**. Geneva: WHO, 2019. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/emergency-care-systems-for-universal-health-coverage>. Acesso em: 27 maio 2026.



SECRETARIA
MUNICIPAL DE
SAÚDE



PREFEITURA
**CRISTINO
CASTRO**
Mais trabalho, mais futuro!



BLOCO VIII: SEGURANÇA OPERACIONAL E INCIDENTES CRÍTICOS

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Versão	1.0 (1ª Edição)
	POP-SAMU- 029	Data de Elaboração	Junho/2026
	SEGURANÇA DE CENA E SINALIZAÇÃO DE VIA	Data de Aprovação	10/09/2026
		Página	1 de 8
Elaborado por:	Verificado por:	Aprovado por:	
Cristiane de Araújo Santos- Enfermeira – Coren/PI nº 340.498; Giovanna Jacobina Alencar-Enfermeira – Coren/PI nº 705.877.	Emanuel Vitor Dantas Oliveira - Enfermeiro – Coordenação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) – Coren/PI nº 553.104.	Equipe Multiprofissional do SAMU (Registrado em Livro Ata); Secretaria Municipal de Saúde (SMS); Conselho Municipal de Saúde (CMS).	

1 OBJETIVO

Estabelecer procedimentos padronizados para a segurança da cena e sinalização de via em ocorrências de acidentes rodoviários, garantindo a proteção da equipe, das vítimas e dos demais usuários da via, reduzindo riscos secundários e assegurando condições seguras para atuação integrada das equipes de emergência.

2 CAMPO DE APLICAÇÃO/ABRANGÊNCIA

Aplica-se a todas as equipes de atendimento pré-hospitalar móvel do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) envolvidas em ocorrências em vias públicas, rodovias, estradas urbanas e rurais, onde haja risco relacionado ao tráfego de veículos.

3 RESPONSÁVEIS

PROFISSIONAL	RESPONSABILIDADE
Condutor socorrista	• Posicionar a ambulância de forma segura e estratégica; • Auxiliar na proteção inicial da cena contra riscos relacionados ao tráfego;

	• Manter sinais luminosos de emergência ativos; • Auxiliar na implantação da sinalização viária.
Técnico/auxiliar de enfermagem	• Apoiar a sinalização da via; • Auxiliar na montagem da zona segura; • Garantir uso correto de EPIs pela equipe. • Comunicar imediatamente situações de risco identificadas durante a operação.
Enfermeiro	• Coordenar a segurança da equipe na cena; • Avaliar riscos ambientais e dinâmicos; • Supervisionar a organização das zonas de atendimento; • Garantir que o atendimento seja iniciado somente após avaliação mínima de segurança da cena.
Médico regulador/assistencial (quando presente)	• Apoiar decisões clínicas após estabilização da cena; • Priorizar intervenções considerando segurança do local.
Coordenação/Supervisão	• Garantir o cumprimento do POP e qualidade assistencial.

4 DEFINIÇÃO

Segurança de cena e sinalização de via compreendem o conjunto de ações realizadas pela equipe de atendimento para:

- Isolar e proteger o local do acidente;
- Organizar o fluxo de veículos;
- Reduzir riscos de atropelamento ou novos sinistros;
- Garantir condições seguras para atendimento pré-hospitalar.

- Inclui o posicionamento estratégico da ambulância, uso de dispositivos de sinalização (cones e triângulos) e controle inicial da área, avaliação contínua de riscos dinâmicos, preservação da cena e articulação com órgãos de trânsito e segurança pública.

5 MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Cones de sinalização refletivos
- Triângulo de segurança
- Lanternas/sinalizadores luminosos
- Coletes refletivos de alta visibilidade
- EPIs (luvas, máscara, óculos, etc.)
- Calços de roda (quando disponíveis)
- Rádio comunicador
- Kit de atendimento pré-hospitalar

6 PROCEDIMENTO

6.1 Chegada ao local

- Reduzir velocidade progressivamente;
- Avaliar riscos antes de desembarcar;
- Identificar fluxo de tráfego e cenário do acidente.
- Observar presença de produtos perigosos, incêndio, vazamento de combustível, instabilidade estrutural ou risco elétrico.

Considera-se cena minimamente segura quando:

- Houver proteção contra fluxo de tráfego;
- Riscos imediatos estiverem controlados ou isolados;
- Equipe estiver utilizando EPIs adequados;
- Houver possibilidade segura de acesso e retirada das vítimas.

6.2 Posicionamento da ambulância

- Estacionar antes do local do acidente, no sentido do tráfego;
- Posicionar em ângulo aproximado de 30° a 45° quando possível;
- Conforme diretrizes de segurança viária e sinalização temporária do CONTRAN;
- Manter luzes de emergência e sinalização ativa.
- Evitar posicionamento em áreas de curva, aclive, declive ou baixa visibilidade sempre que possível.

6.3 Sinalização da via

- Utilizar triângulo de segurança como alerta inicial, conforme Manual Brasileiro de Sinalização de Trânsito – CONTRAN;
- Implantar cones em linha progressiva formando corredor de desaceleração;

Distâncias mínimas sugeridas:

- Via urbana: 10 a 30 metros
- Via arterial/avenida: 30 a 50 metros
- Rodovias: 50 a 150 metros
- Baixa visibilidade, chuva, neblina ou curvas: ampliar progressivamente conforme risco operacional

Ajustar posicionamento conforme velocidade da via, visibilidade e segurança da equipe.

6.4 Organização da cena

Delimitar zonas operacionais:

- Zona quente: área de risco direto, com acesso restrito apenas às equipes essenciais e devidamente protegidas;
- Zona morna: área de estabilização e atendimento inicial;
- Zona fria: área segura para apoio logístico, ambulâncias e comando operacional.
- Controlar acesso de curiosos e veículos não autorizados;
- Solicitar apoio de órgãos de trânsito quando necessário.

6.5 Condições adversas

- Noite: aumentar sinalização e iluminação;
- Chuva/neblina: ampliar distâncias de advertência;
- Curvas/acíves: iniciar sinalização antes da visibilidade direta do local.
- Em baixa visibilidade, utilizar lanternas, sinalizadores luminosos ou iluminação portátil quando disponíveis.

9 CUIDADOS DE ENFERMAGEM

- Garantir segurança antes de qualquer contato com a vítima;
- Utilizar EPIs completos (luvas, colete refletivo, capacete quando indicado);
- Realizar avaliação primária somente em área segura;
- Realizar monitoramento contínuo dos riscos dinâmicos da cena, mantendo comunicação padronizada com a Central de Regulação e demais equipes de apoio.
- Priorizar autoproteção da equipe;
- Manter comunicação constante com a central de regulação;

- Evitar intervenções na zona quente sem proteção adequada.
- Comunicação padronizada (ex.: SBAR com central)
- Registrar intercorrências ou eventos críticos relacionados à segurança da cena no prontuário ou instrumento institucional correspondente.

10 BIOSSEGURANÇA

- Avaliar cena antes do contato com vítima
- Uso obrigatório de EPIs
- Higienização das mãos
- Evitar contato com sangue e fluidos
- Descarte correto de materiais contaminados
- Descontaminação da viatura e equipamentos
- Integração com NR-32 e precauções padrão
- Em ocorrências com produtos perigosos, sangue em grande volume ou contaminantes químicos, realizar descontaminação operacional conforme protocolo institucional antes do retorno da viatura ao serviço.

12 REGISTRO

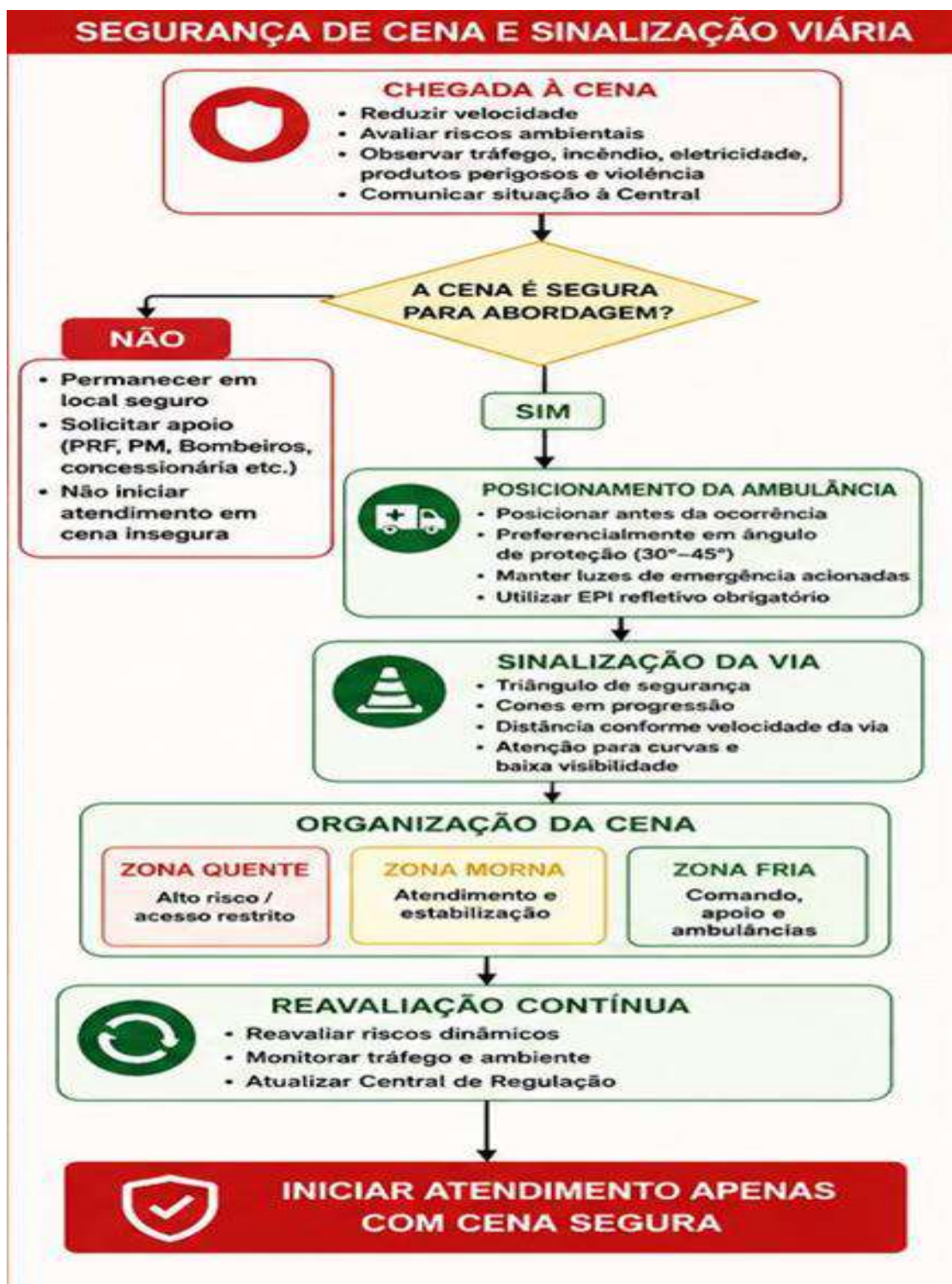
O registro deve ser completo, legível e cronológico, contendo:

- Horário de chegada na cena;
- Condições de segurança encontradas;
- Estratégia de sinalização utilizada;
- Posicionamento da viatura;
- Descrição da organização das zonas;
- Intercorrências relacionadas à segurança viária;
- Medidas adotadas para proteção da equipe e vítima;
- Comunicação com central de regulação;
- Responsável pelo atendimento e evolução.
- Solicitação de apoio de outros órgãos, quando realizada.
- Tempo de resposta: ____ min
- Classificação da cena: () leve () moderado () crítico
- Checklist aplicado: sim/não

11 DISPOSIÇÕES FINAIS

- Nenhum atendimento deve iniciar sem segurança da cena;
- A integridade da equipe tem prioridade operacional;
- Desvios operacionais relevantes devem ser comunicados à coordenação conforme fluxo institucional;
- Revisão recomendada a cada 24 meses ou conforme atualização normativa.

12 FLUXOGRAMA VISUAL



Fonte: Elaborado pelo autor com o auxílio do ChatGPT (OpenAI, 2026).

