

**Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal**

***PROTOCOLO  
DE  
ATENDIMENTO  
PRÉ-HOSPITALAR  
CBMDF***

**Batalhão de Emergência Médica**

**Brasília**

**Editora CBMDF**

**2005**

2003 by **Editora CBMDF**  
1. ed. 2003

Capa: VLX Criação & Arte

Diagramação: VLX Criação & Arte - 381-7538

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**  
**Responsável: Arlan Moraes de Lima, Bibliotecário, CRB1 - 1816**

E24p Eduardo, Osiel Rosa.  
Protocolo de atendimento pré-hospitalar CBMDF / Osiel Rosa  
Eduardo, Vilany Mendes Félix, André Gleivson Barbosa da Silva. –  
Brasília: CBMDF, 2003.  
183 p. : il. color ; 21 cm.

Inclui bibliografia e índice.

ISBN

1. Medicina de urgência. 2. Emergência médica. 3. Primeiros socorros – Manuais, guias etc. I. Félix, Vilany Mendes. II. Silva, André Gleivson Barbosa da. III. Distrito Federal(Brasil). Corpo de Bombeiros Militar. IV. Título.

CDD 616.025  
CDU 616-083.98

Nenhuma parte desta publicação pode ser reproduzida por qualquer meio, sem a prévia autorização do CBMDF.

Disponível também em: <<http://www.cbm.df.gov.br>>

Impresso no Brasil/*Printed in Brazil*

## **PALAVRAS DO COMANDANTE - GERAL**

*A atividade de Atendimento Pré-Hospitalar, hoje consolidada no âmbito institucional, teve seus primórdios no ano de 1982, com a implantação de um serviço baseado na premissa do melhor atendimento no menor tempo reposta. Para tanto, foram empregadas viaturas multiuso, cujo prefixo, Unidade Tática de Emergência - UTE, tornou-se referência no Distrito Federal. Naquela época, sua guarnição era composta por um motorista, um especialista em Emergência Médica, outro em salvamento em altura e um terceiro, mergulhador.*

*Em meados de 1988, o Corpo de Bombeiros celebra um convênio com a Secretaria de Saúde, quando esta delega à Corporação, competência para execução das atividades de atendimento pré-hospitalar no Distrito Federal. Daí em diante, o serviço ganhou notoriedade junto a população e as autoridades médicas do DF, fruto do empenho e do elevado grau de profissionalismo dos bombeiros militares que abraçaram a causa.*

*O mês de novembro de 1991 reservou grata surpresa aos técnicos e socorristas bombeiros: uma reestruturação em sua estrutura orgânica contemplou o CBMDF com unidades especializadas neste tipo de operação, fato consolidado com a criação de uma QBMP própria e a implantação de duas unidades independentes de emergência médica.*

*Ao longo destes quase 22 (vinte e dois) anos de serviço, obedecendo a um processo natural de amadurecimento, a regulação médica da atividade consolida o processo de excelência no atendimento a população, premissa institucional levada a termo por este Comandante. Nesse contexto, o presente Protocolo de Atendimento Pré-hospitalar funciona como a cúpula deste edifício tão arduamente construído, coroando com êxito o trabalho de uma geração de profissionais bombeiros militares.*

*Enfim, parablenzo a iniciativa dos autores deste instrumento regulador e me solidarizo com todos os técnicos em Emergência e Socorristas do Corpo de Bombeiros por mais esta importante conquista.*

**LUIZ FERNANDO DE SOUZA - CEL QOBM**  
Comandante-Geral do CBMDF





# Lista de Abreviaturas



## *Lista de abreviaturas*

**ACLS** - Suporte Avançado de Vida em Cardiologia  
**AHA** - American Heart Association  
**AIDS** - Síndrome de Imunodeficiência Adquirida  
**AMPH** - Atendimento Médico Pré-Hospitalar  
**AMPLE** - Alergia/medicamentos/passado médico/líquidos/ Evento atual  
**APH** - Atendimento Pré-Hospitalar  
**ATLS** - Suporte Avançado de Vida no Trauma  
**AVC** - Acidente vascular cerebral  
**AVDN** - Alerta/resposta verbal/reposta motora/ não responde  
**BLS** - Suporte Básico de Vida  
**Bpm** - Batimento por minutos  
**CBMDF** - Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal  
**CFM** - Conselho Federal de Medicina  
**CFR** - Continuous Flow Reviver  
**CIADE** - Centro Integrado de Atendimento e Despacho  
**CIEM** - Companhia Independente de Emergência Médica  
**Cm** - Centímetro  
**CME** - Central de Material e Estabilização  
**CNEM** - Comissão Nacional de Energia Nuclear  
**COFEN** - Conselho Federal de Enfermagem  
**CRM** - Conselho Regional de Medicina  
**DAC** - Departamento de Aviação Civil  
**DEA** - Desfibrilador externo automático  
**DF** - Distrito Federal  
**DST** - Doença sexualmente transmissível  
**ECG** - Eletrocardiograma  
**ECGLASGOW** - Escala de coma de Glasgow  
**EPI** - Equipamento de proteção individual  
**FC** - Frequência cardíaca  
**FHDF** - Fundação Hospitalar do Distrito Federal  
**FR** - Frequência respiratória  
**FV** - Fibrilação Ventricular  
**GAE** - Guia de Atendimento de Emergência  
**GI** - Gastrointestinal  
**GLP** - Gás liquefeito de petróleo  
**IAM** - Infarto agudo do miocárdio  
**IM** - Intramuscular  
**IRA** - Insuficiência respiratória aguda  
**IV** - Intravenoso(a)  
**KED** - Kendrick Extrication Device  
**KG** - Quilograma  
**M** - Metro  
**Meq** - Miliequivalente

**MG** - Miligramas  
**MIN** - Minutos  
**ML** - Mililitros  
**mmHg** - Milímetros de mercúrio  
**MONA** - Morfina/oxigênio/nitroglicerina/aspirina  
**OBM** - Organização Bombeiro Militar  
**OMS** - Organização Mundial de Saúde  
**ONU** - Organização das Nações Unidas  
**OVACE** - Obstrução de vias aéreas por um corpo estranho  
**PA** - Pressão Arterial  
**PALS** - Suporte Avançado de Vida em Pediatria  
**PCR** - Parada cardiorrespiratória  
**PEED** - Pressão positiva ao final da expiração  
**PI** - Pressão inspiratória  
**RCP** - Resuscitação cardiopulmonar  
**RN** - Recém-nascido  
**S** - Segundos  
**SC** - Subcutâneo  
**SES** - Secretaria de Estado da Saúde  
**SL** - Sub-lingual  
**SME** - Serviço médico de emergências  
**SNC** - Sistema Nervoso Central  
**TCE** - Traumatismo crânio-encefálico  
**TV** - Tauquicardia ventricular  
**UDESC** - Universidade do Estado de Santa Catarina  
**USA** - Estados Unidos da América  
**USA** - Unidade de Suporte Avançado  
**UTE** - Unidade Tática de Emergência  
**UTI** - Unidade de terapia intensiva



# Sumário



## Sumário

<b>Introdução</b> .....	19
<b>Objetivos do protocolo</b> .....	23
<b>Capítulo I - Recursos materiais</b> .....	27
1.1 Viaturas de emergência.....	29
1.2 Relação de materiais, equipamentos e drogas para as viaturas.....	30
<b>Capítulo II - Rotinas do serviço</b> .....	35
2.1. Ocorrências de trauma a serem atendidas pelo CBMDF.....	37
2.2. Ocorrências de casos clínicos a serem atendidas pelo CBMDF.....	38
2.3. Casos que não serão atendidos pelo CBMDF.....	39
2.4. Remoção inter-hospitalar de paciente.....	40
2.5. Registro de ocorrência de atendimento pré-hospitalar.....	42
2.6. Colisão de viatura de emergência médica.....	47
2.7. Limpeza e desinfecção de viaturas e materiais.....	49
2.8. Troca e reposição de materiais de consumo da SES.....	52
<b>Capítulo III - Ações e princípios básicos</b> .....	53
3.1. Funções do Coordenador Médico no Centro Integrado de Atendimento e Despacho.....	55
3.2. Ações delegadas aos socorristas e técnicos em emergência..	57
3.3. Procedimentos gerais para atendimento pré-hospitalar.....	59
3.4. Triagem.....	61
3.5. Avaliação inicial.....	63
3.6. Avaliação dirigida.....	66
3.7. Proteção individual/doenças infecto-contagiosas.....	69
3.8. Transporte aeromédico.....	71
<b>Capítulo IV - Procedimentos nas diversas ocorrências</b> .....	73
4.1. Atendimento inicial ao politraumatizado.....	75
4.2. Acidente por submersão.....	78
4.3. Emergências ortopédicas.....	79
4.4. Choque.....	81
4.5. Pneumotórax hipertensivo.....	83

4.6. Traumatismo crânio-encefálico.....	84
4.7. Trauma raquimedular.....	86
4.8. Ferimentos.....	88
4.9. Lesão por queimadura e frio.....	91
4.10. Insuficiência respiratória aguda.....	94
4.11. Acidente com animais peçonhentos.....	97
4.12. Parada cardiorrespiratória.....	99
4.13. Envenenamento e/ou intoxicação.....	101
4.14. Acidente vascular cerebral.....	102
4.15. Crise convulsiva.....	104
4.16. Emergências cardiológicas (angina de peito, infarto agudo do miocárdio, arritmia cardíaca e taquicardias upraventricular...)	106
4.17. Edema agudo de pulmão.....	108
4.18. Hipertensão.....	109
4.19. Mal asmático.....	110
4.20. Hipoglicemia e hiperglicemia.....	111
4.21. Desmaio (síncope).....	114
4.22. Ocorrências pediátricas (traumática).....	115
4.23. Ocorrências pediátricas (parada cardiorrespiratória).....	118
4.24. Obstétrico (em trabalho de parto ou não).....	121
4.25. Trauma na gestante.....	124
4.26. Usuários de substâncias psicoativas e dependentes químicos.....	125
4.27. Paciente psiquiátrico.....	128
4.28. Óbito no atendimento pré-hospitalar.....	131
4.29. Intoxicações exógenas.....	133
<b>Capítulo V - Monitorização.....</b>	<b>141</b>
5.1. Monitorização com eletrocardiograma.....	143
5.2. Monitorização com oxímetro de pulso.....	146
5.3. Hidratação.....	147
5.4. Administração de oxigênio.....	148
<b>Capítulo VI - Comando de socorro.....</b>	<b>153</b>
6.1. Acidente de trânsito.....	155
6.2. Desabamento e soterramento.....	156

## Sumário

6.3. Acidentes envolvendo veículos com produtos perigosos....	158
6.4. Acidentes envolvendo produtos radioativos.....	160
6.5. Incêndio em edificações.....	162
6.6. Operação em poços, fossas, valas e galerias.....	163
6.7. Prevenções.....	164
Referências bibliográficas.....	167
Anexos .....	173
Índice remissivo .....	179





# Prefácio



## *Prefácio*

O acidente é entendido como um acontecimento não intencional e evitável, podendo ser causador de lesões físicas e ou emocionais de maior ou menor intensidade.

A morbidade e a mortalidade por causas externas vêm aumentando em ritmo acelerado nos registros dos Sistemas de Saúde do Brasil, determinando uma nova realidade epidemiológica que demanda a necessidade urgente de adequação dos Serviços de Atendimento ao Cidadão, em todas as faixas e em qualquer classe social.

As ações dirigidas para a revisão desse quadro, concentram-se na prevenção, na educação continuada, no atendimento pré-hospitalar, hospitalar e na reabilitação. Essas iniciativas, buscam diminuir o número de acidentados, a intensidade do trauma, a gravidade das lesões e as seqüelas.

Protocolos de Atendimento Pré-Hospitalar como este, têm como objetivo melhorar a qualidade e agilizar a operacionalização do serviço. Resgatar vidas com segurança é, antes de tudo, estudo de situações, certeza da decisão a ser tomada.

A “hora de ouro”, realmente tem muito valor.

O desenvolvimento inteligente de cidades, estradas, condutas sociais saudáveis, formação e qualificação de profissionais para atender à população, somente trarão benefícios a todos.

### **CLÁUDIA ARAÚJO DOS SANTOS**

Área Técnica para Acidentes e Violências  
Departamento de Gestão de Políticas Estratégicas  
Secretaria de Políticas de Saúde  
Ministério da Saúde





# Introdução



## Introdução

O atendimento pré-hospitalar é aquele realizado nos primeiros minutos após ter ocorrido o agravo à saúde da vítima, levando-a à deficiência física ou mesmo à morte.

São estes os objetivos principais do atendimento pré-hospitalar:

- dimensionamento da cena;
- iniciar o tratamento de modo precoce;
- estabilizar as funções vitais;
- prevenir complicações;
- tratar as condições que possam levar o paciente à risco de vida;
- Transportar o paciente com segurança ao hospital.

O reconhecimento crescente da importância do atendimento pré-hospitalar representa um dos maiores avanços no conceito de tratamento da emergência médica, pois se sabe que a evolução de uma condição aguda e grave depende, fundamentalmente, do emprego de medidas terapêuticas adequadas.

Para o sucesso do serviço pré-hospitalar, é de vital importância o trabalho de equipe, com todos os envolvidos no serviço, atuando de modo harmônico a fim de que seja efetivo o desempenho ético-profissional da Medicina. Faz-se necessário, então, o treinamento e o espírito de cooperação.

Esperamos que com a implantação deste Protocolo de Atendimento Pré-Hospitalar estejam expressos claramente os passos e as bases para as decisões dos profissionais que atuam no Serviço de Atendimento Pré-Hospitalar do CBMDF, proporcionando maiores chances de vida às vítimas.

“Vidas Alheias e Riquezas Salvar”.  
Domínio Público





# Objetivos do protocolo



Este Protocolo tem os seguintes objetivos:

Estabelecer normas padrões de ações para os profissionais, habilitados no âmbito do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal, para prestarem atendimento de urgência e emergência em nível pré-hospitalar, sob coordenação médica.

Operacionalizar o Serviço de atendimento pré-hospitalar do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal.

Determinar as funções dos profissionais que atuam no serviço pré-hospitalar.

Apresentar as ocorrências que devem ou não ser atendidas pelo serviço de atendimento pré-hospitalar.

Minimizar o tempo-resposta referente ao atendimento pré-hospitalar.

Proporcionar melhores condições de serviço aos profissionais que compõem os diversos setores da atividade de atendimento pré-hospitalar.

Viabilizar o atendimento e o transporte dos pacientes socorridos pelos técnicos e socorristas em função de suas necessidades e das orientações recebidas pelo médico coordenador do serviço de atendimento pré-hospitalar do CBMDF.

Orientar os técnicos e socorristas sobre o que fazer nas diversas ocorrências, servindo como fonte de orientação para seus procedimentos.

Proporcionar a integração entre as ações de médicos e outros profissionais do CBMDF que possuam habilitação para atuar na área pré-hospitalar.

Adequar o Serviço de Atendimento Pré-Hospitalar do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal à Resolução CFM nº 1.529/98 do Conselho Federal de Medicina e a Portaria nº 2048/GM de 5 de novembro de 2002 do Ministério da Saúde.





# Capítulo

## Recursos materiais



## 1.1 Viaturas de emergência

### a) Ambulância Tipo B - Unidade Tática de Emergência (UTE)

São veículos destinados ao atendimento pré-hospitalar e transporte de pacientes de traumas ou casos clínicos com risco de vida, contendo equipamentos e materiais para Suporte Básico de Vida.

A guarnição deve ser composta por:

- 1 Chefe da Guarnição (Técnico em Emergência);
- 1 Auxiliar da Guarnição (Técnico em Emergência ou Socorrista);
- 1 Condutor da viatura (preferentemente Socorrista).

### b) Ambulância Tipo D - Unidades de Suporte Avançado (USA)

São veículos destinados ao atendimento e transporte de pacientes de alto risco em emergências pré-hospitalar e/ou transporte inter-hospitalar que necessitam de cuidados médicos intensivos, de hospitais da SES, contendo materiais de suporte avançado de vida.

A guarnição deve ser composta por:

- 1 Médico;
- 1 Técnico em Emergência;
- 1 Auxiliar da Guarnição (Socorrista);
- 1 Condutor da viatura.

### c) Ambulância Tipo E - Aeronave de Transporte Médico

Aeronave de asa fixa ou rotativa utilizada para transporte inter-hospitalar de pacientes e aeronave de asa rotativa para ações de resgate, dotada de equipamentos médicos homologados pelo Departamento de Aviação Civil-DAC.

Os profissionais devem ter noções de aeronáutica de fisiologia de vôo, seguindo as determinações da Diretoria de Saúde da Aeronáutica, e da Divisão de Medicina Aeroespacial.

A guarnição deve ser composta por:

- 1 médico
- 1 Técnico em Emergência Médica;
- 1 Piloto da Aeronave e 1 co-piloto, segundo as normas e regulamentos vigentes do Comando da Aeronáutica/Código Brasileiro de Aeronáutica/Departamento de Aviação Civil.

## 1.2 Relação de materiais, equipamentos e drogas para as viaturas

MATERIAIS E EQUIPAMENTOS	USA	UTE	PADRÃO
Absorvente higiênico grande	3	3	Unidade
Aspirador portátil	1	1	Unidade
Atadura com 15cm x 2cm	1	2	C/ 12
Avental impermeável p/tórax e abdômem	2	2	Unidade
Bolsa de primeiros socorros	1	1	Unidade
Bota de borracha	1	1	Par
Cadeira de roda dobrável	1	X	Unidade
Caixa completa de pequena cirurgia	1	1	Unidade
Canivete de aço c/7cm de comprimento	X	1	Unidade
Canulas orogaringeas adulto (Kit)	1	1	Unidade
Cânula para traqueostomia	1	2	Unidade
Capa de chuva	3	3	Unidade
Catéteres para oxigenação e aspiração	6	6	Unidade
Cilindro de oxigênio fixo	2	2	Unidade
Cilindro portátil de oxigênio	1	1	Unidade
Circuito de respirador estéril de reserva	1	X	Unidade
Clamps umbilicais	5	5	Unidade
Cobertor térmico	1	2	Unidade
Colar cervical adulto	3	6	Unidade
Colar cervical infantil	1	2	Unidade
Colete de sinalização de trânsito	1	1	Unidade
Coletores de urina	3	5	Unidade
Compressas cirúrgicas estéreis	3	3	Pct. C/3
Cones sinalizadores	2	2	Unidade
Conjunto de talas de madeira	1	2	Unidade
Conjunto de talas moldáveis	1	3	Unidade
Cortador de anel	1	1	Unidade
Desfibrilador Externo Semi-automático	1	1	Unidade
Eletrodos descartáveis	8	8	Unidade

## Recursos materiais

MATERIAIS E EQUIPAMENTOS	USA	UTE	PADRÃO
Equipamento de rádio móvel (HT)	1	1	Unidade
Equipo para bombas de infusão	2	1	Unidade
Esfigmomanômetro	1	2	Unidade
Esfigmomanômetro de coluna	1	2	Unidade
Estetoscópio adulto	1	1	Unidade
Estetoscópio infantil	1	1	Unidade
Extensões para drenos torácicos	1	X	Unidade
Faixa/fita de isolamento	1	1	Unidade
Fios guia para intubação	2	1	Unidade
Frasco de drenagem de tórax	3	1	Unidade
Garrote	1	2	Unidade
Garroteador c/fecho em velcro	1	3	Unidade
Gaze estéril	6	6	Pct. c/1
Jelco variado	3	2	Un. cada
Imobilizador de cabeça	1	1	Unidade
Ked adulto	1	X	Unidade
Ked infantil	1	5	Unidade
Kit dreno para tórax	1	2	Unidade
Kit laringoscópio infantil	1	6	Unidade
Kit p/ acesso venoso (jelco 14,16; scalp 17,25)	2	2	Unidade
Lâmina bisturi	4	5	Unidade
Lanterna para verificação de pupila	1	1	Unidade
Lanterna de cabeça	1	1	Unidade
Lençóis descartáveis	2	2	Unidade
Lixeira	1	1	Unidade
Luva de raspa de couro	2	1	Par
Luvas cirúrgicas	6	6	Unidade
Luvas de procedimentos	1	2	Caixa

MATERIAIS E EQUIPAMENTOS	USA	UTE	PADRÃO
Luvas de borracha de cano longo	2	2	Par
Máscara de oxigenoterapia	1	2	Unidade
Máscara de proteção individual	5	5	Unidade
Monitor cardíaco	1	1	Unidade
Óculos de proteção individual	2	3	Unidade
Pacote de gaze estéril	5	5	Unidade
Prancheta com lâmpada	1	1	Unidade
Pulsoxímetro	1	1	Unidade
Quebrador de vidro c/ponta de diamante	1	1	Unidade
Recipiente p/gelo	1	1	Unidade
Regulador de pressão medicinal	1	1	Unidade
CFR adulto	1	1	Unidade
CFR infantil	1	1	Unidade
Ressuscitador manual adulto (ambu)	1	2	Unidade
Ressuscitador manual infantil (ambu)	1	2	Unidade
Rolos de esparadrapo	1	1	Unidade
Saco plástico para placenta	3	3	Unidade
Scalp variado	3	3	Un. cada
Seringas de 1, 3, 5, 10 e 20ml	3	3	Unidade
Seringas de 10 ml para insuflar o “cuf”	1	1	Unidade
Sondas nasogástricas	1	2	Unidade
Sondas vesicais	1	1	Unidade
Soro fisiológico e ringer lactado	5	4	Unidade
Soro glicosado	2	1	Unidade
Tesoura de ponta rombuda	1	1	Unidade
Tesoura reta com ponta	1	1	Unidade
Tirantes para prancha	1	2	Unidade
Tracionador de fêmur	1	1	Unidade
Umidificador de oxigênio c/fluxômetro	1	1	Unidade

## Recursos materiais

DROGAS	USA	UTE	PADRÃO
Adalat	2	2	Cápsulas
Adenosina	2	2	Ampolas
Adrenalina	4	4	Ampolas
Aminofilina 24mg/11ml	2	2	Ampolas
Amiodarona	2	2	Ampolas
Atropina	2	2	Ampolas
Atrovent	1	1	Frasco
Aspirina	2	2	Ampolas
Berotec	1	1	Frasco
Buscopan composto 2mg/1ml	2	2	Ampolas
Diazepan 10mg	1	1	Ampola
Dipirona	2	2	Ampolas
Dolatina 1mg/2ml	1	1	Ampola
Dormonide	1	1	Ampola
Dopamina	2	2	Ampolas
Dobutamina	2	2	Ampolas
Efortil	2	2	Ampolas
Fenergan 5mg/2ml	2	2	Ampolas
Fenobarbital 2mg	1	1	Ampola
Flumazenil	2	2	Ampola
Furosemida 1mg/1ml	1	1	Ampola
Haldol 0,5mg/1ml	2	2	Ampolas
Isordil 5mg e 10mg	1	1	Cápsula
Lidocaina	2	2	Ampola
Manitol	2	2	Ampolas
Naloxone	2	2	Ampola
Norepinefrina	2	2	Ampola
Nitroglicerina spray	1	1	Frasco
Vitamina K	1	1	Ampola
Voltaren 7 mg	2	2	Ampolas
Procainamida	2	2	Ampolas
Plasil	2	2	Ampolas





# Capítulo **II**

Rotinas do serviço



## **2.1 Ocorrências de trauma a serem atendidas pelo CBMDF**

Acidentes de trânsito em geral.  
Acidentes com aeronaves em geral.  
Acidentes ferroviários.  
Acidentes metroviários.  
Acidentes domésticos com risco de vida.  
Acidentes de trabalho com risco de vida.  
Acidente pó submersão.  
Agressão.  
Choque elétrico.  
Desabamento.  
Explosões de qualquer natureza.  
Ferimentos com arma branca (por material cortante, corto-contuso ou perfurante).  
Ferimento por arma de fogo.  
Mordidas graves de animais.  
Picada de animais e insetos peçonhentos.  
Queda com risco de vida.  
Queimaduras graves.  
Soterramentos.  
Qualquer outro agente que possa conduzir a vítima à iminência de Trauma Grave, levando-a a risco de vida.

### **Observação:**

Considera-se grave todo trauma com potencial risco à vida ou que seja passível de gerar seqüelas.

Casos que não se enquadrem nestes itens serão julgados pelo Coordenador médico no que tange ao atendimento ou não pelo CBMDF.

## 2.2 Ocorrências de casos clínicos a serem atendidas pelo CBMDF

Alcoolismo (crise de abstinência ou em caso embriaguez).  
Angina (dor no peito).  
Asmático com crise moderada a grave.  
Acidente Vascular Cerebral.  
Crise convulsiva.  
Crise hipertensiva moderada ou grave.  
Crise renal.  
Síncope (desmaio).  
Diabetes com complicação.  
Envenenamento.  
Hemorragias clínicas graves (nasal, gástrica, pulmonar, anal, vaginal) com risco de hipotensão ou choque.  
Intoxicação (principais: alimentação, gases químicos, fumaça, medicamento, drogas) com repercussão hemodinâmica.  
Obstétrico com complicações (eclâmpsia, pré-eclâmpsia, suspeita de aborto).  
Parturiente.  
Patologias cardíacas com repercussão hemodinâmica.  
Patologias respiratórias com comprometimento respiratório.  
Psiquiátrico.  
Remoção inter-hospitalar da rede pública.  
Outros casos que devido ao seu caráter de emergência coloquem a vítima em risco de vida.

### **Observação:**

Considera-se grave todo caso clínico com potencial risco à vida ou que seja passível de gerar seqüelas.

Casos que não se enquadrem nestes itens serão julgados pelo Coordenador médico no que tange ao atendimento ou não pelo CBMDF.

## 2.3 Casos que não serão atendidos pelo CBMDF

Anemia.  
Câncer (caso o paciente possa ser transportado em veículo particular).  
Desidratação.  
Doenças infecto-contagiosas sem complicações.  
Dor de dente.  
Exames de rotina e consulta ambulatorial.  
Furúnculos.  
Gastrite.  
Gripe.  
Lombalgia.  
Mialgia.  
Pós-operatório sem complicações.  
Transporte de hospital para residência.  
Troca de sondas.  
Úlcera.  
Unha encravada.  
Outras ocorrências que, devido o seu caráter, não ofereçam perigo iminente de risco à vida.

### **Observação:**

Estes casos poderão ser atendidos dependendo da avaliação do médico ao realizar a triagem.

## 2.4 Remoção inter-hospitalar de pacientes

Antes do deslocamento para o hospital de origem, o técnico deverá verificar junto ao Centro de Operações - CIADE:

A data e a hora da remoção.

Hospitais de origem e destino.

Nome do paciente.

Tipo de patologia.

Condições em que o paciente se encontra (drenos, sondas, doenças infecto-contagiosas).

Nome do médico que irá acompanhá-la e recebê-la.

Protocolo de recebimento dos pacientes transportados pelo CBMDF:

1. Os pacientes transportados pelo CBMDF, ao chegarem ao Pronto Socorro, serão conduzidos aos boxes de emergência de clínica médica, cirurgia, pediatria, obstetrícia ou politraumatizado, quando envolver emergência ou urgência e terão prioridade no atendimento;

2. Em caso de equipe médica de plantão estar em atendimento de emergência, a guarnição deverá aguardar, pois tão breve termine esse atendimento o paciente transportado pelo CBMDF terá prioridade;

3. Nos casos eletivos, os pacientes deverão ser conduzidos para realização da Guia e deverão aguardar atendimento, estando liberado o bombeiro após a entrega do paciente ao hospital;

4. Os profissionais do CBMDF não deverão entrar nos consultórios sem a devida permissão do médico, devendo solicitar acionamento do chefe de equipe em casos de dificuldade no recebimento;

5. No momento que o paciente transportado der entrada no Pronto Socorro, a responsabilidade sobre o paciente passa a ser do hospital, desde que o profissional do CBMDF dê ciência ao médico ou ao chefe de equipe;

6. Nos hospitais que dispõem de Postos Avançados do CBMDF, os militares dos podem receber o paciente e conduzi-lo ao atendimento;

## *Rotinas do serviço*

7. O CBMDF deverá entregar a segunda via do atendimento na recepção para que seja anexada a Guia de Atendimento Médico - GAE, sem necessidade da assinatura do médico plantonista;

8. Em caso de paciente psiquiátrico, com problema clínico associado, o CBMDF deverá encaminhá-lo para os hospitais regionais;

9. Todo e qualquer problema ou dúvida referente ao encaminhamento e atendimento dos pacientes transportados pelo CBMDF devem ser resolvidos nas 1ª e 2ª CIEM's (381-3971) ou, em caso hospitalar, com o chefe de equipe.

## 2.5 Registro de ocorrência de atendimento pré-hospitalar

### Condutas para o preenchimento do registro de ocorrência de atendimento pré-hospitalar

O Registro deverá ser preenchido em letra de forma legível, com caneta azul ou preta.

Todos os campos do Registro, que estiverem ligados às respectivas ocorrências atendidas, deverão ser preenchidos evitando-se criar dúvidas com relação aos dados.

Quando em qualquer campo, for assinalado o item “outros”, este deverá ser especificado, não podendo permanecer em branco. Caso exista dúvida em relação ao caso clínico a ser preenchido, o técnico ou socorrista deverá solicitar auxílio ao médico.

Todas as ocorrências deverão ser discriminadas com detalhes no campo específico, assim como os procedimentos efetuados durante o atendimento (Ver Anexo A ou B).

### Discriminação dos campos do registro de ocorrência

1. **OBM:** deverá ser citada a Organização Bombeiro Militar responsável pelo atendimento.

2. **Viatura:** deverá ser citado o prefixo da viatura utilizada para atender à ocorrência.

3. **Data:** deverá ser citada a data em que ocorreu o atendimento.

#### 4. Horários:

a) **Saída** - deverá ser citado o horário em que a viatura está se deslocando para a ocorrência. Esse dado é muito importante para a verificação do tempo resposta do socorro. É proibido ser citado horário aproximado.

b) **Chegado ao local** - deverá ser citado o horário em que a viatura chegar ao local da ocorrência. Esse dado é muito importante para a verificação do tempo-resposta do socorro. É proibido ser citado

## Rotinas do serviço

horário aproximado.

c) **Chegado ao hospital** - deverá ser citado o horário em que a viatura chegar ao hospital.

d) **Chegada a OBM** - deverá ser citada o horário em que a viatura chegar à OBM no retorno da ocorrência.

5. **Dias da semana** - anotar o dia da semana que ocorreu o fato.

### Observação:

Caso a viatura demore a chegar ao local da ocorrência, o técnico ou socorrista deverá citar o motivo de sua demora, para fins de avaliação e melhora do serviço, com relação ao tempo-resposta.