13 REFERÊNCIAS

BRASIL. Conselho Nacional de Trânsito (CONTRAN). **Manual Brasileiro de Sinalização de Trânsito**: Volume VII: Sinalização Temporária. Brasília: SENATRAN, [20--]. Disponível em: <https://www.gov.br/infraestrutura/pt-br/assuntos/transito/conteudo-senatran/manuais>. Acesso em: 28 maio 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.048, de 5 de novembro de 2002**. Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html. Acesso em: 28 maio 2026.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **Norma Regulamentadora NR-32 – Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde**. Brasília: Ministério do Trabalho e Emprego, [20--]. Disponível em: <https://www.gov.br/trabalho-e-emprego/pt-br/assuntos/inspecao/seguranca-e-saude-no-trabalho/normas-regulamentadoras/nr-32>. Acesso em: 28 maio 2026.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução COFEN nº 713, de 19 de abril de 2022**. Dispõe sobre a atuação da equipe de enfermagem no Atendimento Pré-Hospitalar (APH) móvel e fixo. Brasília: COFEN, 2022. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-713-2022/>. Acesso em: 28 maio 2026.

GALIANO, C. **Supervisão de enfermagem no serviço de atendimento pré-hospitalar móvel de urgência**. 2024. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2024. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-09082024-093227/>. Acesso em: 02 maio 2026.

PIZZOLATO, A. C. **Tecnologia para registro do processo de enfermagem no serviço pré-hospitalar móvel**. 2019. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2019.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP-SAMU- 030 ATENDIMENTO A INCIDENTES COM MÚLTIPLAS VÍTIMAS (IMV)	Versão	1.0 (1ª Edição)
		Data de Elaboração	Junho/2026
		Data de Aprovação	10/09/2026
		Página	1 de 7
Elaborado por:	Verificado por:	Aprovado por:	
Cristiane de Araújo Santos- Enfermeira – Coren/PI nº 340.498; Giovanna Jacobina Alencar-Enfermeira – Coren/PI nº 705.877.	Emanuel Vitor Dantas Oliveira - Enfermeiro – Coordenação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) – Coren/PI nº 553.104.	Equipe Multiprofissional do SAMU (Registrado em Livro Ata); Secretaria Municipal de Saúde (SMS); Conselho Municipal de Saúde (CMS).	

1 OBJETIVO

Estabelecer procedimentos padronizados para o atendimento a Incidentes com Múltiplas Vítimas (IMV), utilizando o método START de triagem, visando a organização do cenário, priorização de atendimento e otimização dos recursos disponíveis, com redução de mortalidade evitável.

2 CAMPO DE APLICAÇÃO/ABRANGÊNCIA

Aplica-se a todas as equipes de atendimento pré-hospitalar móvel do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) envolvidas em ocorrências com múltiplas vítimas, acidentes de grande porte, desastres e eventos com sobrecarga do sistema de atendimento.

3 RESPONSÁVEIS

PROFISSIONAL	RESPONSABILIDADE
Condutor socorrista	- Garantir posicionamento seguro das unidades - Auxiliar na organização do perímetro de atendimento - Apoiar logística de deslocamento de recursos

Técnico/auxiliar de enfermagem	• Apoiar triagem inicial sob supervisão • Auxiliar na organização das vítimas por prioridade • Garantir segurança e suporte operacional
Enfermeiro	• Coordenar a triagem inicial e aplicação do START • Organizar setores de atendimento • Priorizar recursos conforme gravidade • Supervisionar equipe de triagem
Médico regulador/assistencial (quando presente)	• Definir prioridades clínicas avançadas • Apoiar decisões de remoção e evacuação
Coordenação/Supervisão	• Garantir o cumprimento do POP e qualidade assistencial.

4 DEFINIÇÃO

Incidente com Múltiplas Vítimas (IMV) é a ocorrência em que o número de vítimas e a gravidade das lesões ultrapassam a capacidade imediata de resposta dos recursos locais.

O método **START** (Simple Triage and Rapid Treatment) é um sistema de triagem rápida baseado em critérios clínicos simples para classificação das vítimas conforme prioridade de atendimento.

Considera-se formalmente declarado um IMV quando:

- Houver número de vítimas superior à capacidade inicial da equipe presente;
- Necessidade de múltiplas viaturas;
- Necessidade de coordenação ampliada de recursos;
- Ocorrência com potencial de sobrecarga do sistema local.

5 MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Coletes de identificação por cores (vermelho, amarelo, verde, preto)
- Pranchetas ou fichas de triagem
- Canetas ou marcadores
- Rádio comunicador
- EPIs completos
- Macas e dispositivos de transporte
- Fita de isolamento de cena

6 PROCEDIMENTO

6.1 Reconhecimento da cena

- Avaliar segurança do local antes da entrada
- Identificar número aproximado de vítimas
- Solicitar reforço de recursos imediatamente
- Definir área de comando e triagem

6.2 Organização inicial da cena

- O primeiro profissional de maior qualificação técnica na cena assume inicialmente o Comando do Incidente até transferência formal da função;
- Estabelecer estrutura de Comando do Incidente (SCI);
- Definir responsáveis pelos setores de triagem, tratamento e evacuação;
- Separar área de triagem e evacuação
- Controlar fluxo de entrada e saída de equipes

6.3 Método START (Triagem rápida)

A triagem deve ser baseada em 3 perguntas principais:

1. A vítima anda?

- SIM → VERDE (leve / deambulação)
- NÃO → avaliar respiração

2. Respira?

- **NÃO** → abrir via aérea:
 - Se não respirar → PRETO (óbito/expectante)
 - Se voltar a respirar → VERMELHO
- **SIM** → avaliar frequência respiratória

3. Frequência respiratória

- > 30 irpm → VERMELHO
- ≤ 30 irpm → avaliar perfusão

4. Perfusão

- Ausência de pulso radial OU enchimento capilar > 2 segundos: → VERMELHO
- Pulso radial presente e enchimento capilar ≤ 2 segundos: → Avaliar estado mental

5. Estado mental

- Não obedece a comandos → VERMELHO
- Obedece a comandos → AMARELO

Classificação final – START

-  Vermelho: atendimento imediato
-  Amarelo: atendimento pode aguardar

-  Verde: leve / deambulação
-  Preto: óbito ou sem chance de sobrevivência imediata

6.4 Fluxo de atendimento

- Priorizar vítimas vermelhas
- Evacuação rápida conforme disponibilidade de transporte
- Reavaliação contínua da triagem
- Atualização de prioridades conforme evolução da cena
- Reavaliar vítimas periodicamente ou sempre que houver alteração clínica, mudança operacional da cena ou disponibilidade de novos recursos.

6.5 Comunicação

- Comunicação constante com Central de Regulação
- Informar número de vítimas por categoria
- Solicitar reforço de recursos humanos e viaturas

7 CUIDADOS DE ENFERMAGEM

- Garantir segurança da equipe antes da triagem
- Utilizar EPIs completos
- Aplicar triagem de forma rápida e objetiva
- Evitar intervenções prolongadas no local
- Priorizar vítimas com risco imediato de morte
- Manter organização contínua da cena

8 BIOSSEGURANÇA

- Uso obrigatório de EPIs
- Higienização das mãos
- Precauções padrão para sangue e fluidos
- Descontaminação de materiais após operação
- Atenção a riscos biológicos, químicos, mecânicos e ambientais (incluindo ferragens, combustível e múltiplas vítimas)

9 REGISTRO

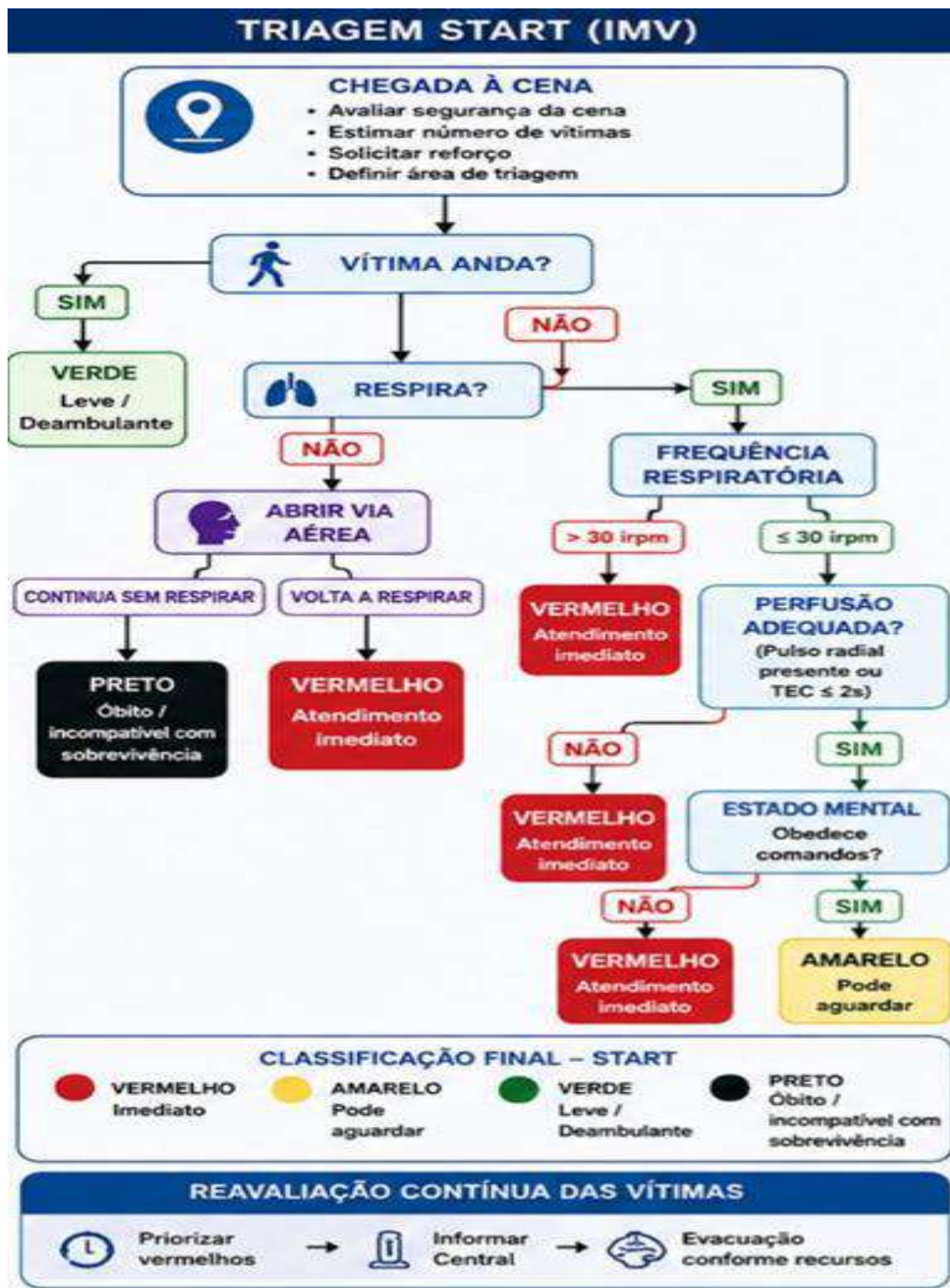
- Horário de chegada na cena
- Tempo de resposta da primeira viatura
- Número estimado de vítimas

- Classificação START por cores
- Número total de vítimas por categoria (Vermelho/Amarelo/Verde/Preto)
- Número de equipes envolvidas na cena
- Horário de início da triagem START
- Intercorrências operacionais
- Recursos acionados
- Evolução da triagem
- Comunicação com central
- Destino das vítimas

10 DISPOSIÇÕES FINAIS

- Em IMV, a prioridade é salvar o maior número de vidas possível
- Intervenções individuais prolongadas devem ser evitadas
- A triagem deve ser dinâmica e reavaliada continuamente
- Revisão do POP a cada 24 meses ou conforme necessidade institucional

11 FLUXOGRAMA VISUAL



Fonte: Elaborado pelo autor com o auxílio do ChatGPT (OpenAI, 2026).