Não houve atuação deverá ser citado o motivo pelo qual a viatura de emergência médica foi acionada e não houve o atendimento pré-hospitalar, devendo o mesmo ser preenchido para todas as ocorrências de trauma ou caso clínico em que houve o acionamento do socorro, mas não houve o atendimento. Em caso de vítima já transportada, citar o responsável pelo mesmo, se possível.

Caso seja assinalado “recusa da vítima” deverá ser preenchido ficha própria (Ver Anexo C).

6. **Nome** - deverá ser citado o nome completo da vítima.

7. **Sexo** - deverá ser citado o sexo da vítima.

8. **Idade** - deverá ser citada a idade da vítima e, em caso de criança com menos de 1 (um) ano, quantos meses a mesma possui.

9. **Telefone** - deverá ser citado o telefone da residência da vítima ou qualquer outro para contato.

10. **Endereço** - deverá ser citado o endereço da residência da vítima; caso coincida o endereço da vítima com o do local da ocorrência, este deverá ser repetido em ambos os campos.

11. **Sinais vitais**

a) **Respiração** - deverá ser citada quantos movimentos por minuto apresenta a respiração do paciente, devendo ser verificado através da elevação torácica da mesma.

b) **Pulso** - deverá ser citado quantos batimentos por minuto

apresenta a pulsação do paciente, devendo ser verificado através do pulso carotídeo.

c) **Pressão arterial** - deverá ser verificada, através de esfigmomanômetro e estetoscópio, citando os milímetros de mercúrio apresentados.

d) **Saturação de oxigênio** - deverá ser citada de acordo com o valor apresentado pelo oxímetro de pulso.

#### **Observação:**

A verificação dos sinais vitais é procedimento obrigatório para as ocorrências, devendo os mesmos ser repassados ao médico que receber o paciente.

12. **Alergias** - deverá ser perguntado ao paciente ou ao seu acompanhante se a mesma possui ou não alergias; em caso de possuí-las, deverá ser citado quais. Tal dado deverá ser passado ao médico que receber o paciente.

13. **Uso de medicamentos** - deverá ser perguntado ao paciente ou ao seu acompanhante se a mesma encontra-se fazendo uso de algum medicamento, em caso positivo, citá-los. Tal informação deverá ser passada ao médico que for receber a vítima.

14. **Trauma** - deverá ser identificado o agente causador do trauma, sendo permitido assinalar apenas 1 (um) agente, ou o caso clínico em folha específica (Ver Anexo A).

#### **Observações:**

Em se tratando de ferimento com arma branca, atentar que para este agente o material causador do trauma poderá ser: cortante, corto-contuso ou perfurante; ou seja, esse campo, do Anexo A, não se estende apenas às facadas.

Somente deverá ser assinalado 1 (um) agente causador do trauma, para fins de estatística; quando ocorrer um agente em decorrência de outro, deverá ser assinalado o agente principal.

Exemplo: queimadura em decorrência de acidente automobilístico. Acidente automobilístico deverá ser assinalado como o agente causador do trauma e, queimadura, deverá ser assinalada no campo 17 do Anexo A, como problema encontrado no trauma.

Em se tratando de **Mordida/Picada de Animal**, deverá ser citado o animal.

Não será permitido que uma ocorrência de caso clínico seja citada nesse campo do Anexo A.

15. **Local onde ocorreu o trauma** - deverá ser citado o local onde ocorreu o trauma: residência, trabalho, via pública.

16. **Problemas encontrados no trauma ou no caso clínico:**

**No trauma:** deverão ser assinalados os problemas encontrados no paciente em decorrência do trauma sofrido, no momento do atendimento pelo Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal.

**Observações:**

Caso seja assinalado um dos itens a seguir: amputação, esmagamento, ferimentos, fraturas, hemorragia, queimadura; deverão ser citados seus respectivos locais no paciente;

Nestes campos deverão ser assinalados todos os problemas encontrados durante avaliação inicial e dirigida;

Quando for assinalado o item alteração do nível de consciência, deverá ser verificada a Escala de Coma de Glasgow e citada a hora da verificação.

**Caso clínico:** deverá ser assinalado o item correspondente ao caso clínico encontrado, atentando-se para os casos de responsabilidade de atendimento pelo Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal, sendo permitido assinalar apenas 1 (um) caso clínico.

**Observações:**

Em caso de **envenenamento**, citar o respectivo veneno e informar ao médico que receber o paciente.

Em caso de intoxicação com alimento, fumaça, gás químico, medicamento ou drogas, deverá ser citado o produto que se suspeita ter intoxicado o paciente.

Em caso obstétrico com complicações, deverá ser citadas a complicação (eclâmpsia, pré-eclâmpsia, suspeita de aborto, outras) e passada a informação ao médico que receber o paciente.

Nesse campo somente será permitido assinalar 1 (um) dos itens, informando o caso clínico atendido, atentando-se para os casos de responsabilidade do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal.

17. **Procedimentos efetuados no atendimento à vítima:** deverão ser citados os procedimentos efetuados no momento do atendimento.

18. **Administração de medicamento:**

- a) deverá ser citado qual tipo
- b) via de administração
- c) médico que determinou.

19. **Hospital de destino da vítima:** deverá ser preenchido o nome do Hospital para o qual a vítima foi transportada.

20. **Número da Guia de Atendimento de Emergência GAE:** ser citado o número de controle do atendimento à vítima no referido hospital.

21. **Estado da vítima na entrega:** nesse item o Técnico ou Socorrista deverá assinalar o estado em que se encontra a vítima: estável ou instável

22. **Guarnição:** deverão ser citados todos os componentes da guarnição.

**Observação:**

O responsável pelo preenchimento da ficha deverá assinar o Registro de Ocorrência de Atendimento Pré-Hospitalar, devendo este ser o chefe da guarnição.

Havendo pertences, o responsável deverá preencher o formulário Relação de Pertences da Vítima (Ver Anexo C).

## **2.6 Colisão de viatura de emergência médica**

### **a) Sem vítimas**

Entre em contato com o Centro Integrado de Atendimento e Despacho e a Companhia de Emergência Médica, via rádio ou telefone, para que o Coordenador de Operações e o Comandante da Companhia sejam informados.

Aguarde no local até a execução da Perícia de Trânsito.

Tome as medidas de proteção necessárias, para que não ocorram outros acidentes: (sinalização, isolamento, etc.).

Registre ocorrência na Delegacia de Polícia da região do acidente.

Faça uma parte com todos os dados pertinentes, inclusive testemunhas, encaminhando os documentos ao Comandante da Companhia de Emergência Médica e ao Comandante da OBM em que a viatura estiver ativada.

### **b) Com vítimas**

Entre em contato com Centro Integrado de Atendimento e Despacho e a Companhia de Emergência Médica, via rádio ou telefone, para que o Coordenador de Operações e o Comandante da Companhia sejam informados.

Se houver vítima sendo transportada no ato do acidente, com risco iminente de vida, necessitando de transporte imediato, remova-a para o hospital. Se a viatura estiver em condições, o transporte deve ser executado, devendo a viatura regressar ao local, em seguida.

O item acima vale para vítimas da própria guarnição ou de outro veículo envolvido. A preferência, porém, é de que a viatura não saia do local e que o transporte seja feito por outra viatura da corporação.

Tome as medidas de proteção necessárias, para que não ocorram outros acidentes: (sinalização, isolamento, etc.).

Registre ocorrência na Delegacia de Polícia da região do acidente.

Faça uma parte com todos os dados pertinentes, inclusive

testemunhas, encaminhando os documentos ao Comandante da Companhia de Emergência Médica e ao Comandante da OBM em que a viatura estiver ativada. Se a viatura acidentada tiver que sair do local, deixe um militar da guarnição ou solicite imediatamente outra viatura, para que o local não fique abandonado.

## **2.7 Limpeza e desinfecção de viaturas e materiais**

### **a) Lavagem e assepsia das mãos**

Este procedimento deve ser feito, em caráter obrigatório, após cada atendimento, mesmo que não se tenha tido contato com secreções.

### **b) Desinfecção e descontaminação dos pisos e paredes das viaturas**

Técnico ou socorrista deverá informar ao Centro Integrado de Atendimento e Despacho que a viatura ficará desativada para tal serviço.

Serviço será realizado no Parque de Apoio da Secretaria de Saúde, nos hospitais da rede pública, ou no quartel onde a viatura esteja ativada.

Técnico ou socorrista deverá estar provido de equipamento de proteção individual (bota de borracha, luva de borracha de cano alto, óculos e máscara).

Todo o material deve ser retirado do interior da viatura.

Limpe a viatura com água e sabão, retirando toda a sujeira. Deverá ser aplicado o produto químico adequado à desinfecção ou descontaminação (sabão, hipoclorito de sódio, álcool 70%, etc.) e esperar o tempo de ação.

A viatura deverá ser enxuta com pano limpo.

### **c) Desinfecção de vidros, termômetros, laringoscópios (cabos e lâminas sem lâmpadas) superfícies externas de equipamentos metálicos, macas, mobílias e bancadas**

A desinfecção e a descontaminação deverão ser realizadas com álcool 70%, da seguinte forma: friccionar o respectivo material com o álcool 70%, esperar secar e repetir este procedimento por 3 (três) vezes consecutivas, com tempo de exposição de 10 (dez) minutos.

### **d) Desinfecção de prancha, colar cervical, tala de imobilização, tirantes e ked**

A limpeza deve ser feita com água e sabão.

A desinfecção deve ser feita com álcool 70%, com tempo de exposição de 10 (dez) minutos, repetindo-se o procedimento por 3 (três) vezes.

**e) Desinfecção de tubo de silicone usado para aspiração**

O material deverá ser lavado com água e sabão.

Logo após a lavagem, o material deverá ser imerso em hipoclorito de sódio a 1 %, durante 45 (quarenta e cinco) minutos.

**f) Desinfecção dos acessórios de respiradores, materiais de intubação, cânulas, ressuscitador manual (tipo ambu) e máscaras**

A desinfecção deve ser feita sempre depois do uso.

O material deve ser lavado com água e sabão, com o auxílio de esponja e escova.

Logo após, deverá ser imerso em hipoclorito de sódio a 1% durante 45 (quarenta e cinco) minutos;

O material deverá ser enxaguado com água potável corrente.

Deverá ser guardado em local seguro e isento de umidade e poeira.

**g) Desinfecção de frascos de aspiração de secreções**

Este procedimento deve ser feito após cada uso.

O material deverá ser imerso em solução de hipoclorito de sódio a 1%, por 30 (trinta) minutos.

O líquido dos frascos deverá ser trocado, ainda que estejam limpos, a cada 24 (vinte e quatro) horas.

O material contaminado deverá ser desprezado em lixo e esgoto apropriados, em unidade da rede hospitalar.

**h) Esterilização de materiais cirúrgicos**

Estes materiais deverão ser encaminhados à Central de Material e Esterilização CME do hospital mais próximo para esterilização.

**i) Lençóis e mantas contaminados**

Deverão ser colocados em sacos plásticos identificados.  
Deverão ser entregues à lavanderia do hospital responsável pela troca deste material.

**Observação:**

Em caso de dúvida sobre limpeza, descontaminação, desinfecção ou esterilização de qualquer material da viatura, o técnico ou o socorrista deverá entrar em contato com a Seção de Farmácia da Companhia de Emergência Médica, ou com o médico no CIADE.

## **2.8 Troca e reposição de materiais de consumo da Secretaria de Saúde do Distrito Federal**

Será de responsabilidade dos chefes de guarnições das USA e UTE's, a troca, utilização e controle dos lençóis e outros materiais cedidos pela Secretaria de Saúde ao Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal CBMDF, cabendo a estes a responsabilidade por extravios e usos indevidos.

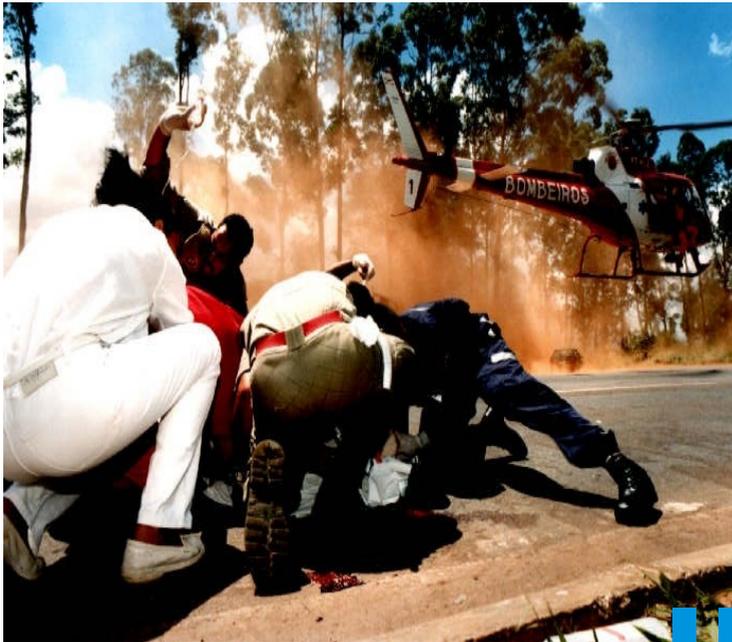
A troca dos lençóis deverá ser feita preferencialmente com os chefes de lavanderias do Hospital de Base e outros hospitais regionais, evitando-se trocas com profissionais do Pronto Socorro ou nos postos do CBMDF nos hospitais. A troca de outros materiais, tais como: colar cervical, cânulas orofaríngeas e outros, deverá ser realizada preferencialmente com os chefes das seções responsáveis pelo material a ser trocado.

Fica expressamente proibida a retirada dos materiais de consumo, junto aos hospitais, por qualquer outra guarnição ou militar não pertencente à Companhia Independente de Emergência Médica CIEM.

É expressamente proibida a retirada de lençóis das viaturas de atendimento pré-hospitalar para outra utilização que não seja o atendimento pré-hospitalar.

Quando o chefe da guarnição for hierarquicamente subordinado ao militar que, mesmo após ser advertido, retirar qualquer material para uso individual, este deverá comunicar imediatamente o fato ao Oficial de Dia ou Dia e Prontidão da unidade onde estiver de serviço e à CIEM através de Parte.

Quando forem encontrados lençóis pertencentes às viaturas nas dependências dos quartéis, tais como: alojamentos, banheiros, corredores, seções de expedientes e armários de uso pessoal, esse material deverá ser recolhido pelo técnico ou socorrista e o fato comunicado à autoridade competente através de Parte para apuração do fato.



# Capítulo



Ações e princípios básicos



### **3.1 Funções do Coordenador Médico no Centro Integrado de Atendimento e Despacho**

Assumir o serviço com antecedência de 15 minutos para o início do plantão.

Receber o plantão com conhecimento das ocorrências em curso e das condições gerais do serviço:

- intercorrências;
- número e condições das viaturas;
- condições de equipamentos de socorro;
- materiais e medicamentos.

Realizar a triagem das ocorrências solicitadas ao CBMDF, autorizando o acionamento da viatura mais adequada ao atendimento, de acordo com este Protocolo.

Orientar via rádio as operações de socorro, supervisionando e determinando as prioridades durante o atendimento, assim como a oferta de medicamentos às vítimas.

Analisar e coordenar o trabalho dos socorristas.

Definir o hospital de destino da vítima.

Deslocar-se para o local do evento para participar do atendimento pré-hospitalar, nos casos em que achar necessário, após substituição.

Preencher, ao assumir o plantão e ao término do mesmo, o livro de ocorrências com todas as alterações relativas ao seu serviço.

Solicitar contato com o hospital e informar sobre remoção de pacientes graves, tempo de chegada e condições clínicas das mesmas.

Obedecer ao Código de Ética Médica.