12 REFERÊNCIAS

AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS. **Advanced Trauma Life Support (ATLS):** Student Course Manual. 10th ed. Chicago: ACS, 2018. Disponível em: <https://www.facs.org/quality-programs/trauma/education/atls/>. Acesso em: 28 maio 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.048, de 5 de novembro de 2002.** Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html. Acesso em: 28 maio 2026.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **Norma Regulamentadora NR-32** – Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde. Brasília: MTE, [20--]. Disponível em: <https://www.gov.br/trabalho-e-emprego/pt-br/assuntos/inspecao/seguranca-e-saude-no-trabalho/normas-regulamentadoras/nr-32>. Acesso em: 28 maio 2026.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução COFEN nº 713, de 2022.** Dispõe sobre a atuação da enfermagem no Atendimento Pré-Hospitalar (APH). Brasília: COFEN, 2022. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-713-2022/>. Acesso em: 28 maio 2026.

GALIANO, C. **Supervisão de enfermagem no serviço de atendimento pré-hospitalar móvel de urgência.** 2024. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2024. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-09082024-093227/>. Acesso em: 02 maio 2026.

PIZZOLATO, A. C. **Tecnologia para registro do processo de enfermagem no serviço pré-hospitalar móvel.** Curitiba: Universidade Federal do Paraná, 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Mass casualty management systems:** strategies and guidelines for building health sector capacity. Geneva: WHO, 2019. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43804>. Acesso em: 28 maio 2026.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP-SAMU- 031 ACIDENTES DE TRABALHO COM A EQUIPE	Versão	1.0 (1ª Edição)
		Data de Elaboração	Junho/2026
		Data de Aprovação	10/09/2026
		Página	1 de 12
Elaborado por:	Verificado por:	Aprovado por:	
Cristiane de Araújo Santos- Enfermeira – Coren/PI nº 340.498; Giovanna Jacobina Alencar-Enfermeira – Coren/PI nº 705.877.	Emanuel Vitor Dantas Oliveira - Enfermeiro – Coordenação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) – Coren/PI nº 553.104.	Equipe Multiprofissional do SAMU (Registrado em Livro Ata); Secretaria Municipal de Saúde (SMS); Conselho Municipal de Saúde (CMS).	

1 OBJETIVO

Estabelecer procedimentos padronizados para conduta imediata, notificação, atendimento e acompanhamento de profissionais do APH em casos de acidentes de trabalho, incluindo exposição a material biológico, perfurocortantes, acidentes veiculares e outros eventos ocupacionais.

2 CAMPO DE APLICAÇÃO/ABRANGÊNCIA

Aplica-se a todos os profissionais do SAMU 192 e equipes de APH em:

- Exposição a sangue e fluidos corporais
- Acidentes com perfurocortantes
- Acidentes com viatura
- Quedas, traumas e eventos ocupacionais
- Exposição química, elétrica ou mecânica

3 RESPONSÁVEIS

PROFISSIONAL	RESPONSABILIDADE
Profissional envolvido no acidente	• Interromper atividade imediatamente • Comunicar equipe e coordenação • Iniciar medidas de primeiros cuidados (lavagem/isolamento)

	• Procurar atendimento médico imediato
Equipe de atendimento (colegas de cena)	• Garantir segurança do local • Auxiliar no primeiro atendimento ao profissional exposto • Comunicar Central de Regulação • Apoiar deslocamento para unidade de referência
Enfermeiro	• Coordenar conduta imediata • Garantir notificação do acidente • Avaliar risco biológico e necessidade de PEP • Acionar fluxo institucional de saúde do trabalhador
Médico regulador/assistencial (quando presente)	• Avaliar indicação de profilaxia pós-exposição (PEP) • Definir condutas clínicas iniciais • Orientar encaminhamento hospitalar
Coordenação/ Saúde do Trabalhador	• Registrar ocorrência em sistema oficial (SINAN/CAT) • Acompanhar evolução do caso • Garantir investigação do acidente

4 DEFINIÇÃO

Acidente de trabalho: evento súbito durante atividade laboral que gere lesão ou exposição a agente nocivo.

Inclui:

- Material biológico potencialmente infectante
- Perfuração por agulhas/lâminas
- Contato com mucosas ou pele não íntegra
- Acidentes veiculares
- Exposição ambiental de risco

Evento grave: acidente que envolva risco significativo à vida, necessidade de internação, exposição biológica de alto risco, acidente veicular com dano estrutural ou afastamento do trabalhador.

5 MATERIAIS NECESSÁRIOS

- EPIs completos
- Antissépticos e água corrente

- Kit perfurocortante e limpeza
- Fichas SINAN/CAT
- Comunicação institucional (rádio/celular)
- Fluxo impresso de PEP
- Kit primeiros socorros
- Código verbal de “exposição ocupacional”
- Acesso à regulação médica imediata

6 PROCEDIMENTO

6.1 Classificação inicial

- Biológico
- Perfurocortante
- Químico
- Mecânico/trauma
- Veicular
- Exposição sem lesão

6.2 Conduta imediata

- Interromper atividade
- Afastar-se do risco
- Avaliar exposição
- Acionar equipe

6.3 PROTOCOLO DE EXPOSIÇÃO BIOLÓGICA (PEP)

6.3.1 Definição

PEP é medida de urgência para prevenção de HIV e hepatites virais após exposição ocupacional.

6.3.2 Princípio institucional

- Emergência médica
- Início imediato
- Não aguardar exames da fonte
- Decisão baseada em risco da exposição

6.3.3 Janela temporal

- Ideal: até 2 horas
- Máximo: até 72 horas

- Após 72h: avaliação especializada

6.3.4 Classificação de exposição

Baixo risco

- Pele íntegra
- Fluido sem sangue

Moderado risco

- Mucosa
- Pele não íntegra

Alto risco

- Perfuração com sangue
- Agulha/lâmina contaminada
- Fonte desconhecida de alto risco

Exposição **NÃO** significativa (sem indicação de PEP)

- Sem contato direto
- Pele íntegra + fluido sem sangue → NÃO indica PEP

6.3.5 Condutas por agente

HIV

Indicar PEP conforme avaliação de risco

Hepatite B

- Vacinado com resposta: sem PEP
- Esquema incompleto: vacina ± imunoglobulina (HBIG)
- Não vacinado: vacina + HBIG se indicado

Hepatite C

- Não há PEP
- Seguimento sorológico obrigatório

6.3.6 Avaliação inicial obrigatória

- Tipo de exposição
- Material biológico
- Tempo desde evento
- Integridade da pele
- Vacinação HBV/tétano
- Fonte identificada

- Uso de EPI

6.3.7 Conduta imediata

- Classificar risco
- Decidir PEP imediatamente
- Não aguardar exames
- Iniciar fluxo sem atraso

6.3.8 Regra institucional

- Decisão clínica imediata e definitiva no momento da avaliação
- Proibido atraso por burocracia ou exames

6.3.9 FLUXO OPERACIONAL PADRÃO



Fonte: Elaboração: Gestão da Qualidade em Saúde, Cristino Castro/PI, 2026.

6.3.10 FLUXO DE CONTINGÊNCIA

Se SAE indisponível:

- iniciar PEP em unidade mais próxima

- não atrasar primeira dose
- registrar falha de acesso
- acionar regulação imediatamente

6.3.11 Múltiplos expostos

- Avaliação individual obrigatória
- Não usar decisão coletiva única
- Classificação por risco individual
- Registro separado por profissional

6.3.12 Recusa de PEP

- Permite recusa informada
- Termo obrigatório assinado
- Seguimento clínico mantido

6.3.13 Registro clínico obrigatório

- Tipo de exposição detalhado
- Profundidade
- Sangue visível
- EPI utilizado
- Vacinação HBV
- Horários T0 completos
- Conduta e justificativa

6.3.14 Suspensão da PEP

- Fonte HIV negativa comprovada
- Reavaliação médica
- Intolerância grave

6.4 CONDUTAS LOCAIS

- Lavagem imediata com água e sabão
- Mucosas: soro fisiológico
- Não manipular ferida

6.4.1 Hepatite B

- Vacinação imediata quando necessário
- HBIG até 7 dias

- Seguimento 30–180 dias

6.5 PERFUROCORTANTE

- Lavagem imediata
- Notificação
- Avaliação médica urgente

6.6 ACIDENTE VEICULAR

- Garantir segurança da cena;
- Avaliar imediatamente integridade física da equipe;
- Acionar apoio adicional quando necessário;
- Preservar local para perícia institucional e trânsito;
- Realizar notificação imediata à Central de Regulação e coordenação;
- Registrar danos estruturais da viatura.

6.7 NOTIFICAÇÃO

Obrigatória e imediata:

- SINAN
- CAT
- Saúde do Trabalhador
- Regulação
- Prazo máximo: 24h

6.7.1 Comunicação institucional obrigatória

- A comunicação do acidente deve seguir obrigatoriamente a seguinte ordem:
 - Central de Regulação (imediato)
 - Coordenação de equipe / chefia imediata
 - Saúde do Trabalhador
 - Direção do serviço (quando evento grave)
- Eventos críticos devem ser comunicados em tempo real, sem prejuízo da assistência.

7 CUIDADOS DE ENFERMAGEM

- Garantir segurança antes de qualquer intervenção
- Priorizar atendimento ao trabalhador exposto

- Aplicar precauções padrão sempre
- Evitar subnotificação de acidentes
- Reforçar uso correto de EPIs
- Garantir rastreabilidade do evento

8 BIOSSEGURANÇA

- NR-32
- EPIs obrigatórios
- Vacinação atualizada
- Descontaminação de viatura
- PGRSS

8.1 Afastamento e retorno ao trabalho

O afastamento do profissional será definido por avaliação médica

Deve ser considerado em casos de:

- Exposição de alto risco
- Efeitos adversos da PEP
- Condições clínicas associadas

- O retorno às atividades ocorrerá somente após liberação formal do serviço de saúde ocupacional

9 REGISTRO

Deve conter:

- Data e hora do acidente
- Tipo de exposição ou evento
- Descrição detalhada da ocorrência
- Medidas imediatas adotadas
- Identificação de paciente-fonte (quando houver)
- Encaminhamento realizado
- Profissional responsável pelo atendimento
- Hora da notificação
- Serviço de referência de encaminhamento
- Se houve indicação de PEP (sim/não)
- Número da CAT

- Responsável pela notificação no SINAN (e fluxo institucional de vigilância em saúde do trabalhador)
- Data/hora de início da PEP (quando indicada)

10 DISPOSIÇÕES FINAIS

- Todo acidente deve ser considerado evento grave até avaliação final
- Notificação é obrigatória em qualquer suspeita de exposição
- A assistência ao trabalhador tem prioridade sobre a operação
- A prevenção de acidentes é responsabilidade coletiva da equipe
- Revisão do POP a cada 24 meses ou conforme atualização normativa

10.1 Auditoria e controle de qualidade

Todos os casos de PEP devem ser revisados pela Saúde do Trabalhador

Indicadores mínimos:

- tempo médio para início da PEP
- taxa de notificação SINAN/CAT
- Taxa de acidentes por tipo (biológico, perfurocortante, veicular)
- Taxa de PEP iniciada < 2 horas
- Taxa de abandono de seguimento pós-exposição
- Taxa de exposição com uso inadequado de EPI
- Incidência por equipe/turno (se institucional quiser maturidade alta)
- Taxa de adesão ao seguimento
- Casos graves devem ser discutidos em reunião de CCIH ou comissão interna
- Eventos devem compor plano anual de prevenção de acidentes

Indicadores recomendados:

- Início de PEP em até 2h $\geq 90\%$
- Taxa de notificação SINAN/CAT $\geq 95\%$
- Adesão ao seguimento pós-exposição $\geq 80\%$

10.2 Capacitação e educação permanente

- Todos os profissionais devem ser treinados anualmente neste POP
- Treinamento obrigatório na admissão
- Simulações realísticas devem ser incentivadas
- Atualizações devem acompanhar mudanças do Ministério da Saúde