Julgar e decidir sobre a gravidade do estado de uma vítima, que lhe está sendo comunicada via rádio ou telefone.

Orientar, através do exercício de telemedicina, os técnicos e socorristas nas diversas ocorrências em que julgar necessário.

Primar pelo sigilo médico, ainda que o serviço seja efetuado via radiotelefonia.

Coordenar o conjunto de atenção médica de emergência nos grandes desastres.

Autorizar por radiotelefonia procedimentos ou medicações que julgar necessários.

Relatar e assinar, na ficha de regulação médica, as autorizações que fizer aos técnicos e socorristas via rádio ou telefone.

## **3.2 Ações delegadas aos socorristas e técnicos em emergência**

### **a) Ações delegadas aos socorristas**

Garantir a proteção individual da guarnição e dos pacientes, no local do atendimento.

Avaliar a cena do acidente com identificação do mecanismo do trauma.

Realizar manobras de desencarceração manual e com equipamentos específicos.

Passar via rádio ao Coordenador Médico do Centro Integrado de Atendimento e Despacho CIADE a correta descrição das condições da vítima e do evento.

Manter pérvias as vias aéreas, com manobras manuais ou com a utilização de equipamentos disponíveis.

Imobilizar e remover pacientes com proteção da coluna cervical, utilizando materiais e equipamentos adequados.

Administrar oxigênio.

Realizar ventilação artificial, utilizando equipamentos disponíveis no veículo de emergência (cânulas, máscaras, ambu, cilindros de oxigênio).

Realizar circulação artificial pela compressões torácicas externa.

Aspirar secreções.

Controlar sangramento externo por pressão direta, elevação do membro e ponto de pressão, curativos compressivos e outras técnicas necessárias.

Prevenir o estado de choque.

Proceder à imobilização de coluna cervical, torácica, lombar e dos membros fraturados.

Aplicar as técnicas para transporte de vítimas politraumatizadas.

Avaliar e verificar os sinais vitais.

Realizar avaliação dirigida e avaliação física detalhada.

Situar o estado do paciente na escala de coma de Glasgow.

Observar sinais diagnósticos: cor da pele, tamanho das

pupilas, reação das pupilas à luz, nível de consciência, habilidade de movimentação e reação à dor.

Identificar situações de gravidade em que a tentativa de estabilização do paciente no local deve ser evitada, em face da urgência da intervenção hospitalar (Ex.: ferida perfurante de tórax).

Dar assistência ao parto normal em período expulsivo.

Prestar os cuidados imediatos ao recém-nascido.

Aplicar curativos e bandagens, incluindo curativos no tórax (em três pontos), abdômen, em queimaduras, nos olhos e nas orelhas.

Utilizar instrumentos de monitoração não-invasiva (cardioversor automático, oxímetro de pulso, aspiradores, estetoscópio, esfigmomanômetro, *Continuous Flow Reviver CFR*).

Realizar abordagem inicial e oferecer atendimento aos pacientes especiais, com distúrbio mental, alcoolitras e suicidas.

Conhecer e saber operar todos os equipamentos e materiais pertencentes às viaturas de emergência, bem como os equipamentos de bioproteção individual.

Preencher o Registro de Atendimento Pré-Hospitalar adequadamente, completando todos os dados referentes ao caso.

#### **b) Ações delegadas aos técnicos em emergência**

Todas as competências e atributos listadas para os socorristas.

Proceder à administração de medicamentos via parenteral, oral e por inalação sob orientação médica.

### **3.3 Procedimentos gerais para atendimento pré-hospitalar**

Em caso de recusa ao atendimento pré-hospitalar do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal, solicite assinatura do paciente e de testemunhas no Termo de Recusa.

Não deixe os materiais descartáveis utilizados no atendimento ao paciente no local da ocorrência, recolha-os e acondicione-os em sacos plásticos para despejá-los no hospital.

Ao ser acionado para uma ocorrência, confirme: endereço, tipo de ocorrência, número de pacientes, se há outro socorro se deslocando.

Chegando ao local da ocorrência, pare a viatura em local seguro e se não houver contra indicação, mantenha os sinais luminosos ligados.

Nos acidentes, sinalize e controle o trânsito para prevenir acidentes secundários.

Faça um breve reconhecimento e certifique-se do número de pacientes, se estão presas em ferragens ou escombros e se vai precisar de reforço para o transporte e resgate.

Em caso de perigo iminente, elimine a causa ou afaste o perigo.

Isole o local, afaste os curiosos e solicite auxílio da polícia para controle do trânsito.

Havendo pacientes acima do número de viaturas, faça uma triagem.

Proceda avaliação da cena, avaliação inicial e avaliação dirigida.

Se o paciente não estiver necessitando de cuidados imediatos, proceda a avaliação dirigida e detalhada. Caso contrário, transporte-a imediatamente ao hospital.

Durante o transporte, verifique e mantenha os sinais vitais, através da avaliação continuada e monitorização.

Oriente o motorista quanto à velocidade, manobras e curvas bruscas.

Na medida do possível, todo paciente deve ser transportada com acompanhante.

Os objetos de valor dos pacientes devem ser relacionados e entregues a autoridade responsável, familiares ou ser levados para o hospital e entregues à equipe médica.

O auxílio de médicos externo no socorro deve ser aceito, desde que não venha de encontro a este protocolo e que o médico seja identificado. Anote a atuação do mesmo no Registro de Atendimento Pré-Hospitalar, seu nome, CRM e telefone.

Caso tenha que dar entrevistas a imprensa, restrinja-se às informações técnicas do socorro efetuado. A responsabilidade pela entrevista é do comandante do socorro.

O registro de atendimento pré-hospitalar deve ser preenchido nos eventos em que a guarnição for acionada, independente de atuar ou não.

### 3.4 Triagem

Neste item a triagem não é voltada para grandes desastres, mas sim, para todas as ocorrências em que o número de pacientes seja maior que o número de viaturas de emergência imediatamente disponíveis para o socorro.

A triagem é de responsabilidade do técnico ou socorrista mais antigo presente na ocorrência.

**Prioridade I** - casos em que são necessários tratamento e transporte **imediatos**:

Insuficiência ou parada respiratória.

Insuficiência ou parada cardíaca.

Estado de choque ou Hemorragia grave não controlada

Traumatismo crânio-encefálico grave.

Feridas abertas do tórax ou abdômen.

Intoxicação por monóxido de carbono (fumaça) ou gases químicos.

Envenenamento (com vítima apresentando sinais vitais instáveis).

Queimaduras:

- por eletricidade;

- químicas;

- das vias respiratórias e olhos;

- de 2º e 3º graus na face, mãos, pés e genitálias;

- de 2º e 3º graus com mais de 20% de superfície corporal queimada.

**Prioridade II** - casos em que o tratamento e transporte podem ser **retardados**:

Fraturas múltiplas ou importantes, porém paciente estável.

Lesões de dorso, com ou sem comprometimento medular.

Envenenamento (paciente apresentando sinais vitais estáveis).

Perda moderada de sangue, com sinais vitais estáveis, hemorragia controlada e nenhum sinal ou sintoma de choque.

Queimaduras de 2º ou 3º grau com menos de 20% de superfície corporal queimada.

**Prioridade III** - casos em que o tratamento e transporte podem ser realizados **por último**:

Ferimento leve.

Pequena fratura.

Queimadura leve.

Feridas obviamente mortais onde a morte parece certa.

**Prioridade IV** - caso que **não requer** transporte ou tratamento:  
Óbito comprovado no local da ocorrência.

### 3.5 Avaliação inicial

#### a) Considerações iniciais

É a avaliação de todas as condições clínicas que impliquem risco iminente de vida.

Não deve exceder 2 (dois) minutos e, de preferência, deve ser realizado sem alterar a posição em que o paciente se encontra.

Um socorrista deve posicionar-se à altura do ombro e outro atrás da cabeça do paciente (caso esteja deitada).

Antes de executar qualquer abordagem ou manobra com o paciente, o socorrista deve identificar-se verbalmente, mesmo que este paciente pareça inconsciente.

#### b) Seqüência do exame

Forme uma impressão geral do paciente

Permeabilidade de vias aéreas e estabilização da coluna cervical.

Respiração e ventilação.

Circulação e controle da hemorragia.

Avaliação neurológica sumária(AVDN).

Exposição do paciente.

#### c) Procedimentos

##### **Permeabilidade de vias aéreas superiores e estabilização de coluna cervical**

estimular o paciente a falar, o que significa que as vias aéreas apresentam-se desobstruídas;

se o paciente estiver deitado e inconsciente, posicione-a alinhada e em decúbito dorsal com técnica de rolamento;

suspeite de lesão cervical em todos os pacientes de trauma ou inconscientes, até que se prove o contrário. Portanto, mantenha a cabeça em posição neutra com estabilização manual e procure o mais rápido possível, instalar o colar cervical;

Faça a abertura de vias aéreas através da elevação da

mandíbula e tração do mento;  
retire manualmente corpos estranhos se for possível visualizá-los e aspire sangue e secreções com aspirador de ponta rígida, caso necessário;  
use cânula orofaríngea (Guedel) se houver dificuldade para manter vias aéreas pérvuas;  
na impossibilidade de manutenção da permeabilidade das vias aéreas por outras técnicas, e havendo médico habilitado no local, este poderá proporcionar via aérea definitiva, através de intubação oro ou nasotraqueal, ou via aérea cirúrgica pela cricotireodostomia.

### **Respiração e ventilação**

posicione a sua face (pavilhão auricular) próxima às narinas do paciente, procurando:

- ver a expansão do tórax pelo movimento inspiratório;
- ouvir o movimento do ar pelo nariz e boca;
- sentir o ar saindo na expiração;

descubra o tórax do paciente, inspecionando-o à procura de ferimentos aspirativos (pneumotórax aberto), caso positivo, faça um curativo de três pontos;

em paciente politraumatizado, inicie oxigenação suplementar, através de catéter nasal com 12 (doze) litros/min, com máscara, ambu ou CFR;

instale oxímetro de pulso (nível de saturação ideal de 95%);

comunique ao Coordenador Médico a suspeita de pneumotórax hipertensivo, pneumotórax aberto, hemotórax maciço e tórax instável, que são situações com risco imediato de vida.

### **Circulação e controle de hemorragia**

caracterize presença de hemorragia/choque (frequência cardíaca elevada, sudorese, cianose de extremidade);

procure hemorragias externas importantes e tome medidas para o seu controle;

## Ações e princípios básicos

quando indicado pelo Coordenador Médico, inicie 2 (dois) acessos venosos calibrosos (jelco 14 ou 16), com infusão de Ringer lactato ou soro fisiológico 2.000 ml em 10 (dez) minutos para adulto ou 20 ml/kg em caso de criança;

em caso de parada cardíaco-respiratória, inicie ressuscitação;

mantenha monitorização cardíaca contínua.

### **Avaliação neurológica sumária**

A avaliação da disfunção neurológica envolve rápida avaliação das funções neurológicas críticas.

Escala de resposta **AVDN**:

**A** Alerta - paciente acordado, consciente e orientado no tempo e no espaço;

**V** Resposta Verbal - estimule verbalmente o paciente. Havendo resposta, está indicada a circulação sanguínea cerebral, vias aéreas abertas e presença de respiração;

**D** Resposta à Dor aplique o estímulo doloroso no tronco acima da linha do mamilo ou no pescoço, esfregue o esterno com os nós dos dedos ou belisque o trapézio do paciente e verifique se o paciente agarra sua mão ou localiza o estímulo doloroso;

**N** Não responde - não responde aos estímulos, inconsciente.

manter boa oxigenação, ventilação e perfusão (infusão venosa, de acordo com orientação do Coordenador Médico), para evitar lesão secundária.

### **Exposição do paciente e aquecimento**

descubra o paciente, preservando sua integridade, para observar a presença de lesões graves (traumatismos penetrantes e outros);

aqueça o paciente, evitando a hipotermia.

### 3.6 Avaliação dirigida

É a avaliação mais detalhada do paciente.

Deve ser realizado sempre que não houver risco iminente de vida, após a avaliação e reavaliação inicial.

Deve ser feito da cabeça aos pés, sem que nenhuma lesão passe despercebida.

Seqüência da Avaliação:

#### Entrevista

identifique-se e posicione-se o mais próximo do paciente para que ela o veja;

diga o que será feito e por que;

procure saber sobre os sintomas e identifique sua queixa principal;

procure, também, saber da história atual:

**A** - Alergia

**M** - Medicamentos em uso

**P** - Passado médico

**L** - Líquidos ingeridos

**E** - Evento atual

#### Sinais vitais

observe frequência e características da respiração;

determine a frequência e características do pulso;

verifique pressão arterial;

verifique os sinais de perfusão (enchimento capilar, temperatura relativa, cor, nível de consciência e débito urinário).

#### Exame físico (limitado a uma lesão ou problema médico ou completo da cabeça aos pés)

##### Cabeça

inspecione e palpe o couro cabeludo, à procura de lesões penetrantes, hematomas e depressões;

inspecione e palpe a face;

verifique diâmetro, simetria e reação das pupilas à luz;

## *Ações e princípios básicos*

observe coloração das mucosas e drenagem de sangue ou líquido pelos ouvidos ou nariz;  
examine a cavidade oral, procurando lesões, sangramentos, próteses e corpos estranhos;  
reavalie o nível de consciência.

### **Pescoço e coluna cervical**

observe lesões penetrantes, hemorragias externas, alterações de volume e jugulares externas;  
durante a palpação compare os pulsos carotídeos e verifique a presença de enfisema subcutâneo, centralização e integridade da traquéia e coluna cervical.

### **Tórax**

procure feridas penetrantes, lesões contusas, deformidades e movimentos;  
palpe as clavículas e arcabouço costal, verificando a presença de enfisema subcutâneo, fraturas e áreas instáveis na parede torácica.

### **Abdômen**

verifique a presença de feridas penetrantes, equimoses e evisceração.

### **Pelve**

faça compressão bilateral da cintura pélvica, anteriormente e lateralmente, para constatação de dor e instabilidade.

### **Região genital**

observe, sem expor o paciente, lesões externas, uretrorragia, metrorragia e priapismo (sugere lesão medular).

### **Músculo esquelético**

Observe deformidades, lesões com exposição óssea e hemorragias;

palpe as superfícies ósseas, procurando fraturas;  
verifique perfusão capilar das extremidades superiores e inferiores;  
verifique motricidade e sensibilidade.

### Dorso

examine-o durante a manobra de rolamento.

### Exame neurológico

reavaliar pupilas, em tamanho, simetria e reação à luz;  
reavaliar nível de consciência;  
avaliar membros superiores e inferiores para funções sensitivas e motoras;  
determinar o escore do paciente na Escala de Coma de Glasgow (Tabela 1).

Tabela 1

ESCALA COMA DE GLASGOW		
Abertura ocular	Melhor resposta verbal	Melhor resposta motora
4 Espontânea	5 Orientado	6 Obedece a comandos verbais
3 Comando Verbal	4 Confuso	5 Localiza a dor
2 Estímulo a dor	3 Palavras inapropriadas	4 Flexão normal
1 Nenhum	2 Sons incompreensíveis	3 Flexão anormal (decorticação)
	1 Nenhum	2 Extensão anormal (descerebração)
		1 Nenhuma

Total de Score Glasgow (3 a 15): \_\_\_\_\_ Horário: \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ h

Interpretação: ESCORE

14-15: Disfunção leve

11-13: Disfunção moderada

<10 Disfunção grave

### 3.7 Proteção individual/doenças infecto-contagiosas

Os cuidados de proteção individual devem iniciar-se desde o acionamento da viatura até a conclusão do atendimento ao paciente.

O uso de máscara, luva e óculos de proteção individual será obrigatório nos casos em que possa haver contato com fluidos orgânicos do paciente. Deve-se ter cuidado com o manuseio de material pérfuro-cortante, devendo o mesmo ser acondicionado em recipiente adequado.

Doenças infecto-contagiosas/Mecanismo de Transmissão:

AIDS	Produtos do sangue/sexual
Hepatite A	fecal/oral
Hepatite B	sangue/sexual
Hepatite C	sangue
Hepatite D	sexual/sangue
Hepatite E	fecal/oral
Herpes	contato com a pele
Meningite	secreção nasal
Tuberculose	secreção nasal
Gripe	espirro e tosse
Pneumonia Atípica	espirro, tosse

O técnico ou socorrista deverá estar consciente da possibilidade de transmissão de doenças infecto-contagiosas, como a AIDS e a meningite, que podem ser transmitidas pelo contato com fluidos orgânicos e secreções. Nas duas situações citadas, a quimioprofilaxia é indicada para prevenir a evolução da doença. Em caso de suspeita de contaminação com vírus da AIDS, o tratamento deve ser iniciado no período de 1 (uma) a 2 (duas) horas após a exposição ao vírus, tendo duração de 4 (quatro) semanas. No caso da meningite, quando o agente causador for o Meningococcus ou Hemophilus, a quimioterapia deverá ser iniciada até 24 (vinte e quatro) horas após a exposição. As medicações encontram-se nas Regionais de Saúde em período integral.

Em caso de exposição ocupacional com material potencialmente contaminado, o técnico ou socorrista deverá procurar a emergência de qualquer hospital da rede pública e informar o fato ao médico plantonista para iniciar a quimioprofilaxia. O fato deverá ser, ainda, informado através de parte circunstanciada do ocorrido para a CIEM e através de parte de acidente em serviço, para as devidas providências. O militar será encaminhado à Policlínica do CBMDF, posteriormente.

Todos os militares devem manter seus cartões de vacina atualizados anualmente ou no período que a vacina exige.

As vacinas de caráter obrigatório são:

**Hepatite tipo “B”;**

**Febre amarela;**

**Anti-tetânica;**

**Rubéola (para o corpo feminino)**

### **3.8 Transporte aeromédico**

A aproximação da equipe deve ser feita pela frente do helicóptero, no campo visual do piloto (todos agachados) e sem cobertura.

O paciente deve ser tratado de acordo com o caso e protocolo específico antes do embarque.

Verifique todos os equipamentos antes do embarque do paciente.

O paciente consciente deve ser esclarecida quanto ao transporte.

Pacientes agitadas devem ser contidas e, caso necessário, imobilizados, pois o piloto e o painel de controle podem ser atingidos.

Os pacientes de trauma devem estar adequadamente imobilizados.

Para as fraturas de membros, evite a utilização de talas infláveis.

Procedimentos invasivos, por orientação do Coordenador Médico, devem ser executados antes do embarque.

Retire roupas molhadas e utilize cobertores para prevenir hipotermia durante o transporte.

Os materiais para ventilação mecânica, aspiração e oxigenoterapia devem estar à mão.

Medicações devem ser infundidas durante o transporte, preferencialmente através de bomba de infusão, sob orientação do Coordenador Médico.

Antes da decolagem, verifique se o paciente está confortável e bem fixado à maca.

Todos os equipamentos devem estar bem fixados.

Durante o vôo, proteja os ouvidos do paciente. Estando consciente utilize fone de ouvido para se comunicar.

Disponha de cobertores para aquecimento e sacos plásticos para vômito.

Lembre ao piloto para fazer contato com o CIADE, para que o paciente seja aguardada no hospital.

**Observações:**

Pacientes que apresentarem, durante o transporte, dor torácica, dor intensa nas articulações, dispnéia, tosse seca, hipóxia, cianose, convulsões, distúrbios visuais, paralisias, que necessitem de oxigenoterapia suplementar deve ser informado ao piloto para que a altitude do voo seja diminuída.

É contra-indicada a remoção inter-hospitalar de pacientes em quadro instável. Em caso de extrema necessidade, a remoção deverá ser acompanhada por médico.



# Capítulo IV

Procedimentos nas  
diversas ocorrências



## **4.1 Atendimento inicial ao politraumatizado**

### **a) Dimensionamento da cena que inclui:**

- A verificação das condições de segurança pessoal, do paciente e de terceiros;
- a adoção de medidas de proteção pessoal com precauções universais;
- a observação dos mecanismos de trauma ou a natureza da doença;
- a verificação do número total de pacientes;
- a determinação da necessidade de recursos adicionais.

### **b) Realize avaliação inicial**

#### **Vias aéreas e controle da coluna cervical**

- afaste obstrução das vias aéreas: veja, ouça e sinta a respiração;
- libere vias aéreas superiores de corpos estranhos e identifique fraturas faciais;
- mantenha vias aéreas pérvias: elevação da mandíbula, tração do mento, uso da cânula de Guedel e aspiração de secreções;
- mantenha a coluna cervical sempre estável, manualmente, até a colocação do colar cervical;

#### **Atenção:**

- a frequência respiratória aumentada pode indicar falta de ar;
- todo paciente politraumatizado é suspeito de lesão de coluna cervical.

#### **Respiração e ventilação**

- ofereça oxigênio ao paciente (12 litros/min);
- exponha o tórax do paciente a procura de lesões evidentes;
- observe os movimentos respiratórios: tipo, ritmo, amplitude, frequência, simetria e esforço respiratório;
- na evidência de pneumotórax aberto faça curativo de três pontos.

### **Circulação e controle de hemorragia**

observe:

- o nível de consciência (perfusão cerebral);
- cor da pele (palidez e cianose);
- pulso carotídeo ou femural;

identifique e controle hemorragias externas através de:

- compressão direta;
- curativo compressivo;
- elevação das extremidades;
- imobilização de fraturas.

realize punção venosa conforme orientação do Coordenador Médico.

### **Avaliação neurológica**

observe o nível de consciência, tamanho das pupilas e fotorreação das mesmas;

observe:

**A** Alerta - paciente acordado, consciente e orientado no tempo e no espaço;

**V** Resposta Verbal - estimule verbalmente o paciente. Havendo resposta, está indicada a circulação sanguínea cerebral, vias aéreas abertas e presença de respiração;

**D** Resposta à Dor aplique o estímulo doloroso no tronco acima da linha do mamilo ou no pescoço, esfregue o esterno com os nós dos dedos ou belisque o trapézio do paciente e verifique se o paciente agarra sua mão ou localiza o estímulo doloroso;

**N** Não responde - não responde aos estímulos, inconsciente.

### **Exposição do paciente e controle da hipotermia**

respeite o pudor do paciente ao expô-la;

evite hipotermia cobrindo o paciente com cobertores.

#### **c) Realize reavaliação contínua, verificando**

Vias aéreas: mantê-las e protegê-las.

Cuidados com a coluna cervical.

Respiração, ventilação, oxigenação: ofertar sempre oxigênio e cuidado com pneumotórax hipertensivo.

Choque: realize infusão venosa e observe resposta do paciente (elevação da PA, melhora do nível de consciência e melhora da perfusão).

Monitorização: ECG, oxímetro de pulso e PA até a chegada ao hospital.

**d) Realize avaliação dirigida e avaliação física datalhada**

Inicie-o após a avaliação inicial e a reavaliação do paciente.

Verifique:

**A** - história de alergias;

**M** - uso de medicamentos;

**P** - passado médico;

**L** - líquidos e alimentos ingeridos;

**E** - ambiente e eventos relacionados ao trauma;

Realize exame físico da cabeça aos pés, conforme protocolo para avaliação dirigida.

**Atenção!**

Estas fases do atendimento devem ser realizadas de forma rápida e objetiva. A prioridade é para avaliação inicial e sua reavaliação.

Sempre que necessário, contate o Coordenador Médico no CIADE.

Todo socorro deve ser realizado com o uso de material de proteção individual (luva, máscara, avental, colete de sinalização, etc.).

No acidente com motociclista, só retire o capacete na presença de dois socorristas e tendo o cuidado na estabilização da coluna cervical.

Paciente presa em ferragens, siga protocolo de atendimento, realizando avaliação inicial e dirigida.

## 4.2 Acidente por submersão

Dimensionamento da cena.

Traga o paciente à superfície e remova-o da água o mais rápido possível, tomando cuidado com a coluna cervical.

Realize avaliação inicial e dirigida.

Desobstrua vias aéreas e inicie oxigênio suplementar, sob máscara, com um fluxo de 12 litros/min. ou com CFR, usando oxigênio a 100%.

Havendo ausência de pulso, inicie as técnicas de reanimação nos pacientes submersos por menos de 60 minutos.

Tranqüilize e repouse o afogado.

Mantenha o paciente aquecido e previna o choque.

Transporte o paciente para o hospital mais próximo, em posição semi-sentada se estiver consciente, ou em decúbito lateral, se inconsciente.

Informe ao médico se o afogamento se deu em água doce (mais danosa) ou salgada, e o histórico do afogado, assim como a temperatura da água.

Quando necessário e possível, inicie reposição com Ringer lactato em veia periférica, conforme orientação do Coordenador Médico.

Evite manobra de Heimlich para esvaziamento do estômago, pois pode aumentar o risco de broncoaspiração. Assim, a compressão abdominal subdiafragmática deve ser empregada apenas se o paciente não responder adequadamente à respiração assistida ou se o Socorrista suspeitar de obstrução por corpo estranho.

### 4.3 Emergências ortopédicas

a) **Dimensionamento da tala**

b) **Realize avaliação inicial**

c) **Realize avaliação dirigida e avaliação física detalhada**

Faça exame físico da cabeça aos pés.

Fraturas em membros: pesquise função neurológica e vascular distal a lesão.

Imobilize a fratura antes da remoção, a menos que a vida do paciente esteja em perigo iminente. A imobilização correta reduz a dor, o sangramento e as lesões de partes moles (pele, músculos, nervos e vasos).

Colocação da tala: deve incluir as articulações acima e abaixo do osso fraturado ou da luxação. Se existir uma deformidade que atrapalhe a imobilização, realize uma tração suave no sentido longitudinal do membro afetado que deve ser mantida até o término da imobilização.

Após a imobilização, tenha cuidado com o pulso, enchimento capilar, sensibilidade e função motora distal ao trauma.

d) **Procedimentos por região**

**Ombro** - imobilize com tipóia ao redor do ombro, fixando-o contra o tórax.

**Úmero** - a fratura deste osso está frequentemente acompanhada de deformidade devido a contratura muscular. Realize uma leve tração longitudinal através do cotovelo enquanto se faz a tala. Todo o membro comprometido e a tala são incorporados na tipóia e na faixa.

**Cotovelo** - imobilize-o na posição em que se encontra. Monitore a perfusão distal à lesão.

**Antebraço e mão** - a maioria dos traumas do antebraço podem ser estabilizados com tala braquial sem

manipulação ou tração. A mão deve ser imobilizada em posição funcional.

**Coluna** - imobilize a coluna cervical sempre que houver vítimas de traumas (isso deve ser realizado juntamente com a desobstrução das vias aéreas). Realize também a imobilização do restante da coluna com K. E. D. (Kendrick Extrication Device).

**Pélvis** - as fraturas de pelve são em sua maioria causadas por trauma violento. Podem causar choque hipovolêmico. Proceda à manipulação do paciente com cuidados adicionais.

**Quadril** - neste local é comum as fraturas e as luxações pós-traumáticas. Nos casos de luxação, todo o membro trava, devendo o mesmo ser imobilizado como está.

**Fêmur** - utilize o tracionador de fêmur. As lesões podem estar associadas às fraturas de pélvis e coluna. Não utilize o tracionador de fêmur em casos de fraturas múltiplas (tíbia e fíbula) e nos casos de fraturas abertas.

**Joelho** - nos casos de muita resistência ao realinhamento, imobilize-o como está, pois a manipulação trará riscos neurovasculares.

**Tíbia e fíbula** - imobilize-as sob tração com tala convencional ou tala inflável.

**Tornozelo e pé** - imobilize-os com tala rígida ou tala inflável.

## 4.4 Choque

### a) Sinais e sintomas de choque

Frequência cardíaca aumentada (maior que 100 bpm em adultos e 120 em criança).

Frequência respiratória aumentada (maior que 20 respirações por minuto).

Perfusão cutânea lenta ou inexistente (pele fria).

Estado mental: ansiedade/confusão.

Queda na PA sistólica.

Para o choque neurogênico: queda na PA, sem aumento da frequência e sem alteração cutânea (pele fria e sudoreica).

#### **Observação:**

Sinais precoces de choque - paciente frio, ansioso, agitado e com frequência cardíaca aumentada.

### b) Procedimentos

**No choque hemorrágico** - o choque hemorrágico é a causa mais comum de choque no trauma:

dimensionamento da cena;

realize avaliação inicial e dirigida;

mantenha as vias aéreas pérvias e a respiração com oxigênio a 12 litros/min;

controle a hemorragia externa;

mantenha acesso venoso em membros superiores, preferencialmente com jelco número 14 ou 16, de acordo com orientação do Coordenador Médico;

inicie infusão de Ringer lactato ou solução salina isotônica 2000ml em 10min. para adulto e 20ml/kg para criança, de acordo com orientação do Coordenador Médico;

aqueça o paciente;

imobilize as fraturas;

encaminhe-a rapidamente ao hospital.

**No choque cardiogênico** - contusão miocárdica, tamponamento cardíaco, embolia gasosa, infarto relacionado ao trauma:

- dimensionamento da cena;
- realize avaliação inicial e dirigida;
- tranqüilize o paciente;
- forneça oxigênio com um fluxo de 12 litros/min.;
- obtenha acesso venoso com hidratação moderada, conforme orientação do Coordenador Médico;
- transporte-a de imediato ao hospital.

**No choque neurogênico** - tipo especial de choque, onde ocorre dilatação dos vasos sanguíneos em todo o corpo:

- a abordagem é igual a do paciente com choque hemorrágico durante o atendimento pré-hospitalar.

**Observação:**

Lesão craniana isolada não causa choque.

## **4.5 Pneumotórax hipertensivo**

**a) Verdadeira emergência cirúrgica, onde o ar penetra no tórax fora do pulmão e não sai**

**b) Sinais e sintomas**

Enfisema subcutâneo.

Ausência de murmúrio vesicular.

Hipertimpanismo à percussão.

Desvio da traquéia com insuficiência respiratória aguda.

**c) Procedimentos**

Dimensionamento da cena.

Realize avaliação inicial e dirigida.

Realize imediata descompressão torácica com Jelco 14 ou 16 no 2º espaço intercostal do lado afetado, devendo o paciente ser encaminhado ao hospital mais próximo, conforme orientação do Coordenador Médico.

## 4.6 Traumatismo crânio-encefálico

### a) Procedimentos no TCE

#### **Dimensionamento da cena**

#### **Procedimentos na avaliação inicial**

Mantenha as vias aéreas pérvias: elevação mandibular, tração do mento e colocação de cânula de Guedel.

Oxigene/ventile o paciente com 12 litros/min.

Imobilize a coluna cervical.

Realize avaliação neurológica.

Resposta pupilar.

#### **Procedimentos na avaliação dirigida**

Obtenha a história: mecanismo do trauma, uso de álcool, drogas, etc.

Examine e palpe o crânio à procura de ferimentos, fraturas, perda de líquido, sangramento pelo nariz ou ouvido e hematomas atrás da orelha.