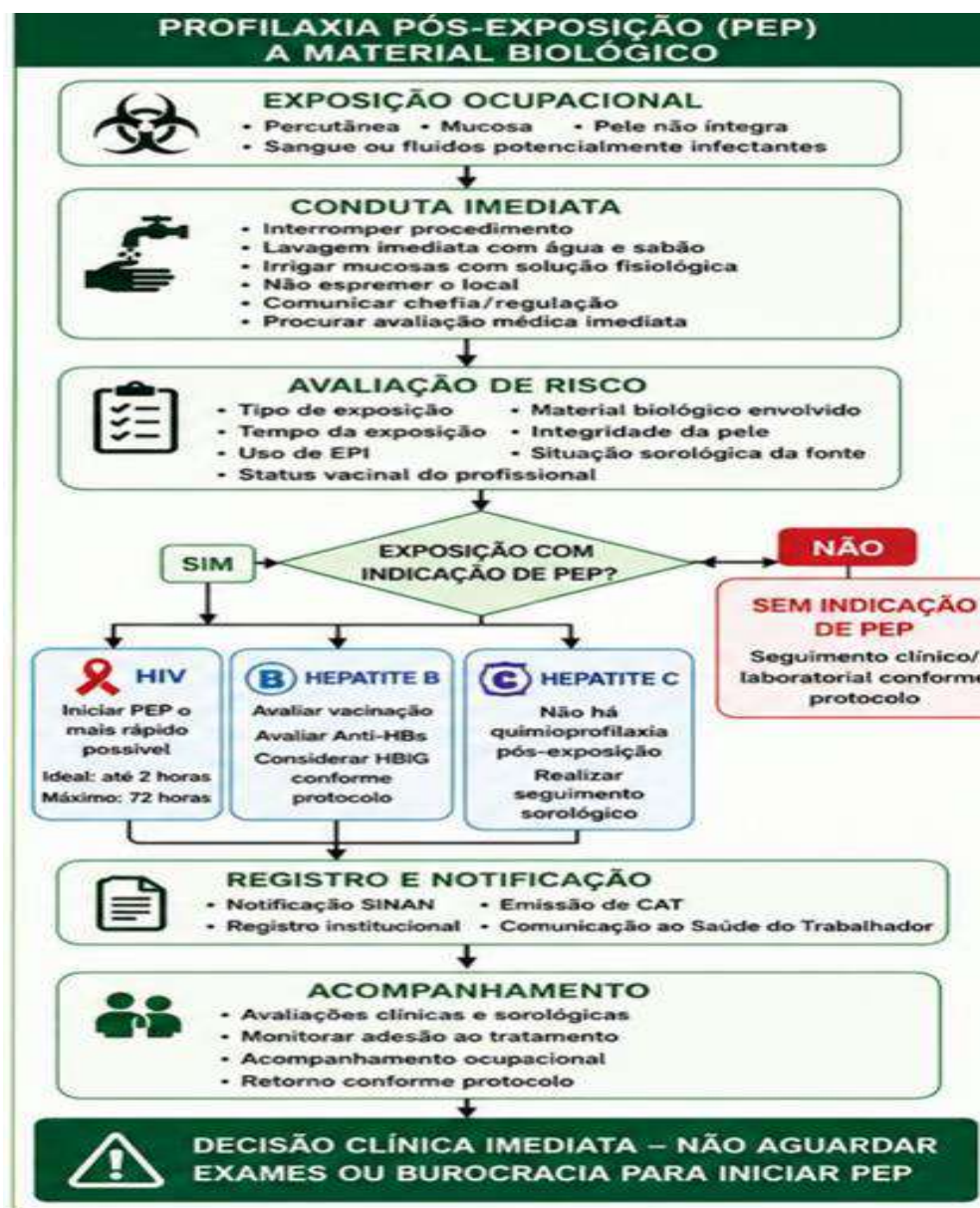
10.3 critérios para aborto ou suspensão do atendimento

O atendimento deve ser imediatamente suspenso quando houver:

- risco iminente à integridade da equipe;
- agravamento das condições da cena (incêndio, explosão, instabilidade estrutural);
- fluxo de tráfego descontrolado;
- presença de violência ativa ou ameaça direta à equipe;

A equipe deve recuar para zona segura e solicitar apoio imediato.

11 FLUXOGRAMA VISUAL



Fonte: Elaborado pelo autor com o auxílio do ChatGPT (OpenAI, 2026).

12 REFERÊNCIAS

AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS. **Advanced Trauma Life Support (ATLS)**: student course manual. 10. ed. Chicago: American College of Surgeons, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acidente de trabalho com exposição a material biológico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/saude-do-trabalhador/vigilancia-em-saude-do-trabalhador-vigisat/doencas-e-agrivos-relacionados-ao-trabalho/acidente-de-trabalho-com-exposicao-a-material-biologico>. Acesso em: 28 maio 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Profilaxia pós-exposição (PEP)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/p/pep>. Acesso em: 28 maio 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para profilaxia pós-exposição (PEP) de risco à infecção pelo HIV, IST e hepatites virais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/pcdts/2021/hiv-aids/prot_clinico_diretrizes_terap_pep_-_risco_infeccao_hiv_ist_hv_2021.pdf/@@display-file/file. Acesso em: 28 maio 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN**. Brasília: Ministério da Saúde, 2026. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/notificacao-compulsoria>. Acesso em: 28 maio 2026.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **Norma Regulamentadora nº 32 (NR-32)**: segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde. Brasília: MTE, 2005. Disponível em: <https://www.gov.br/trabalho-e-emprego/pt-br/assuntos/inspecao/seguranca-e-saude-no-trabalho/normas-regulamentadoras/nr-32>. Acesso em: 28 maio 2026.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução COFEN nº 713, de 20 de abril de 2022**. Dispõe sobre a atuação da enfermagem no Atendimento Pré-Hospitalar (APH). Brasília: COFEN, 2022. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-713-2022/>. Acesso em: 28 maio 2026.



SECRETARIA
MUNICIPAL DE
SAÚDE



PREFEITURA
**CRISTINO
CASTRO**
Mais trabalho, mais futuro!



BLOCO IX: COMPLEMENTOS DE EMERGÊNCIAS CLÍNICAS (Adulto)

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP-SAMU- 032 MANEJO DE CRISES CONVULSIVAS EM ADULTOS	Versão	1.0 (1ª Edição)
		Data de Elaboração	Junho/2026
		Data de Aprovação	10/09/2026
		Página	1 de 7

Elaborado por:	Verificado por:	Aprovado por:
Cristiane de Araújo Santos- Enfermeira – Coren/PI nº 340.498; Giovanna Jacobina Alencar-Enfermeira – Coren/PI nº 705.877.	Emanuel Vitor Dantas Oliveira - Enfermeiro – Coordenação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) – Coren/PI nº 553.104.	Equipe Multiprofissional do SAMU (Registrado em Livro Ata); Secretaria Municipal de Saúde (SMS); Conselho Municipal de Saúde (CMS).

1 OBJETIVO

Padronizar o manejo pré-hospitalar de crises convulsivas em adultos, priorizando segurança, proteção contra traumas, cronometragem da crise, posicionamento adequado e suporte clínico, visando reduzir complicações e garantir estabilização.

2 CAMPO DE APLICAÇÃO/ABRANGÊNCIA

Aplica-se às equipes do SAMU 192 em atendimentos a pacientes adultos com crise convulsiva em qualquer ambiente.

3 RESPONSÁVEIS

PROFISSIONAL	RESPONSABILIDADE
Condutor	- Garantir segurança da cena - Apoiar transporte e comunicação com regulação
Técnico/Auxiliar de Enfermagem	- Proteger o paciente - Iniciar cronometragem - Preparar materiais - Auxiliar no posicionamento
Enfermeiro	- Coordenar atendimento - Avaliar ABC

	- Definir intervenções - Supervisionar segurança - Garantir registro
Médico regulador/assistencial (quando presente)	- Orientar terapêutica medicamentosa - Definir intervenções avançadas
Coordenação/ Saúde do Trabalhador	Garantir o cumprimento do POP e qualidade assistencial.

4 DEFINIÇÃO

Crise convulsiva: manifestação clínica decorrente de atividade elétrica cerebral anormal, podendo envolver movimentos tônico-clônicos, alteração do nível de consciência e/ou manifestações sensoriais.

Estado de mal epiléptico: crise com duração ≥ 5 minutos OU crises recorrentes sem recuperação do nível de consciência entre elas.

O manejo pré-hospitalar inclui:

- Proteção contra traumas
- Cronometragem da crise
- Posicionamento adequado
- Monitorização clínica
- Prevenção de hipóxia e broncoaspiração

5 MATERIAIS NECESSÁRIOS

- EPIs (luvas, máscara, óculos)
- Oxigênio
- BVM
- Aspirador portátil
- Monitor multiparamétrico
- Glicosímetro
- Anticonvulsivantes
- Maca

6 PROCEDIMENTO

6.1 Segurança e abordagem

- Avaliar segurança da cena
- Identificar atividade convulsiva

- Afastar objetos que possam causar lesão
- Não conter movimentos de forma forçada
- Não introduzir objetos na boca do paciente

6.2 Proteção do paciente

- Proteger a cabeça (apoio macio)
- Afrouxar roupas apertadas
- Garantir ventilação adequada do ambiente

6.3 Cronometragem

- Iniciar contagem no início da crise
- Registrar duração e características

Classificação operacional:

- < 5 minutos → crise aguda
- ≥ 5 minutos → crise prolongada
- ≥ 5 minutos ou recorrente sem recuperação → estado de mal epilético

6.4 Manejo da via aérea e posicionamento

Durante a crise:

- Manter segurança, sem manipulação excessiva

Após a crise:

- Posicionar em decúbito lateral (posição lateral de segurança)
- Garantir via aérea pérvia
- Prevenir broncoaspiração

6.5 Suporte clínico

- Avaliar ABCDE
- Administrar oxigênio se necessário ($SpO_2 < 94\%$ ou sinais de hipóxia)
- Monitorizar sinais vitais
- Verificar glicemia capilar precocemente
- Aspirar secreções, se indicado
- Obter acesso venoso, se possível
- Administrar anticonvulsivantes conforme prescrição/regulação
- Preparar transporte imediato

6.6 Indicações de intervenção medicamentosa (via regulação)

- Crise ≥ 5 minutos
- Crises recorrentes
- Comprometimento respiratório
- Estado de mal epilético

6.7 Situações especiais

- Primeira crise convulsiva
- Trauma associado
- Gestante (suspeita de eclâmpsia)
- Hipoglicemia
- Intoxicações ou abstinência
- Paciente com história conhecida de epilepsia

7 CUIDADOS DE ENFERMAGEM

- Uso de EPIs
- Monitorização contínua
- Registro da crise
- Evitar estímulos desnecessários
- Prevenir hipóxia e aspiração
- Apoiar familiares

8 BIOSSEGURANÇA

- Precauções padrão
- Higienização das mãos
- Descarte adequado
- Descontaminação de equipamentos

9 REGISTRO

- Tempo de início e término
- Tipo de crise
- Sinais vitais
- Glicemia
- Intervenções
- Medicamentos