Inspecione todos os ferimentos do couro cabeludo, procurando tecido cerebral e afundamento de crânio.

Determine a Escala de Coma de Glasgow: abertura ocular, melhor resposta verbal, melhor resposta motora.

Determine a extensão da lesão (presença de déficit sensitivo em extremidades).

Faça reavaliação contínua do paciente.

Realize curativos oclusivos, não compressivos, prevenindo hemorragias e contaminação da lesão.

## b) Escala de Coma de Glasgow

ESCALA COMA DE GLASGOW		
Abertura ocular	Melhor resposta verbal	Melhor resposta motora
4 Espontânea	5 Orientado	6 Obedece a comandos verbais
3 Comando Verbal	4 Confuso	5 Localiza a dor
2 Estímulo a dor	3 Palavras inapropriadas	4 Flexão normal
1 Nenhum	2 Sons incompreensíveis	3 Flexão anormal (decorticação)
	1 Nenhum	2 Extensão anormal (descerebração)
		1 Nenhuma

**Total de Score Glasgow (3 a 15): \_\_\_\_\_ Horário: \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ h**

### Observações:

Paciente em coma com ECG < 8 (não abrem o olho, não obedecem a comandos verbais e não verbalizam).

Cuidado com paciente com alteração do nível de consciência e com:

- uso de álcool;
- uso de drogas em geral;
- pressão sistólica < 60 mm/Hg.

Cerca de 50% das mortes em trauma são devidas a TCE.

No TCE em crianças, o que mais mata são os ferimentos associados (falta de atenção a avaliação inicial) do que o próprio trauma crânio-encefálico.

O tratamento do TCE em crianças não se diferencia do TCE em adulto, devendo, contudo, ter maior atenção com hipovolemia, vômitos repetidos e convulsões.

## 4.7 Trauma raquimedular

### a) Sinais sugestivos de lesão medular em nível cervical

Arreflexia flácida.

Respiração diafragmática.

Mexe o antebraço, mas não estende.

Resposta a estímulos dolorosos acima da clavícula.

Hipotensão com bradicardia, sem hipovolemia.

Priapismo.

No traumatizado raquimedular, pode-se desenvolver um tipo especial de choque denominado choque neurogênico e medular, decorrente de perda do tônus vasomotor e perda da inervação simpática do coração, levando a hipovolemia relativa, hipotensão e bradicardia.

### b) Procedimentos

Dimensionamento da cena

Realize avaliação inicial e dirigida.

Imobilize totalmente o paciente em posição neutra, com colar cervical, prancha longa, faixas e cintos, antes e durante o transporte; evitando manipulações ou movimentos intempestivos para evitar lesões adicionais ou agravar o quadro do paciente. Utilize as técnicas de rolamento adequadas, para colocar o paciente na prancha longa.

Os pacientes que não cooperam, que estão agitadas ou violentas, podem apresentar condições associadas como: dor, hipóxia, hipotensão, uso de álcool, uso de drogas ou problemas psiquiátricos. Deve-se identificar a causa destes distúrbios, corrigindo-os, ou, então, usar sedativos ou tranquilizantes conforme orientação do Coordenador Médico para garantir a imobilização.

Mantenha as vias aéreas pérvias e ventilação com um fluxo de oxigênio de 12litros/min., principalmente nas lesões altas, que levam à parada da função respiratória.

Caso o paciente esteja de capacete, este deve ser retirado

## *Procedimentos nas diversas ocorrências*

com ação de dois ou mais socorristas, onde um estabiliza manualmente a cabeça e o pescoço do paciente, enquanto o outro retira o capacete. Este procedimento está contra-indicado se houver apenas um socorrista. Deve-se colocar o colar cervical após a retirada do capacete.

As crianças devem ser transportadas em pranchas apropriadas e, se disponível apenas prancha para adulto, devem ser colocados cobertores enrolados ao lado dos flancos da criança, assim como um coxim que se estende da coluna lombar até os ombros.

Trate o choque evitando infusão excessiva de líquido, de acordo com orientação do Coordenador Médico, para evitar lesões secundárias na medula por hipóxia ou hipovolemia.

## 4.8 Ferimentos

### a) Ferimento ocular

#### Por corpo estranho

Dimensionamento da cena.

Realize avaliação inicial e dirigida.

Obtenha a história detalhada da lesão.

Retire o corpo estranho somente da conjuntiva ou esclerótica do olho.

Não retire corpos estranhos transfixados (imobilize-os com atadura, copo ou cone).

Não tente recolocar o globo ocular protuso no lugar.

Aplique atadura oclusiva em ambos os olhos, sem exercer pressão.

Mantenha o paciente em repouso.

Transporte-a ao hospital, de preferência que tenha oftalmologista.

### b) Ferimento na cabeça

Dimensionamento da cena.

Realize avaliação inicial e dirigida.

Exponha e limpe a ferida.

Proteja a ferida.

Faça curativo oclusivo se observar fragmentos de ossos, afundamento de crânio ou exposição de tecido cerebral e presença de líquido na cavidade nasal ou auricular.

Faça curativo compressivo, se o ferimento não se enquadra nos casos do item d.

Mantenha o paciente em repouso.

Transporte-a ao hospital.

### c) Amputação

Dimensionamento da cena.

Realize avaliação inicial e dirigida.

Contenha a hemorragia com volumoso curativo estéril compressivo.

Acondicione o seguimento amputado em recipiente adequado, envolvido com compressa estéril umedecida com soro fisiológico ou Ringer lactato e dentro de uma bolsa plástica com gelo, de forma que o gelo não esteja em contato direto com o seguimento amputado.

Previna o estado de choque através de infusão venosa, conforme orientação do Coordenador Médico.

Mantenha o paciente em repouso.

Transporte-a ao hospital

**d) Evisceração**

Dimensionamento da cena

Realize avaliação inicial e dirigida.

Não coloque as vísceras no interior do abdômen.

Proteja as vísceras expostas com compressas esterilizadas embebidas em soro fisiológico.

Previna o estado de choque, através de infusão venosa, conforme orientação do Coordenador Médico.

Transporte o paciente ao hospital em decúbito dorsal.

**e) Objetos encravados**

Dimensionamento da cena

Realize avaliação inicial e dirigida.

Não tente retirar o objeto.

Estabilize e proteja o objeto.

Limpe o ferimento e fixe-o com gazes e ataduras, sem apertar.

Previna estado de choque com infusão venosa, conforme orientação do Coordenador Médico.

Transporte imediatamente para o hospital.

**f) Ferimento por arma de fogo e arma branca**

Dimensionamento da cena

Realize avaliação inicial.

Realize avaliação dirigida para os casos não-graves.

Contenha a hemorragia, utilizando curativos compressivos.

Previna o estado de choque, através de infusão venosa, de acordo com a orientação do Coordenador Médico.

Obtenha a história, tempo decorrido do acidente, tipo de agente agressor, distância entre agressor e vítima, número de agressões por arma branca ou de fogo e perda de sangue na cena do acidente.

Administre oxigênio com um fluxo de 12 litros/min.

Caso o paciente apresente objeto encravado, não o retire. Siga o protocolo para “objetos encravados”.

Apresentando evisceração, siga protocolo específico para o caso.

Realize monitorização do paciente através de monitor cardíaco, oxímetro de pulso, verificação de PA e frequência respiratória até a chegada ao hospital.

Transporte o paciente de imediato para o hospital.

**g) Ferimento aberto no tórax**

Dimensionamento da cena

Realize avaliação inicial e dirigida.

Verifique a existência de pneumotórax aberto (ar no espaço pleural).

Aplique curativo de três pontos.

Administre oxigênio com um fluxo de 12 litros/min.

Transporte o paciente imediatamente para o hospital, deitado sobre o lado comprometido.

## **4.9 Lesão por queimadura e frio**

### **a) Queimaduras térmicas**

Dimensionamento da cena

Elimine a causa da queimadura, removendo as vestes que não estejam aderidas à pele.

Realize avaliação inicial.

Realize avaliação dirigida e esteja atento para traumas associados.

Trate o trauma e, logo após, trate a queimadura.

Determine a profundidade e o percentual de área queimada, utilizando a regra dos nove.

Lave a área queimada com água corrente limpa, ou soro.

Cubra as regiões queimadas com compressas esterilizadas, plásticos esterilizados ou cobertor aluminizado.

Retire pulseiras, anéis e relógio imediatamente, devido a prováveis edemas.

Se o paciente sentir sede, deve ser-lhe dada água para beber.

Previna o estado de choque, através de infusão venosa, de acordo com orientação do Coordenador Médico.

Observe atentamente as condições respiratórias do paciente durante o trajeto, oferecendo oxigênio a 12 litros/min.

Transporte para o hospital, em posição semi-sentada, se possível.

### **b) Queimaduras no olho**

#### **Térmicas**

Dimensionamento da cena

Realize avaliação inicial e dirigida.

Cubra os olhos do paciente com compressa de gaze umedecida com soro fisiológico.

Transporte ao hospital, preferencialmente que possua oftalmologista.

### **Químicas**

Dimensionamento da cena  
Realize avaliação inicial e dirigida.  
Identifique o agente agressor.  
Lave abundantemente com água ou soro fisiológico, até a chegada ao hospital.  
Transporte hospital, preferencialmente que possua oftalmologista.

#### **c) Queimaduras químicas**

Dimensionamento da cena  
Realize avaliação inicial e dirigida.  
Retire as roupas impregnadas com agentes químicos, removendo também o produto.  
Lave a área afetada usando água corrente limpa ou soro fisiológico até a chegada ao hospital.  
Queimadura com cal ou pó seco: primeiro o agente químico deve ser removido, para, depois, o local ser lavado.  
Transporte o paciente ao hospital.

#### **d) Queimaduras por choque elétrico**

Dimensionamento da cena  
Desligue a energia ou afaste o paciente, com segurança, da fonte, antes de iniciar o atendimento.  
Realize avaliação inicial e dirigida.  
Verifique sinais vitais e inicie imediatamente as manobras de reanimação cardiopulmonar quando necessário.  
Administre oxigênio com 12 litros/min.  
Previna o estado de choque com infusão venosa, de acordo com orientação do Coordenador Médico.  
Em caso de outras lesões associadas à queimadura, proceda de acordo com a prioridade.  
Transporte para o hospital.

**e) Insolação e intermação**

Dimensionamento da cena

Realize avaliação inicial e dirigida.

Mantenha o paciente em repouso.

Dê água, em pequenos goles, se o paciente estiver consciente.

Previna o estado de choque com infusão venosa, de acordo com orientação do Coordenador Médico.

Aplique compressas úmidas nas regiões afetadas.

Remova o paciente para lugar fresco e arejado.

Coloque o paciente deitada com a cabeça um pouco elevada.

A abordagem do paciente de insolação e intermação deve ser de modo progressivo e lento, evitando-se o choque térmico.

Transporte ao hospital.

**f) Lesões por frio**

Dimensionamento da cena

Realize avaliação inicial e dirigida, iniciando, de imediato, a reanimação do paciente, se necessário.

Não suspeite de óbito até que o paciente seja reaquecida.

Remova o paciente do ambiente frio e troque a roupa úmida por cobertores quentes.

Administre oxigênio com fluxo de 12 litros/min.

Quando possível, ofereça líquidos quentes por via oral, ou havendo impossibilidade deste, por via parenteral, conforme orientação do Coordenador Médico.

Transporte-o ao hospital.

## 4.10 Insuficiência respiratória aguda

### a) Doenças ou condições que podem estar associadas com a IRA e que poderão ser identificadas em uma emergência

#### **Doenças neuromusculares, neurológicas ou musculares**

depressão ou lesão do centro respiratório: drogas (narcóticos, barbitúricos, anestésicos);

doenças neuromusculares: poliomielite, tétano, traumatismos cerebrais ou da medula.

#### **Anormalidades mecânicas do tórax ou do pulmão**

obstrução das vias aéreas: enfizema, bronquite, asma, obstrução das vias aéreas superiores;

limitação da expansão pulmonar, derrame pleural, pneumotórax;

limitação da expansão da parede torácica: cirurgia torácica, traumatismo de esterno, fraturas de costelas.

#### **Distribuição anormal da ventilação em relação ao fluxo sanguíneo pulmonar**

pneumonias;

síndrome da insuficiência respiratória pós-traumática.

#### **Circulação pulmonar anormal**

embolia pulmonar.

#### **Corpos estranhos**

engasgos devido a corpos estranhos.

### b) Procedimentos

Dimensionamento da cena

Realize avaliação inicial e dirigida.

Faça uma avaliação inicial do paciente, identificando a causa da insuficiência respiratória.

Administre oxigênio com fluxo de 12 litros/min.

Verifique se existem peças de roupa que possam estar dificultando a respiração.

Elimine a obstrução das vias aéreas superiores: OVACE

**Adulto ( 8 anos ou mais )**

1 -Perguntar: “Você está engasgando? Consegue falar?

2 -Aplicar compressões abdominais forçadas e rápidas/ manobra de Heimlich ou compressões torácicas rápidas nas pacientes grávidas ou obesas.

3 -Repetir as compressões até serem efetivas ou até o paciente tornar-se inconsciente.

**O paciente torna-se inconsciente:**

4 -Ativar o SME

5 -Fazer tração da língua e da mandíbula e, depois, uma varredura digital para retirar o corpo estranho.

6 -Abrir as vias aéreas e tentar ventilar: se continuarem obstruídas, reposicionar a cabeça e tentar ventilar novamente.

7 -Aplicar até 5 compressões abdominais rápidas.

8 -Repetir os passos de 5 a 7 até serem efetivos.

**Crianças de 1 a 8 anos**

1 -Perguntar: Você está engasgando? Consegue falar?

2 -Aplicar compressões abdominais forçadas e rápidas/manobra de Heimlich.

3 -Repetir as compressões até serem efetivas ou até o paciente tornar-se inconsciente.

**O paciente torna-se inconsciente:**

4 - Se há um segundo socorrista, pedir-lhe para ativar o SME

5 - Fazer tração da língua e da mandíbula e, se enxergar o objeto, removê-lo.

6 -Abrir as vias aéreas e tentar ventilar: se continuarem obstruídas,

7 - Aplicar até 5 compressões abdominais rápidas.

8 - Repetir os passos de 5 a 7 até serem efetivos.

9 - Se a obstrução não cede após 1 minuto, ativar o SME.

**Lactente (Menor de 1 ano)**

1- Confirmar a obstrução das vias aéreas. Verificar se há dificuldade grave de respiração, tosse ineficaz ou choro débil.

2- Dar até 5 tapas nas costas e aplicar 5 compressões torácicas rápidas.

3- Repetir o passo 2 até se efetivo ou até o paciente tornar-se inconsciente.

**O paciente torna-se inconsciente**

4 - Se há um segundo socorrista, pedir-lhe para ativar o SME.

5-Fazer tração da língua e da mandíbula e, se enxergar o objeto, removê-lo.

6-Abrir as vias aéreas e tentar ventilar: se continuar obstruídas, reposicionar a cabeça e tentar ventilar novamente.

7- Dar até 5 tapas nas costas e aplicar 5 compressões torácicas rápidas.

8 - Repetir os passos de 5 a 7 até serem efetivos.

9 - Se a obstrução não cede após 1 minuto, ativar o SME.

#### **4.11 Acidente com animais peçonhentos**

Dimensionamento da cena.

Deite o paciente o mais rápido possível.

Realize avaliação inicial e dirigida.

Não deixe o paciente caminhar, ficar ofegante ou fazer qualquer esforço, pois o estímulo da circulação sanguínea difunde o veneno pelo corpo.