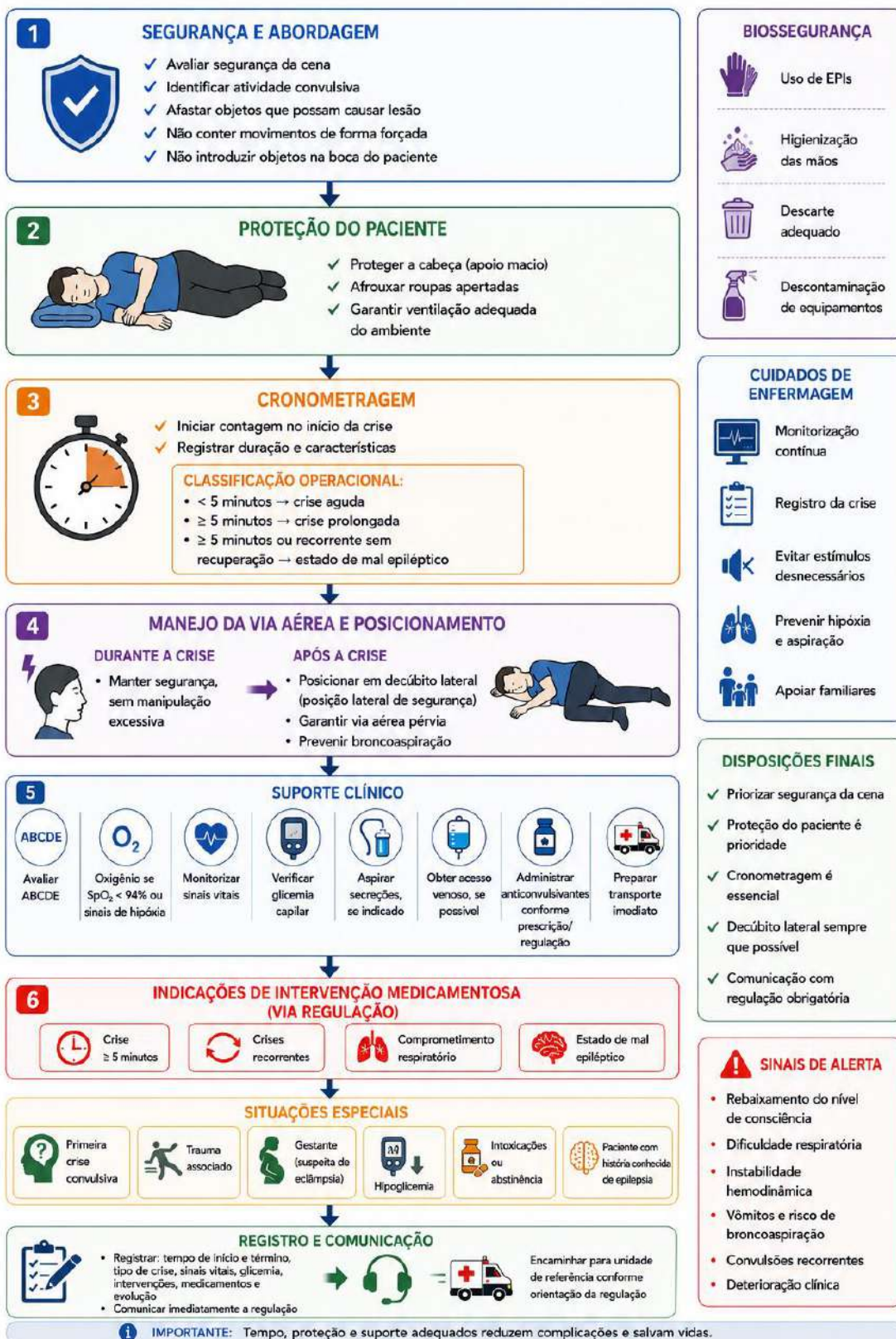
- Evolução
- Classificação da crise

10 DISPOSIÇÕES FINAIS

- Priorizar segurança da cena
- Proteção do paciente é prioridade
- Cronometragem é essencial
- Decúbito lateral sempre que possível
- Comunicação com regulação obrigatória

11 FLUXOGRAMA VISUAL

FLUXO – MANEJO DE CRISES CONVULSIVAS EM ADULTOS



12 REFERÊNCIAS

AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS. **Advanced Trauma Life Support (ATLS)**: student course manual. 10. ed. Chicago: American College of Surgeons, 2018.

AMERICAN HEART ASSOCIATION. **2020 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care**. Dallas: AHA, 2020. Disponível em: <https://cpr.heart.org>. Acesso em: 02 jun. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.048, de 5 de novembro de 2002**. Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br>. Acesso em: 02 jun. 2026.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **Norma Regulamentadora nº 32 (NR-32)**: Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde. Brasília, DF: MTE, [20--]. Disponível em: <https://www.gov.br/trabalho-e-emprego>. Acesso em: 02 jun. 2026.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução COFEN nº 713, de 2022**. Dispõe sobre a atuação da enfermagem no Atendimento Pré-Hospitalar (APH). Brasília, DF: COFEN, 2022. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br>. Acesso em: 02 jun. 2026.

INTERNATIONAL LEAGUE AGAINST EPILEPSY (ILAE). Operational classification of seizure types by the International League Against Epilepsy. **Epilepsia**, v. 58, n. 4, p. 522-530, 2017. Disponível em: <https://www.ilae.org>. Acesso em: 02 jun. 2026.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE (NICE). **Epilepsies**: diagnosis and management (NG217). Londres: NICE, 2022. Disponível em: <https://www.nice.org.uk>. Acesso em: 02 jun. 2026.

UPTODATE. **Convulsive status epilepticus in adults**: management. Waltham: UpToDate, 2026. Disponível em: <https://www.uptodate.com>. Acesso em: 02 jun. 2026.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP-SAMU- 033 ABORDAGEM AO PACIENTE COM DOR TORÁCICA (SUSPEITA DE IAM)	Versão	1.0 (1ª Edição)
		Data de Elaboração	Junho/2026
		Data de Aprovação	10/09/2026
Elaborado por:	Verificado por:	Página	1 de 9
Cristiane de Araújo Santos- Enfermeira – Coren/PI nº 340.498; Giovanna Jacobina Alencar-Enfermeira – Coren/PI nº 705.877.	Emanuel Vitor Dantas Oliveira - Enfermeiro – Coordenação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) – Coren/PI nº 553.104.	Aprovado por:	
		Equipe Multiprofissional do SAMU (Registrado em Livro Ata); Secretaria Municipal de Saúde (SMS); Conselho Municipal de Saúde (CMS).	

1 OBJETIVO

Padronizar o manejo pré-hospitalar de crises convulsivas em adultos, priorizando segurança, proteção contra traumas, cronometragem da crise, posicionamento adequado e suporte clínico, visando reduzir complicações e garantir estabilização.

2 CAMPO DE APLICAÇÃO/ABRANGÊNCIA

Aplica-se às equipes do SAMU 192 no atendimento a pacientes adultos com dor torácica em ambiente pré-hospitalar.

3 RESPONSÁVEIS

PROFISSIONAL	RESPONSABILIDADE
Condutor	- Garantir segurança da cena - Apoiar transporte rápido - Auxiliar na comunicação com regulação
Técnico/Auxiliar de Enfermagem	- Monitorizar sinais vitais - Auxiliar na administração de oxigênio - Preparar materiais e medicações
Enfermeiro	- Realizar avaliação primária (ABCDE) - Coordenar atendimento - Monitorizar paciente

	• Executar intervenções iniciais
Médico regulador/ Intervencionista	• Definir conduta medicamentosa • Autorizar terapias específicas • Direcionar unidade de destino
Coordenação/ Supervisão	• Garantir o cumprimento do POP e qualidade assistencial.

4 DEFINIÇÃO

Dor torácica suspeita de SCA: desconforto torácico com características isquêmicas, podendo irradiar para braço esquerdo, dorso, mandíbula ou epigástrio, associado ou não a dispneia, sudorese, náuseas ou síncope, equivalentes anginosos.

5 MATERIAIS NECESSÁRIOS

- EPIs
- Oxigênio suplementar
- Monitor/desfibrilador com ECG
- Glicômetro
- Acesso venoso periférico
- Medicamentos (AAS, nitrato, analgesia conforme protocolo)
- BVM
- Maca

6 PROCEDIMENTO

6.1 Abordagem inicial

- Garantir segurança da cena
- Identificar queixa principal (dor torácica)
- Avaliar responsividade

11 Avaliação primária (ABCDE)

- **A:** Via aérea pérvia
- **B:** Avaliar respiração e SpO₂
- **C:** Avaliar pulso, perfusão e PA
- **D:** Avaliar nível de consciência (AVPU/Glasgow)
- **E:** Exposição e investigação de sinais associados

12 Caracterização da dor

- Início, duração e intensidade
- Tipo (opressiva, em aperto, queimação)
- Irradiação
- Fatores de melhora/piora
- Sintomas associados

13 Suporte clínico imediato

- Oxigênio se $SpO_2 < 94\%$ ou sinais de hipóxia
- Monitorização contínua
- Obter acesso venoso
- Verificar glicemia

14 Eletrocardiograma (se disponível)

- Realizar ECG o mais precocemente possível
- Identificar sinais de isquemia (supra de ST, infra de ST, inversão de T)
- Comunicar achados à regulação
- Realizar ECG em até 10 minutos, se disponível

15 Terapia inicial (conforme regulação/protocolo)

- Ácido acetilsalicílico (AAS), se não houver contraindicação
- Nitrato (se PAS > 90 mmHg e ausência de contraindicações)
- Analgesia, se dor intensa
- Evitar atrasos no transporte
- NÃO ao uso prévio de inibidor de PDE-5 (ex.: sildenafil nas últimas 24–48h)
- NÃO ao uso com suspeita de IAM de ventrículo direito

16 Regulação e transporte

- Comunicar imediatamente a regulação
- Informar tempo de início dos sintomas
- Encaminhar para unidade de referência (preferencialmente com hemodinâmica, se indicado)
- Priorizar transporte rápido e seguro

17 Situações de alerta

- Instabilidade hemodinâmica
- Arritmias
- Rebaixamento do nível de consciência
- Dor refratária
- Parada cardiorrespiratória

18 CUIDADOS DE ENFERMAGEM

- Monitorização contínua
- Administração segura de medicamentos
- Registro detalhado
- Manter paciente em repouso
- Reduzir ansiedade

19 BIOSSEGURANÇA

- Higienização das mãos
- Descarte adequado de materiais
- Desinfecção de equipamentos

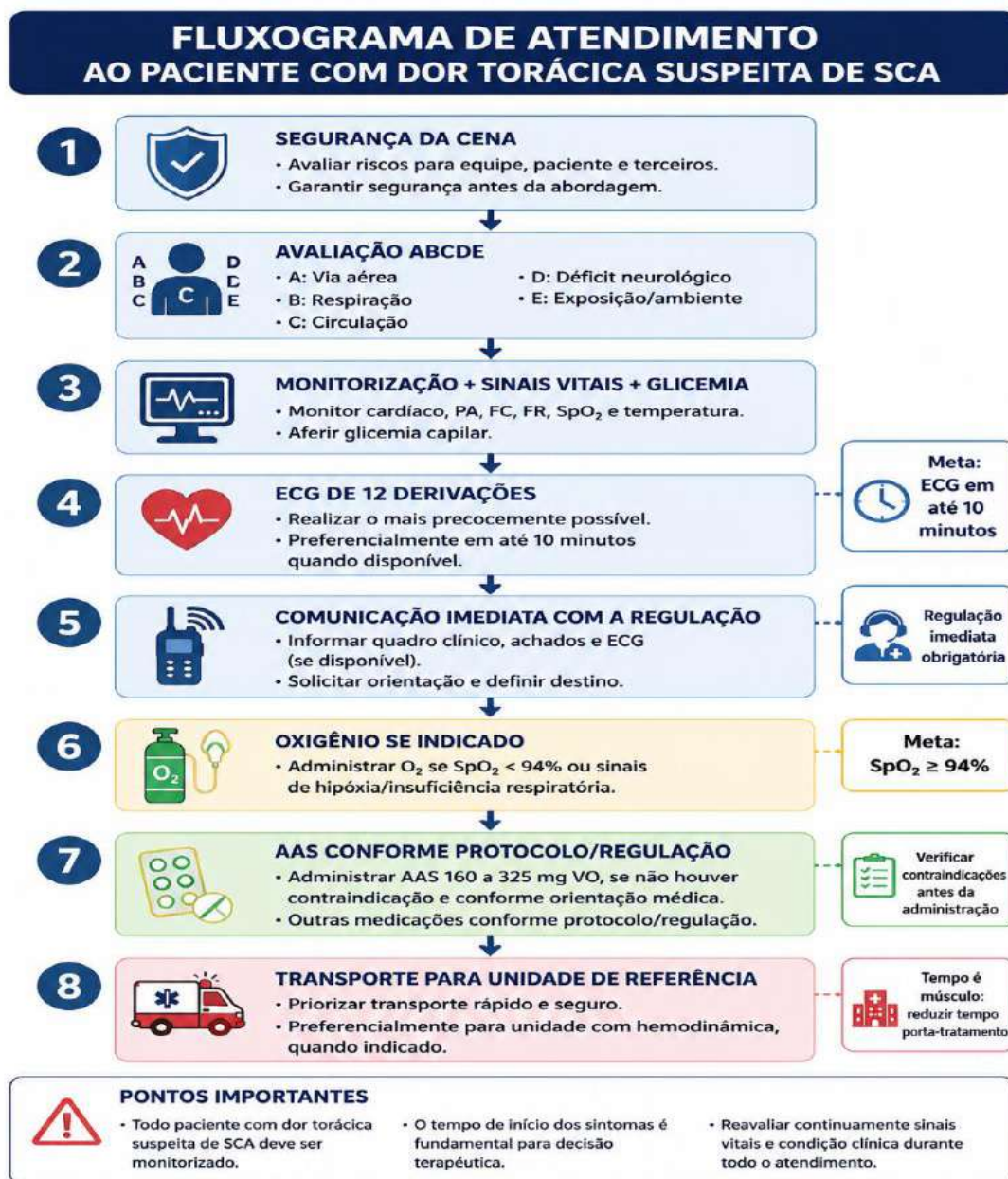
9 REGISTRO

- Horário de início da dor
- Características da dor
- Sinais vitais
- ECG (se realizado)
- Intervenções realizadas
- Medicamentos administrados
- Evolução clínica

10 DISPOSIÇÕES FINAIS

- Tempo é músculo: atendimento deve ser ágil
- ECG precoce é fundamental
- Oxigênio não deve ser administrado rotineiramente sem indicação
- Comunicação com regulação é obrigatória
- Todo paciente com suspeita de IAM deve ser transportado

11 FLUXOGRAMA VISUAL



Fonte: Elaborado pelo autor com o auxílio do ChatGPT (OpenAI, 2026).