Lave o local com água e sabão.

Remova anéis e braceletes do paciente.

Aplique compressa fria no local da picada.

Verifique e registre, periodicamente, alterações cutâneas e de sinais vitais.

Não corte nem perfure a pele para extrair sangue, nem deixe o paciente coçar o local.

Não aperte ou esprema o local da picada.

Não use torniquetes com qualquer material que seja.

Não aplique unguentos (pó-de-café, alho, fumo ou outras crenças populares) sobre o ferimento, isso apenas auxiliará na infecção ou acelerará a necrose do tecido.

Administre oxigênio com fluxo de 12 litros/min.

Se o paciente apresentar sensibilidade à luz, proteja-lhe os olhos.

Em casos de picada de abelhas, retire os ferrões com uma pinça de sobrancelha, de forma que não corte o ferrão ou esprema o edema deixado pela picada.

Leve o paciente imediatamente ao hospital mais próximo para soroterapia contra o veneno da cobra e para tratamento adequado dos demais casos.

**Observações:**

Há pessoas alérgicas que sofrem reações graves e/ou generalizadas, devido a picada de insetos. Tais pessoas devem receber o tratamento médico imediato, pois pessoas sensíveis às picadas correm risco de vida.

Se possível, leve o animal (vivo ou morto) que picou o paciente, ou relacione as características do mesmo.

O soro antiofídico é o único tratamento eficaz contra o envenenamento por picada de cobra, por isso o transporte ao hospital deve ser priorizado.

## **4.12 Parada cardiorrespiratória**

### **a) Causas**

- Trauma cardíaco.
- Fibrilação e assistolia ventricular.
- Colapso cardíco-vascular.
- Acidente por submersão
- Overdose.
- Obstrução das vias aéreas.
- Eletrocussão (choque elétrico).
- Traumatismo crânio-encefálico.
- Acidente vascular cerebral.
- Choque

### **b) Sinais e sintomas**

- Ausência de pulso carotídeo e femural.
- Perda da consciência.
- Ausência de ruídos ou movimentos respiratórios.
- Pele cianótica.
- Respiração agônica.
- Midríase (tardio).

### **c) Procedimentos**

- Dimensionamento da cena.
- Realize avaliação inicial e dirigido.
- Posicione o paciente em decúbito dorsal sobre superfície plana e rígida.
- Desobstrua as vias aéreas.
- Inicie manobras de ressuscitação cardiopulmonar com ventilação artificial (preferencialmente com CFR), suporte circulatório:
  - para adulto: 2 insuflações para 15 compressões.
  - para criança: 1 insuflação para 5 compressões, verificando sinais vitais no primeiro minuto e logo após a cada 3 minutos.
- Conecte Desfibrilador Externo Semi-Automático

(pressionar o botão ligar, conectar as pás adesivas ao paciente, avisar aos membros da equipe que está analisando o ritmo, afastem-se e pressione o botão choque se houver uma FV/TV e estiver indicado um choque).

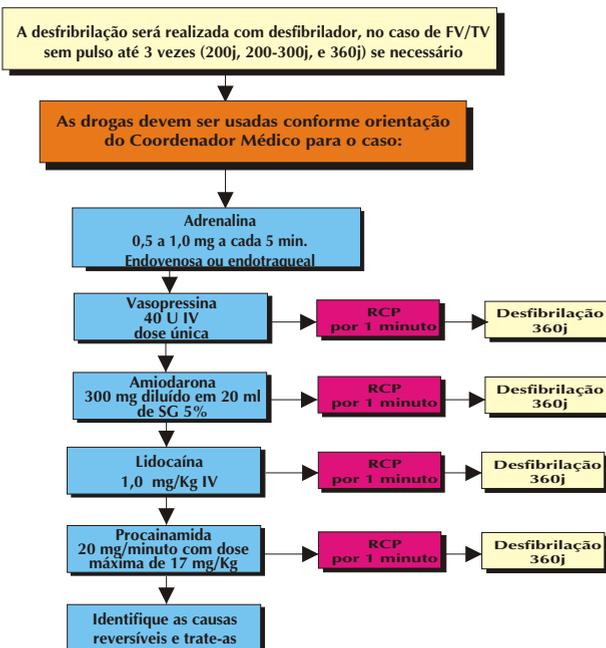
Repetir esses passos até que a FV/TV não esteja mais presente. O equipamento avisará “choque não indicado”. Os choques são aplicados em grupos de 3, sem a realização de RCP ou verificações de pulso entre eles. Após cada grupo de 3 choques, realizar um minuto de RCP.

Procure a causa e tente afastá-la.

Monitorize o paciente com ECG, com oxímetro de pulso e verificando a PA.

Transporte ao hospital mais próximo, de preferência que tenha UTI.

#### d) Suporte Avançado



### **4.13 Envenenamento e/ou intoxicação**

#### **a) Por ingestão**

Dimensionamento da cena.

Realize avaliação inicial e dirigida.

Faça uma avaliação do local, procurando frascos, cartelas de medicamentos ou produtos tóxicos.

Identifique a substância tóxica, quantidade ingerida, tempo decorrido da exposição e hálito do paciente.

Para a eliminação do tóxico, provoque vômitos em pacientes conscientes, desde que não tenham ingerido soda cáustica ou derivados de petróleo.

Para a neutralização da substância tóxica, use antídoto, quando este também não provocar efeitos tóxicos, conforme orientação do Coordenador Médico.

Não deixe o paciente deambular, mantenha-a em repouso.

Transporte o paciente ao hospital, se possível, junto com o frasco, rótulo ou amostra da possível substância tóxica.

#### **b) Por aspiração**

Dimensionamento da cena.

Utilize equipamento de proteção individual para avaliar o local.

Retire o paciente do local contaminado, para um arejado.

Realize avaliação inicial e dirigido.

Procure identificar o agente tóxico.

Transporte o paciente ao hospital.

#### **c) Por contato com a pele**

Dimensionamento da cena.

Realize avaliação inicial e dirigida com equipamento de proteção.

Lave o local com água limpa abundantemente, sem esfregar.

Aplique jatos d'água enquanto se retira as roupas e guarde-as em local identificado.

Procure identificar o agente tóxico.

Transporte o paciente ao hospital.

## 4.14 Acidente vascular cerebral

### a) Sinais e sintomas

- Vertigem.
- Cefaléia, acompanhada de náuseas e vômitos.
- Síncope.
- Hemiparesia.
- Hemiplegia.
- Afasia (dificuldade de compreensão e fala incompreensível).
- Dormência.
- Coma.
- Hipertensão arterial e hipertermia.
- Convulsão.
- Paralisia facial.

### b) Escala Pré-hospitalar pra AVC de Cincinnati

**Queda Facial** (peça para o paciente mostrar os dentes ou sorrir)

Normal ambos os lados da face movem-se igualmente.

Anormal um dos lados da face não se move tão bem quanto o outro.

**Debilidade dos braços** (o paciente fecha os olhos e mantém os braços estendidos por 10 segundos;

Normal ambos os braços movem-se igualmente ou não se movem (outros achados, como prensão das mãos em pronação, podem ser úteis)

Anormal um braço não se move ou move-se para baixo, quando comparado com o outro.

**Fala anormal** (peça para o paciente dizer: “o rato roeu a roupa do rei de Roma”):

Normal o paciente usa as palavras corretamente, com pronúncia clara.

Anormal o paciente pronuncia palavras ininteligíveis, usa palavras incorretas ou é incapaz de falar

**Interpretação: Se 1 destes 3 sinais for anormal a probabilidade de AVC é de 72%.**

**c) Procedimentos**

Dimensionamento da cena.

Realize avaliação inicial e dirigida com exame neurológico específico, incluindo nível de consciência, escala pré-hospitalar para AVC de Cincinnati, escala de coma de Glasgow, registrar movimentos dos membros e registrar sinais meníngeos.

Mantenha as vias aéreas permeáveis, com ventilação adequada e boa oxigenação, com um fluxo de até 12 litros/min. ou conforme a necessidade do caso.

Mantenha o paciente em repouso, sob observação contínua e monitorização durante o transporte.

Use anti-hipertensivo conforme a orientação do Coordenador Médico, se a pressão diastólica for maior ou igual a 120mmHg.

Transporte o paciente ao hospital mais próximo, preferencialmente que possua UTI, notificando ao hospital a chegada de um paciente com possível AVC.

## 4.15 Crise convulsiva

### a) Procedimentos durante a crise

Faça um reconhecimento visual rápido da área à procura de sinais de consumo de drogas ou envenenamentos.

Use equipamento de proteção individual

Afaste do paciente objetos que possam feri-la. Não sendo possível a retirada dos objetos, afaste o paciente do perigo.

Proteja a cabeça do paciente, colocando apoio.

Não tente conter o paciente durante a convulsão.

Não tente introduzir objetos na boca do paciente durante a convulsão.

### b) Procedimentos após a crise

Verifique o nível de consciência e, se o paciente estiver lúcida, tranquilize-a.

Realize avaliação inicial e dirigida.

Use cânula orofaríngea (Guedel) na dificuldade de manter vias aéreas pérvias.

Afrouxe as roupas.

Administre oxigênio com um fluxo de 12 litros/min.

Em casos de convulsão febril, resfrie o paciente com compressas de água fria.

Os pacientes em crise convulsivas podem ser atendidas apenas com suporte básico de vida, uma vez que as convulsões são auto-limitadas.

Transporte o paciente ao hospital.

### c) Suporte avançado para crises prolongadas, recorrentes ou que necessitem de transporte prolongado

Realize monitorização com eletrocardiograma e oximetria de pulso.

Obtenha acesso venoso periférico, conforme orientação do Coordenador Médico

Dose a glicemia, pois, se apresentar hipoglicemia, deve-se administrar soro glicosado endovenoso, conforme orientação do Coordenador Médico.

**d) Use drogas anticonvulsivantes, sob orientação do Coordenador Médico:**

Diazepan de 5 a 20mg endovenoso; Em criança use Diazepan 0,3mg/kg para crise prolongada ou que demande resposta prolongada IV ou 0,5mg/kg por via retal.

Fenitoina de 18 a 20mg/kg endovenoso diluído em soro fisiológico;

Fenobarbital 10/mg/kg endovenoso.

#### 4.16 Emergências cardiológicas (angina de peito, infarto agudo do miocárdio, arritmia cardíaca e taquicardia supraventricular)

##### a) Sinais e sintomas

Dor no peito grave, podendo ser opressiva ou em queimação.

Pode refletir em ombros, braços, pescoço, epigástrico e mandíbula.

A dor piora com o esforço e o stress.

Alteração na PA.

Dispnéia.

Náuseas e vômitos.

Sudorese.

Extremidades frias.

Taquicardia.

Palidez cutânea.

Síncope e tontura (principalmente para arritmia cardíaca).

##### b) Procedimentos

Dimensionamento da cena

Realize avaliação inicial e dirigida.

Acalme o paciente, mantendo-a em repouso.

Use: Frase mnemônica “**mona**” (morfina - oxigênio - nitroglicerina e aspirina).

**M**orfina IV na dose de 1 a 3mg, conforme a necessidade e orientação do Coordenador Médico. É usado para os pacientes que não obtiveram alívio da dor com a nitroglicerina.

**O**xigene o paciente com fluxo 4 litros/min. com máscara ou catéter nasal.

**N**itrato (Isordil) sublingual, que traz alívio à dor em minutos, conforme orientação do Coordenador Médico, quando se tratar de suspeita de angina ou IAM.

**A**spirina V.O (160 325mg).

Os pacientes de emergências cardíacas devem ser

## *Procedimentos nas diversas ocorrências*

encaminhadas ao hospital em posição semi-sentada e com monitorização adequada: oxigênio, controle com oxímetro de pulso e eletrocardiograma.

Para taquicardia supraventricular pode ser realizado o seguinte:

Manobra vagal com saco de gelo na região frontal, olhos e nariz, sem obstruir as vias aéreas por 15 seg;

Sob orientação do Coordenador médico pode ser realizado Adenosina em bolus rápido e push de Soro Fisiológico simultâneo.

Pode ser realizada cardioversão sincronizada, se a Fc for maior que 150bpm com 100j, 200j ou 360j e apresente repercussão hemodinâmica.

## 4.17 Edema agudo de pulmão

### a) Sinais e sintomas

Dispneia.

Frequência respiratória aumentada (taquipnéia).

Dificuldade de respirar deitado.

Sensação de opressão torácica, palidez cutânea.

Extremidades frias.

Tosse seca no início e com expectoração clara ou rósea, posteriormente.

### b) Procedimentos

Dimensionamento da cena.

Realize avaliação inicial e dirigida.

Sob orientação do Coordenador médico realize:

**Furosemida** 0,5-1,0mg IV

**Morfina IV** na dose de 1 a 3mg,

**Oxigênio** o paciente com fluxo 4 litros/min. com máscara ou catéter nasal.

**Nitrato** (Isordil) sublingual

Verifique a PA para definir a 2ª linha de ação:

Nitroglicerina (10-20 ug /min)/Nitroprussiato(0,1-5,0ug/Kg/min) se PA>100mmhg;

Dopamina(5-15ug/Kg/min) se PA=70-100mmHg e sinais de choque

Dobutamina (2-20ug/Kg/min) se PA >100mmHg, sem sinais e sintomas de choque.

Mantenha o paciente em posição sentada com os membros inferiores pendentes.

Transporte ao hospital com monitorização adequada: controle com oxímetro de pulso, eletrocardiograma e pressão arterial.

## **4.18 Hipertensão**

### **a) Sinais e sintomas**

Cefaléia.  
Vertigem.  
Insônia.  
Irritabilidade.  
Epistaxe.

### **b) Procedimentos**

Dimensionamento da cena.  
Realize avaliação inicial e dirigida..  
Evite situação de stress emocional para o paciente, mantendo-a em repouso.  
Verifique a pressão arterial com o paciente sentado e deitado, pelo risco de hipotensão postural.  
Sob orientação do Coordenador Médico, faça uso de Nifedipina (Adalat, 10 mg oral se a pressão diastólica for maior ou igual a 110 mmHg e a sistólica maior ou igual a 160 mmHg.  
Encaminhe o paciente ao hospital com monitorização adequada: oxigênio, controle com oxímetro de pulso e eletrocardiograma.  
Relate as alterações ocorridas, fatores de risco, uso de medicação, etc.

## 4.19 Malasmático

### a) Sinais e sintomas

Geralmente se inicia de modo súbito, com chiado, tosse, expectoração mucosa, dispnéia, sobretudo expiratória. O paciente tem grande dificuldade em forçar o ar para fora dos pulmões, e o esforço, às vezes, resulta em chiados. O paciente fica fadigado, em posição sentado, muitas vezes inclinado para a frente, lutando para respirar. Sinais clínicos de grave significado incluem a cianose central, hipotensão e taquicardia acima de 130bpm.

### b) Procedimentos

Dimensionamento da cena  
Avaliação inicial com suporte básico de vida.  
Todo caso de estado asmático deve ser imediatamente encaminhado ao hospital.  
Transporte o paciente semi-sentada ou sentada.  
Na viatura, utilize oxigênio umidificado (à temperatura corpórea), pois ele é capaz de saturar completamente o gás inspirado com vapor d'água.  
Obtenha a história do paciente: crises anteriores, acompanhamento médico, medicações.