Fonte: Elaborado pelo autor com o auxílio do ChatGPT (OpenAI, 2026).

Orientações:

- Solicitar ao paciente que atribua uma nota de 0 a 10 para sua dor
- Registrar o valor informado no atendimento
- Reavaliar após intervenções terapêuticas
- Utilizar como parâmetro para monitoramento da evolução

Aplicação no APH:

- Auxilia na decisão de analgesia
- Permite monitorar resposta ao tratamento
- Padroniza comunicação com a regulação e unidade de destino

CARACTERÍSTICAS SUGESTIVAS DE SÍNDROME CORONARIANA AGUDA (SCA)

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS SUGESTIVOS DE SCA



ATENÇÃO

- Idosos, diabéticos e mulheres podem apresentar quadros atípicos.
- Pode haver ausência de dor torácica (equivalentes isquêmicos, como dispneia isolada).

APLICAÇÃO NO APH



SUSPEITOU DE SCA?

Priorize ECG • Acione a regulação • Inicie condutas conforme protocolo • Transporte rápido



LEMBRE-SE

A identificação precoce e o tratamento oportuno reduzem complicações e melhoram o prognóstico do paciente.

Fonte: Elaborado pelo autor com o auxílio do ChatGPT (OpenAI, 2026).

CHECKLIST DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR PACIENTE COM DOR TORÁCICA (SUSPEITA DE SCA)

- ☐ **Identificação e segurança:**
- ☐ Segurança da cena avaliada
- ☐ **Avaliação inicial:**
 - ☐ Avaliação primária (ABCDE) realizada
 - ☐ Nível de consciência avaliado
- ☐ **Monitorização:**
 - ☐ Sinais vitais registrados (PA, FC, FR, SpO₂)
 - ☐ Saturação de O₂ aferida
 - ☐ Glicemia capilar aferida
- ☐ **Avaliação específica:**
 - ☐ Características da dor avaliadas
 - ☐ Horário de início da dor registrado
- ☐ **Exames:**
 - ☐ ECG realizado (quando disponível)
- ☐ **Condutas:**
 - ☐ Oxigênio administrado se indicado
 - ☐ Acesso venoso obtido (se indicado)
 - ☐ Medicamentos administrados conforme protocolo/regulação
 - ☐ Medicamentos registrados
- ☐ **Comunicação:**
 - ☐ Regulação médica comunicada
 - ☐ Informações clínicas transmitidas
- ☐ **Destino:**
 - ☐ Transporte iniciado
 - ☐ Unidade de referência definida

12 REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.048, de 5 de novembro de 2002.** Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br>. Acesso em: 2 jun. 2026.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **Norma Regulamentadora nº 32 (NR-32):** Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde. Brasília, DF: MTE, [20--]. Disponível em: <https://www.gov.br/trabalho-e-emprego>. Acesso em: 2 jun. 2026.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução COFEN nº 713, de 3 de novembro de 2022.** Atualiza a norma de atuação dos profissionais de enfermagem no Atendimento Pré-Hospitalar (APH) móvel terrestre e aquaviário. Brasília, DF: COFEN, 2022. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br>. Acesso em: 2 jun. 2026.

EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY. **2023 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes.** Sophia Antipolis: ESC, 2023. Disponível em: <https://www.escardio.org>. Acesso em: 2 jun. 2026.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE (NICE). **Acute coronary syndromes (NG185).** Londres: NICE, 2020. Disponível em: <https://www.nice.org.uk>. Acesso em: 2 jun. 2026.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Síndrome Coronariana Aguda.** São Paulo: SBC, [20--]. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br>. Acesso em: 2 jun. 2026.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Versão	1.0 (1ª Edição)
	POP-SAMU- 034	Data de Elaboração	Junho/2026
	ABORDAGEM AO PACIENTE COM SUSPEITA DE AVC	Data de Aprovação	10/09/2026
		Página	1 de 7
Elaborado por:	Verificado por:	Aprovado por:	
Cristiane de Araújo Santos- Enfermeira – Coren/PI nº 340.498; Giovanna Jacobina Alencar-Enfermeira – Coren/PI nº 705.877.	Emanuel Vitor Dantas Oliveira - Enfermeiro – Coordenação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) – Coren/PI nº 553.104.	Equipe Multiprofissional do SAMU (Registrado em Livro Ata); Secretaria Municipal de Saúde (SMS); Conselho Municipal de Saúde (CMS).	

1 OBJETIVO

Padronizar o atendimento pré-hospitalar ao paciente com suspeita de Acidente Vascular Cerebral (AVC), com foco na identificação precoce, aplicação da Escala de Cincinnati, reconhecimento da janela terapêutica e encaminhamento rápido para unidade de referência.

2 CAMPO DE APLICAÇÃO/ABRANGÊNCIA

Aplica-se às equipes do SAMU 192 no atendimento a pacientes adultos com suspeita de AVC em ambiente pré-hospitalar.

3 RESPONSÁVEIS

PROFISSIONAL	RESPONSABILIDADE
Condutor	- Garantir segurança da cena - Apoiar transporte rápido - Auxiliar comunicação com regulação
Técnico/Auxiliar de Enfermagem	- Monitorizar sinais vitais - Verificar glicemia - Auxiliar aplicação da escala - Preparar materiais
Enfermeiro	- Avaliar ABCDE - Aplicar Escala de Cincinnati - Identificar janela terapêutica

	• Coordenar atendimento
Médico regulador/ Intervencionista	• Confirmar suspeita clínica • Definir condutas • Direcionar hospital de referência
Coordenação/ Supervisão	• Garantir o cumprimento do POP e qualidade assistencial.

4 DEFINIÇÃO

AVC:

Déficit neurológico súbito decorrente de alteração vascular cerebral, podendo ser:

- Isquêmico (mais comum)
- Hemorrágico

Sinais clássicos:

- Fraqueza ou paralisia de face/membros
- Alteração da fala
- Assimetria facial
- Alteração do nível de consciência

Escala de Cincinnati (CPSS)

Avalia 3 itens:

1. Desvio de rima labial
2. Fraqueza em membro superior
3. Alteração da fala

≥ 1 achado alterado = suspeita de AVC (alta sensibilidade)

Janela terapêutica

- Trombólise: até 4,5h
- Trombectomia: até 6h (podendo chegar até 24h em casos selecionados))

Tempo de início dos sintomas (ou último momento normal) é crítico.

5 MATERIAIS NECESSÁRIOS

- EPIs
- Oxigênio
- Monitor multiparamétrico
- Glicômetro
- Acesso venoso periférico

- BVM
- Maca

6 PROCEDIMENTO

6.1 Abordagem inicial

- Garantir segurança da cena
- Identificar sintomas neurológicos
- Avaliar responsividade

6.2 Avaliação primária (ABCDE)

- A: Via aérea pérvia
- B: Respiração e SpO₂
- C: Pulso, perfusão e PA
- D: Avaliação neurológica (AVPU/Glasgow)
- E: Exposição e avaliação geral

6.3 Avaliação neurológica específica

- Aplicar Escala de Cincinnati
- Avaliar pupilas
- Observar lateralização
- Identificar déficit motor/sensitivo

6.4 Identificação do tempo de início

- Perguntar: “Quando foi visto normal pela última vez?”
- Registrar horário exato
- Informar à regulação

6.5 Suporte clínico

- Oxigênio se SpO₂ < 94% ou sinais de insuficiência respiratória
- Monitorização contínua
- Verificar glicemia (descartar hipoglicemia)
- Hipoglicemia deve ser corrigida imediatamente
- Identificar hipertermia e comunicar à regulação
- Acesso venoso (se possível)

6.6 Condutas importantes

- Não administrar alimentos ou líquidos
- Não reduzir PA de forma agressiva

- Manter cabeceira elevada ($\sim 30^\circ$), se tolerado
- Evitar atrasos no transporte
- Evitar hipóxia, hipotensão e hipoglicemia

6.7 Regulação e transporte

- Comunicar suspeita de AVC imediatamente
- Informar:
 - Tempo de início
 - Resultado da Cincinnati
 - Sinais vitais
- Encaminhar para unidade com capacidade de AVC (stroke center)
- Priorizar transporte rápido

6.8 Situações de alerta

- Rebaixamento do nível de consciência
- Convulsões
- Instabilidade hemodinâmica
- Vômitos e risco de broncoaspiração
- Deterioração neurológica

7 CUIDADOS DE ENFERMAGEM

- Monitorização contínua
- Controle glicêmico
- Manter vias aéreas protegidas
- Registro detalhado
- Apoiar familiares

8 BIOSSEGURANÇA

- Uso de EPIs
- Higienização das mãos
- Descarte adequado
- Desinfecção de equipamentos

9 REGISTRO

- Horário de início dos sintomas
- Horário do “último momento normal”

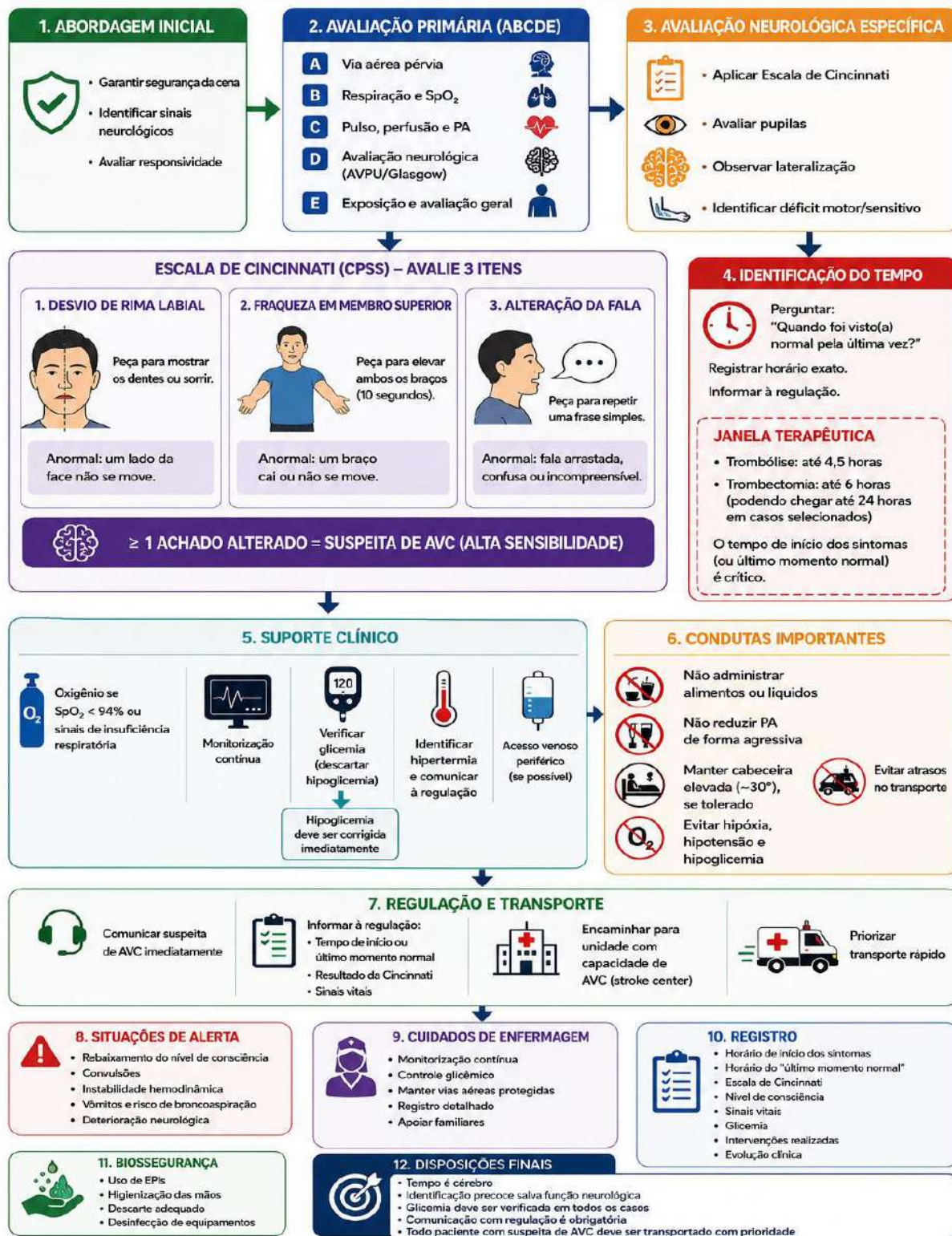
- Escala de Cincinati
- Nível de consciência
- Sinais vitais
- Glicemia
- Intervenções realizadas
- Evolução clínica

10 DISPOSIÇÕES FINAIS

- Tempo é cérebro
- Identificação precoce salva função neurológica
- Glicemia deve ser verificada em todos os casos
- Comunicação com regulação é obrigatória
- Todo paciente com suspeita de AVC deve ser transportado com prioridade

11 FLUXOGRAMA VISUAL

FLUXOGRAMA – ABORDAGEM AO PACIENTE COM SUSPEITA DE AVC



Fonte: Elaborado pelo autor com o auxílio do ChatGPT (OpenAI, 2026).

CHECKLIST RÁPIDO**Paciente com suspeita de AVC**

- ☐ Cena segura
- ☐ ABCDE realizado
- ☐ Escala de Cincinnati aplicada
- ☐ Horário de início identificado
- ☐ Último momento normal registrado
- ☐ Glicemia aferida
- ☐ Sinais vitais registrados
- ☐ Oxigênio (se indicado)
- ☐ Regulação comunicada
- ☐ Transporte iniciado

12 REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.048, de 5 de novembro de 2002**. Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html. Acesso em: 2 jun. 2026.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **Norma Regulamentadora nº 32 (NR-32): Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde**. Brasília: MTE, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/trabalho-e-emprego/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-social/conselhos-e-orgaos-colegiados/comissao-tripartite-partitaria-permanente/normas-regulamentadora/normas-regulamentadoras-vigentes/nr-32-atualizada-2023-1.pdf>. Acesso em: 2 jun. 2026.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução COFEN nº 713, de 3 de novembro de 2022**. Atualiza a norma de atuação dos profissionais de enfermagem no Atendimento Pré-Hospitalar móvel terrestre e aquaviário. Brasília, DF: COFEN, 2022. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-713-2022/>. Acesso em: 2 jun. 2026.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE (NICE). **Stroke and transient ischaemic attack in over 16s: diagnosis and initial management (NG128)**. Londres: NICE, 2019. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng128>. Acesso em: 2 jun. 2026.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP-SAMU- 035 ATENDIMENTO À HIPOGLICEMIA	Versão	1.0 (1ª Edição)
		Data de Elaboração	Junho/2026
		Data de Aprovação	10/09/2026
		Página	1 de 8
Elaborado por:	Verificado por:	Aprovado por:	
Cristiane de Araújo Santos- Enfermeira – Coren/PI nº 340.498; Giovanna Jacobina Alencar-Enfermeira – Coren/PI nº 705.877.	Emanuel Vitor Dantas Oliveira - Enfermeiro – Coordenação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) – Coren/PI nº 553.104.	Equipe Multiprofissional do SAMU (Registrado em Livro Ata); Secretaria Municipal de Saúde (SMS); Conselho Municipal de Saúde (CMS).	

1 OBJETIVO

Padronizar o atendimento pré-hospitalar ao paciente com hipoglicemia, com foco na identificação precoce por meio da glicemia capilar (HGT), correção imediata e prevenção de complicações neurológicas.

2 CAMPO DE APLICAÇÃO/ABRANGÊNCIA

Aplica-se às equipes do SAMU 192 no atendimento a pacientes adultos com suspeita ou confirmação de hipoglicemia em ambiente pré-hospitalar.

3 RESPONSÁVEIS

PROFISSIONAL	RESPONSABILIDADE
Condutor	- Garantir segurança da cena - Apoiar transporte - Auxiliar comunicação com regulação
Técnico/Auxiliar de Enfermagem	- Verificar glicemia capilar - Monitorizar sinais vitais - Preparar materiais e glicose
Enfermeiro	- Avaliar ABCDE - Interpretar HGT - Coordenar correção da hipoglicemia - Monitorar resposta clínica

Médico regulador/ Intervencionista	• Autorizar terapia medicamentosa • Definir conduta avançada • Direcionar unidade de destino
Coordenação/ Supervisão	• Garantir o cumprimento do POP e qualidade assistencial.

4 DEFINIÇÃO

Hipoglicemia: condição caracterizada por níveis de glicose sanguínea baixos, geralmente:

- < 70 mg/dl → hipoglicemia
- < 54 mg/dl → hipoglicemia clinicamente significativa

Sinais e sintomas

Autonômicos:

- Sudorese
- Tremores
- Taquicardia
- Ansiedade

Neuroglicopênicos:

- Confusão mental
- Sonolência
- Alteração da fala
- Convulsões
- Coma

Confirmação

- Realizada por glicemia capilar (HGT)

5 MATERIAIS NECESSÁRIOS

- EPIs
- Glicômetro e tiras reagentes
- Glicose oral (gel/açúcar)
- Solução glicosada (EV)
- Acesso venoso periférico
- BVM
- Oxigênio
- Monitor multiparamétrico

- Maca

6 PROCEDIMENTO

6.1 Abordagem inicial

- Garantir segurança da cena
- Avaliar nível de consciência
- Suspeitar de hipoglicemia em paciente com alteração neurológica

6.2 Avaliação primária (ABCDE)

- A: Via aérea
- Garantir proteção de via aérea
- Considerar cânula orofaríngea se necessário
- Posicionar em decúbito lateral se rebaixado
- B: Respiração
- C: Circulação
- D: Estado neurológico (AVPU/Glasgow)
- E: Exposição

6.3 Verificação de glicemia

- Realizar HGT o mais precocemente possível
- Registrar valor

6.4 Classificação prática

- Leve: consciente e HGT < 70 mg/dl
- Moderada: confusão ou alteração do comportamento
- Grave: inconsciência, convulsão ou HGT < 54 mg/dl

6.5 Correção da hipoglicemia

PACIENTE CONSCIENTE (VIA ORAL SEGURA)

- Ofertar glicose oral:
 - Açúcar dissolvido
 - Suco
 - Gel de glicose
- Reavaliar em 10–15 minutos
- Repetir se necessário

Paciente com rebaixamento ou incapaz de deglutir

- Não administrar via oral

- Obter acesso venoso
- Administrar glicose EV:
 - Glicose 50%: 20–50 ml EV em bolus lento
 - Alternativa: SG 10%: 100–250 ml EV
- Se não houver acesso venoso:
 - Glucagon 1 mg IM ou SC

REGRA DOS 15:

- Administrar 15 g de carboidrato
- Reavaliar HGT em 10–15 minutos
- Repetir se glicemia < 70 mg/dl

6.6 Monitorização

- Reavaliar glicemia após intervenção
- Monitorar nível de consciência
- Monitorar sinais vitais

6.7 Condutas importantes

- Sempre reavaliar após correção
- Investigar causa (uso de insulina, antidiabéticos orais, jejum prolongado, ingestão de álcool, sepse, doença hepática)
- Manter paciente em observação
- Não administrar glicose por via oral em paciente com rebaixamento do nível de consciência (risco de broncoaspiração).

6.8 Regulação e transporte

- Comunicar casos moderados/graves
- Informar:
 - Valor inicial de glicemia
 - Intervenções realizadas
 - Resposta clínica

TRANSPORTAR OBRIGATORIAMENTE SE:

- Persistência ou recorrência da hipoglicemia
- Uso de insulina ou antidiabéticos orais
- Rebaixamento prévio do nível de consciência
- Primeira ocorrência

- Etiologia não esclarecida
- Ausência de acompanhante

Melhora clínica pode ser transitória, com risco de recorrência da hipoglicemia.

6.9 Situações de alerta

- Convulsões
- Coma
- Hipoglicemia recorrente
- Trauma associado
- Suspeita de intoxicação

7 CUIDADOS DE ENFERMAGEM

- Monitorização contínua
- Controle glicêmico seriado
- Segurança do paciente
- Registro detalhado
- Orientação ao paciente/familiares

8 BIOSSEGURANÇA

- Uso de EPIs
- Higienização das mãos
- Descarte de perfurocortantes
- Desinfecção de equipamentos

9 REGISTRO

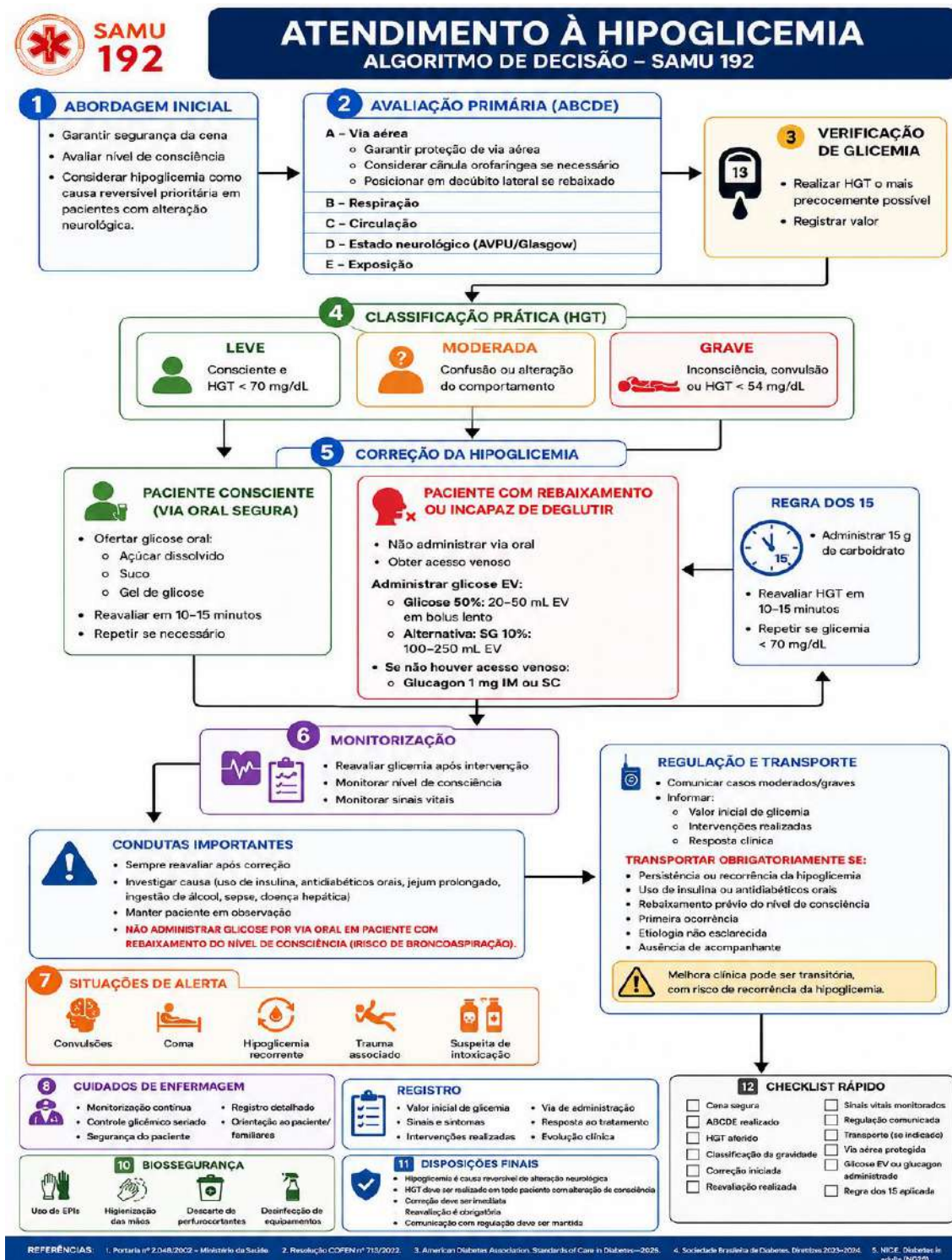
- Valor inicial de glicemia
- Sinais e sintomas
- Intervenções realizadas
- Via de administração
- Resposta ao tratamento
- Evolução clínica

10 DISPOSIÇÕES FINAIS

- Hipoglicemia é causa reversível de alteração neurológica
- HGT deve ser realizado em todo paciente com alteração de consciência
- Correção deve ser imediata

- Reavaliação é obrigatória
- Comunicação com regulação deve ser mantida

11 FLUXOGRAMA VISUAL



Fonte: Elaborado pelo autor com o auxílio do ChatGPT (OpenAI, 2026).

CHECKLIST RÁPIDO**Paciente com suspeita de hipoglicemia**

- ☐ Cena segura
- ☐ ABCDE realizado
- ☐ HGT aferido
- ☐ Classificação da gravidade
- ☐ Correção iniciada
- ☐ Reavaliação realizada
- ☐ Sinais vitais monitorados
- ☐ Regulação comunicada
- ☐ Transporte (se indicado)
- ☐ Via aérea protegida
- ☐ Glicose EV ou glucagon administrado
- ☐ Regra dos 15 aplicada

12 REFERÊNCIAS

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of Care in Diabetes—2026. **Diabetes Care**, v. 49, supl. 1, 2026. Disponível em: <https://diabetesjournals.org/care/issue>. Acesso em: 03 jun. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.048, de 5 de novembro de 2002**. Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html. Acesso em: 03 jun. 2026.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução COFEN nº 713, de 3 de novembro de 2022**. Atualiza a norma de atuação dos profissionais de enfermagem no Atendimento Pré-Hospitalar (APH) móvel terrestre e aquaviário. Brasília, DF: COFEN, 2022. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-713-2022/>. Acesso em: 03 jun. 2026.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE (NICE). **Diabetes in adults (NG28)**. Londres: NICE, [20--]. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng28>. Acesso em: 03 jun. 2026.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2023–2024**. São Paulo: SBD, 2023. Disponível em: <https://diretriz.diabetes.org.br/>. Acesso em: 03 jun. 2026.

REFERÊNCIAS

AMERICAN HEART ASSOCIATION (AHA). **Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care**. Dallas: AHA, 2025. Disponível em: <https://eccguidelines.heart.org>. Acesso em: 30 mar. 2026.

ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA (AMIB). **Transporte de pacientes críticos**. São Paulo: AMIB, 2022. Disponível em: https://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/amib/2022/documentos/Transporte_de_Pacientes_Criticos.pdf. Acesso em: 27 maio 2026.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Medidas de prevenção de eventos adversos relacionados ao uso de medicamentos em serviços de saúde**. Brasília: ANVISA, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa>. Acesso em: 26 maio 2026.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 222, de 28 de março de 2018**. Regulamenta as Boas Práticas de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde. Brasília: ANVISA, 2018.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Limpeza e Desinfecção de Superfícies**. Brasília, DF: ANVISA, 2010. Disponível em: <https://bibliotecadigital.anvisa.ibr.gov.br/jspui/handle/anvisa/1545>. Acesso em: 19 mar. 2026.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Segurança do Paciente: Higienização das Mãos**. Brasília, DF: ANVISA, 2024.

BRASIL. Conselho Nacional do Meio Ambiente (CONAMA). **Resolução CONAMA nº 358, de 29 de abril de 2005**. Dispõe sobre o tratamento e a disposição final dos resíduos dos serviços de saúde e dá outras providências. Brasília, DF: CONAMA, 2005. Disponível em: https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2022-07/re_conama_ndeg_358-2005_-_tratamento_e_disposicao_final_de_residuos_dos_servicos_de_saude.pdf. Acesso em: 23 mar. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Animais peçonhentos: informações gerais e manejo clínico**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude>. Acesso em: 5 maio 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim epidemiológico de morbimortalidade por animais peçonhentos no Brasil (2010–2024)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude>. Acesso em: 5 maio 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes Nacionais para a Rede Alynne: cuidado integral na rede de atenção materno-infantil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para diagnóstico e tratamento da COVID-19**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/conitec/pt->

br/midias/protocolos/diretrizes/20210629_diretrizes-covid-19_capitulo1.pdf. Acesso em: 30 mar. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de animais peçonhentos do Brasil**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude>. Acesso em: 5 maio 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Diagnóstico e Tratamento de Acidentes por Animais Peçonhentos**. 2. ed. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de diagnóstico e tratamento de acidentes por animais peçonhentos**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude>. Acesso em: 5 maio 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Higienização das Mãos em Serviços de Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre as redes de atenção à saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br>. Acesso em: 19 mar. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.600, de 7 de julho de 2011**. Reformula a Rede de Atenção às Urgências (RAU) no Sistema Único de Saúde (SUS) e reconfigura o Componente Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192). Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 2.048, de 3 de setembro de 2002**. Regulamenta os Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência e estabelece o regulamento técnico do Atendimento Pré-Hospitalar (APH) móvel. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 2.657, de 16 de dezembro de 2004**. Estabelece as atribuições das Centrais de Regulação Médica de Urgências e o dimensionamento técnico para a sua operação. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 2.048, de 3 de setembro de 2009**. Consolida e atualiza as normas de funcionamento do SUS, incluindo as diretrizes e pactuações do APH Móvel. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [s.d.]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/samu-192>. Acesso em: 19 mar. 2026.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **Norma Regulamentadora nº 32 (NR-32)**: Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde. Brasília: MTE, 2005 (atualizada).

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Manual de procedimentos básicos de enfermagem**. Registro: Faculdades Integradas do Vale do Ribeira, 2017.

Disponível em: <https://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2020/09/Manual-Procedimentos-Basicos-Enfermagem.pdf>. Acesso em: 30 mar. 2026.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Manual de procedimentos fundamentais do processo do cuidado em enfermagem**. Brasília, DF: COFEN, 2024.

Disponível em: <https://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2024/08/Manual-procedimentos-fundamentais-processo-cuidado-enfermagem.pdf>. Acesso em: 30 mar. 2026.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução COFEN nº 358, de 15 de outubro de 2009**. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes públicos e privados. Brasília: COFEN, 2009.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução COFEN nº 487, de 25 de agosto de 2015**. Veda aos profissionais de Enfermagem o cumprimento de prescrição médica à distância, transmitida por meios eletrônicos, sem a devida regulação médica de urgência. Brasília: COFEN, 2015.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução COFEN nº 551, de 11 de julho de 2017**. Normatiza a atuação do Enfermeiro no Atendimento Pré-Hospitalar Móvel e Inter-hospitalar em Veículos Aéreos de Linha Fixa ou Rotativa. Brasília: COFEN, 2017.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução COFEN nº 653, de 21 de outubro de 2020**. Regulamenta a atuação da Equipe de Enfermagem no Atendimento Pré-Hospitalar Móvel diante da constatação do óbito evidente. Brasília: COFEN, 2020.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução COFEN nº 688, de 10 de fevereiro de 2022**. Institui as Diretrizes Assistenciais para a Administração de Medicamentos por Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem no âmbito do Suporte Básico de Vida (SBV). Brasília: COFEN, 2022. *[Nota técnica: Efeitos suspensos temporariamente por decisão liminar nos autos da Ação Civil Pública nº 1011901-25.2024.4.01.3400 / CFM vs COFEN]*.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução COFEN nº 713, de 5 de dezembro de 2022**. Atualiza e normatiza a atuação da equipe de Enfermagem no Atendimento Pré-Hospitalar (APH) Móvel e Inter-hospitalar terrestre e aquaviário, e a responsabilidade técnica pelas unidades. Brasília: COFEN, 2022.

ESPÍRITO SANTO (Estado). Secretaria da Saúde. **Boletim epidemiológico: intoxicação exógena 2025**. Vitória: SESA, 2026. Disponível em: <https://saude.es.gov.br>. Acesso em: 6 maio 2026.

EUROPEAN RESUSCITATION COUNCIL (ERC). **ERC Guidelines for Resuscitation 2021**. Brussels: ERC, 2021. Disponível em: <https://www.erc.edu/assets/guidelines>. Acesso em: 26 maio 2026.

FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS (FHEMIG). **Protocolo clínico: atendimento ao paciente queimado**. Belo Horizonte: FHEMIG, 2024. Disponível em: <https://www.fhemig.mg.gov.br>. Acesso em: 13 maio 2026.

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. **Procedimento Operacional Padrão GA 004-20: descarte de resíduos perfurocortantes**. Porto Alegre: GHC, 2020. Disponível em: <https://www.ghc.com.br>. Acesso em: 23 mar. 2026.

INFUSION NURSES SOCIETY (INS). **Infusion therapy standards of practice**. Journal of Infusion Nursing, 2021. Disponível em: <https://www.ins1.org>. Acesso em: 26 maio 2026.

INSTITUTO BUTANTAN. **Acidentes com animais peçonhentos no Brasil: perfil epidemiológico recente**. São Paulo: Instituto Butantan, 2026. Disponível em: <https://butantan.gov.br>. Acesso em: 5 maio 2026.

MILECH, Adolfo et al. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2015-2016)**. São Paulo: A.C. Farmacêutica, 2016.

NATIONAL ASSOCIATION OF EMERGENCY MEDICAL TECHNICIANS (NAEMT). **Prehospital Trauma Life Support (PHTLS)**. 9. ed. Burlington: Jones & Bartlett Learning, 2020.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE (NICE). **Diabetes in adults (NG28)**. Londres: NICE, [20--]. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng28>. Acesso em: 03 jun. 2026.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. **Protocolo de manejo de vias aéreas e intubação**. Curitiba: SESA, 2021. Disponível em: <https://www.saude.pr.gov.br/Arquivo/PROTOCOLO-DE-INTUBACAODE-VIAS-AEREASpdf>. Acesso em: 30 mar. 2026.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria da Saúde. **Nota técnica nº 01/2025: intoxicação exógena por metanol**. São Paulo: SES-SP, 2025. Disponível em: <https://www.saude.sp.gov.br>. Acesso em: 6 maio 2026.

SÃO PAULO (Município). Secretaria Municipal da Saúde. **Manual de normas, rotinas e procedimentos de enfermagem: atenção básica**. São Paulo: SMS, 2019. Disponível em: <https://biblioteca.cofen.gov.br/manual-normas-rotinas-procedimentos-enfermagem-atencao-basica/>. Acesso em: 30 mar. 2026.

SILVA, V. A. et al. **Manejo crítico e multimodal da intoxicação exógena aguda**. Studies Publicações, [S. l.], 2026. Disponível em: <https://ojs.studiespublicacoes.com.br>. Acesso em: 6 maio 2026.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CLÍNICA MÉDICA. **Emergências clínicas: abordagem prática**. São Paulo: Atheneu, 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SBD). **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2023–2024**. São Paulo: SBD, 2023. Disponível em: <https://diretriz.diabetes.org.br/>. Acesso em: 03 jun. 2026.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE (SBMFC). **Abordagem das condições relacionadas ao calor na atenção primária**. Rio de Janeiro: SBMFC, 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA DOR (SBED). **A Dor como o 5º Sinal Vital: Protocolos de Avaliação.** São Paulo: SBED, 2024.

SOCIETY OF CRITICAL CARE MEDICINE (SCCM). **Guidelines for interfacility transport of critically ill patients.** Chicago: SCCM, 2023. Disponível em: <https://www.sccm.org/Clinical-Resources/Guidelines/Guidelines-for-Interfacility-Transport-of-Critically-Ill-Patients>. Acesso em: 27 maio 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Cleaning and disinfection of environmental surfaces in the context of COVID-19.** Genebra: OMS, 2020. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53212>. Acesso em: 19 mar. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Clinical management of acute respiratory infections.** Geneva: WHO, 2020. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/clinical-management-of-acute-respiratory-infections>. Acesso em: 26 maio 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Emergency care systems for universal health coverage.** Geneva: WHO, 2019. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/emergency-care-systems-for-universal-health-coverage>. Acesso em: 27 maio 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **WHO recommendations on intrapartum care for a positive childbirth experience.** Geneva: WHO, 2018. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215>. Acesso em: 30 mar. 2026.



SAMU 192