### c) Suporte avançado conforme orientação do Coordenador Médico administre:

Nebulização com SF 3m1 + Berotec 2 gotas para 3kg, no máximo 20 gotas e no mínimo 5 gotas + Atrovent 1 gota por kg, no máximo 20 gotas +O<sub>2</sub> 6 litros/min., podendo ser repetida após 20 minutos.  
Aminofilina com 6mg/kg dose IV ou 1 ampola para adulto, diluída em 100m1 soro.  
Adrenalina 0,01 mg/kg SC para criança ou 1 ampola para adulto.  
Corticóide, como Solucortef 20mg /kg ataque em criança ou 5mg/kg ataque em adulto.

## **4.20 Hipoglicemia e hiperglicemia**

### **a) Hipoglicemia**

Níveis de glicose sangüínea anormalmente baixos.

Causas:

- administração de insulina em excesso;
- uso de medicação oral para baixar a glicose;
- após ingestão de álcool e outras drogas.

### **Sinais e Sintomas de hipoglicemia**

- Sudorese.
- Extremidades Frias.
- Tremores.
- Agitação ou sonolência.
- Confusão.
- Distúrbios visuais.
- Fraqueza motora.
- Alteração na personalidade.
- Taquicardia.
- Coma.
- Palidez.
- Cãimbras.

### **Procedimentos em caso de hipoglicemia**

- Dimensionamento da cena
- Realize avaliação inicial e dirigida.
- Obtenha a história: paciente diabético? Usou insulina? Última refeição? Tempo de início do quadro? Usa outra medicação? Usa álcool?
- Confirme os níveis de glicose com o glicosímetro, se disponível (geralmente glicose abaixo de 50 mg/dl) e ofereça açúcar via oral (doces).
- Se glicemia menor que 50 mg/dl, com clínica importante, fazer hidratação venosa com solução glicosada 10% ou 02 ampolas de Glicose 50%, conforme orientação do Coordenador Médico.
- Aqueça o paciente.

Oxigene com um fluxo de 12 litros/min.  
Transporte o paciente ao hospital.

**Atenção!**

A hipoglicemia é uma condição grave, podendo causar seqüelas importantes e até o óbito do paciente.

**b) Hiperglicemia**

Níveis de glicose sangüíneas anormalmente altos.

Causas:

falta relativa ou absoluta de insulina;  
glicose elevada.

**Sinais e Sintomas de hiperglicemia**

Diurese aumentada.

Perda de peso, desidratação.

Náuseas, vômitos.

Coma.

Sede intensa.

Hálito ácido.

Pele seca e fria.

Dispnéia.

Paciente agitado, porém orientado.

**Procedimentos em caso de hiperglicemia**

Dimensionamento da cena

Realize avaliação inicial e dirigida.

Obtenha a história: paciente diabética? Deixou de usar insulina?

Confira glicemia com glicosímetro (geralmente maior que 180 mg.).

Ofereça oxigênio com um fluxo de 12 litros/min.

Realize hidratação venosa com solução fisiológica a 0,9%, conforme orientação do Coordenador Médico.

Transporte ao hospital.

**Atenção!**

Quando em dúvida quanto ao diagnóstico, ofereça glicose conforme orientação do Coordenador Médico.

#### 4.21 Desmaio (síncope)

Dimensionamento da cena.

Realize avaliação inicial e dirigida.

Coloque o paciente em decúbito dorsal com os membros inferiores elevados.

Administre oxigênio com um fluxo de 12 litros /min.

Utilize os procedimentos para atender às complicações que sujam durante a síncope, como fratura, traumatismo crânio encefálico e outros acidentes.

Verifique se não está com hipoglicemia. Se a glicemia estiver abaixo de 50mg, realize, conforme orientação do Coordenador Médico, push de glicose a 50% ou soro glicosado a 10%.

## 4.22 Ocorrências pediátricas (traumáticas)

a) O trauma, na faixa etária pediátrica, está superando as patologias clínicas das crianças e adolescentes que, por sua peculiaridade, leva à lesão de múltiplos órgãos.

b) A seqüência de prioridade na avaliação e conduta da criança traumatizada é a mesma do adulto, englobando algumas peculiaridades, como materiais e equipamentos de tamanho apropriado, que são fundamentais para o sucesso dos atendimentos.

### c) Procedimentos

Dimensionamento da cena.

Permeabilidade das vias aéreas e estabilização de coluna:

controle da via aérea e imobilização da coluna cervical com colar apropriado;

posicione a face levemente para cima e para frente na posição de cheiro;

aspire a secreção e retire corpos estranhos quando identificado;

coloque cânula de Guedel para afastar a língua, introduzida diretamente na orofaringe;

as crianças devem ser transportadas em pranchas apropriadas e, se disponível, apenas prancha para adulto devem ser colocados cobertores enrolados ao lado dos flancos da criança, assim como um coxim que se estende da coluna lombar até os ombros;

oxigênio com máscara com 06 a 10 litros/min. Ou, se possível, com CFR - *Continuous Flow Reviver* nos parâmetros recomendados para a idade.

Ventilação

A criança deve ser ventilada com frequência de 20 movimentos por min. enquanto recém-nascidos requerem 40 movimentos por min., e volume corrente de 7 a 10 ml por kg de peso.

### Circulação e controle de hemorragia

a criança apresenta uma reserva fisiológica de volemia que leva a um estado de choque compensado, podendo mascarar o estado de choque;

a taquicardia e má perfusão periférica são os primeiros sinais e a hipovolemia indica grande perda de sangue ou reposição inadequada;

reponha 20 ml/kg de peso de solução cristalóide, (Ringer Lactato) se não melhorar, repita a dose;

mantenha monitorização rigorosa e reavalie os sinais vitais a cada 3 ou 5 minutos, conforme a gravidade do caso;

a oxigenação e o controle da hipotensão são importantes para prevenir lesão cerebral secundária.

### Avaliação neurológica

Semelhante a avaliação para adulto, exceto quando criança abaixo de 4 anos, no que refere a Escala de Coma de Glasgow:

<b>Resposta verbal</b>	<b>Pontuação</b>
Palavras apropriadas ou sorriso social, fixa e segue objetos	5
Chora, mas é consolável	4
Persistentemente irritável	3
Inquieta, agitada	2
Nenhuma resposta	1

abaulamento da fontanela deve ser tratado como portador de lesão grave;

vômito é comum em criança após trauma de crânio, não significa necessariamente, hipertensão intracraniana.

### Exposição do paciente e controle da hipotermia

a hipotermia deve ser evitada para não piorar o estado do paciente, devendo o mesmo ser aquecida com cobertor térmico ou similar.

**Atenção!**

Leve o paciente sempre ao lado da mãe ou parente próximo e evite transportar junto de adulto traumatizado.

## 4.23 Ocorrências pediátricas (parada cardiorrespiratória)

### a) Dimensionamento da cena

### b) Procedimentos para liberar vias aéreas oxigenação

No recém-nascido realize leve extensão do pescoço; do lactente em diante, mantenha inclinação da cabeça em pequena elevação do queixo.

Mantenha a respiração com frequência de 40 respirações/minuto no recém-nascido; e 20 respirações/min., no restante.

Quando possível em substituição ao ambu forneça oxigênio suplementar com CFR, conforme a faixa etária:

fluxo de oxigênio para CFR:

recém-nascido: 5 litros/min.;

pré-escolar: 7 litros/min.;

até 12 anos: 10 litros/min.;

adulto: 25 litros/min.

Pressão máxima: 25;

pressão mínima: 5.

frequência respiratória:

recém-nascido: 40 incursões/min.;

pré-escolar: 30 incursões/min.;

adolescente: 20 incursões litros/min.;

adulto: 15 a 18 incursões/min.

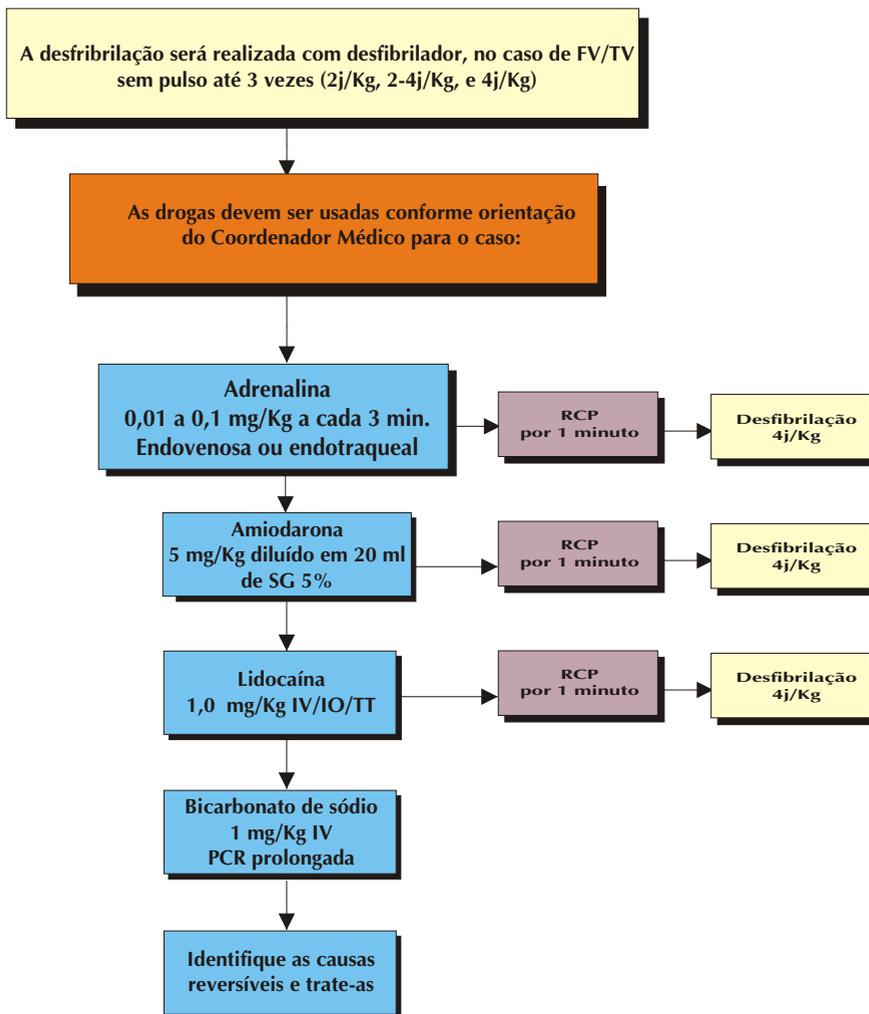
### c) Procedimentos para manter a circulação

Avalie o pulso braquial, femoral e carotídeo, se ausente realizar compressão no meio do esterno, com os dois polegares, na profundidade de 1 a 2 cm, mantendo frequência cardíaca de 120 bpm para recém-nascidos e para os demais comprimir de 2 a 3 cm., na parte inferior do esterno com 2 ou 3 dedos ou com a eminência tenar de uma das mãos, com profundidade de 1/3 do tórax e mantendo frequência cardíaca de 100 bpm. Use uma relação ventilação/compressão de 1:3 para o recém-nascido e de 1:5 para o restante em diante (Ver Figura 1).

**Figura 1 - Pontos anatômicos de compressão.**



## Fibrilação ventricular e taquicardia ventricular sem pulso



## **4.24 Obstétrico (em trabalho de parto ou não)**

### **a) Sinais e sintomas do trabalho de parto**

Contração uterina rítmica com intervalo decrescente de cerca de 2 em 10 minutos, com enrijecimento da musculatura abdominal.

Saída de líquido em grande quantidade (ruptura da bolsa amniótica).

Secreção vaginal sanguinolenta, ou perda do tampão mucoso.

Sensação de vontade intensa de evacuar.

Visualização da cabeça ou exposição de membros do bebê.

### **b) Procedimentos para o parto de emergência**

Dimensionamento da cena.

Realize avaliação inicial e dirigida.

Deite a parturiente, tranquilizando-a e colocando-a em posição de parto.

Sem expor a parturiente, livre-a de todas as vestes que possam impedir o parto, use vestuário adequado ou cubra-a com lençóis limpos

Não permita que a parturiente vá ao banheiro, se o parto é iminente.

Faça assepsia da área genital com degermante.

Lave cuidadosamente as suas mãos.

Coloque equipamento de proteção individual (gorro, luva, máscara, óculos e avental).

Utilize o kit de parto da viatura.

Oriente a parturiente para respirar pela boca e fazer força durante a contração, descansando no período de relaxamento.

Se estiver em deslocamento no momento do parto, pare a viatura.

Durante a expulsão, apoie com a mão a cabeça do bebê,

evitando que ele saia com violência e proteja o períneo baixando-o.

Verifique se o cordão umbilical envolve o pescoço do bebê, retirando-o com o dedo, circundando em torno do pescoço, no sentido contrário à tração.

Segure firmemente o bebê, aqueça, posicione, abra as vias aéreas, seque, estimule, reposicione e forneça oxigênio se necessário.

Limpe as vias aéreas superiores do bebê, com gaze ou aspirador, quando necessário.

Se o bebê não respira, promova estimulação na planta dos pés ou no dorso e se não respira realize manobras de reanimação através da administração de oxigênio (com CFC ou bolsa máscara).

Avalie a respiração, cor e frequência cardíaca, se abaixo de 100 bpm realize ventilações com pressão positiva e compressões torácicas se Frequência cardíaca abaixo de 60bpm.

Se o bebê respira normalmente envolva o bebê em um pano limpo e coloque-o sobre o ventre da mãe.

Quanto ao cordão umbilical faça duas amarrações e corte entre elas (laqueadura), a 10 cm (aproximadamente 5 dedos) a partir do abdômen do bebê sem promover ordenha. Após a saída da placenta, verifique se saiu integral e acondicione num saco plástico, conduzindo-a para o hospital, juntamente com o bebê e a mãe.

Coloque sobre a região genital compressas ou lençóis limpos dobrados.

Mantenha a parturiente com as pernas unidas e fletidas (puérpera em posição de decúbito dorsal).

Transporte-a ao hospital, RN e placenta devidamente identificados.

**Atenção!**

Caso não seja necessário realizar o parto de emergência, transporte a parturiente em decúbito lateral esquerdo para o hospital.

Não se preocupe em esperar no local, que a placenta seja expulsa, pois, às vezes, pode levar vários minutos e mãe e bebê precisam de atendimento médico, imediatamente.

Em parturiente com pré-eclâmpsia e eclâmpsia, deve-se tomar cuidado com parada cardíaca. Mantenha a paciente oxigenada com 12 litros/min., proteja a língua, coloque-a no leito com proteção bilateral e conforme orientação do Coordenador Médico em caso de crise convulsiva inicie tratamento com Diazepan 10 mg IV.

Se a pressão diastólica for maior ou igual 110mm Hg, realize 10mg de Adalat oral, conforme orientação do Coordenador Médico e encaminhe a paciente rapidamente ao hospital.

#### 4.25 Trauma na gestante

a) As prioridades e seqüência de atendimento da gestante traumatizada segue as mesmas de uma paciente não-grávida, onde a melhor resposta do feto é um bom atendimento da mãe.

b) Nos casos de ferimentos penetrantes o útero, pelas proporções que ocupa na cavidade abdominal, é o mais atingido e protege as vísceras maternas. Já no trauma fechado o líquido amniótico serve como amortecedor para proteger o feto.

#### c) Suporte básico

Dimensionamento da cena.

Realize avaliação inicial e dirigida (vide politraumatizado), realizando reanimação e estabilização materna.

Transporte em decúbito lateral esquerdo, quando possível, se apresentar lesão de coluna desloque manualmente o útero para esquerda.

Monitorize o feto após estabilização das condições maternas.

## **4.26 Usuários de substâncias psicoativas e dependentes químicos**

**a) O dependente de droga chega a um serviço de emergência em duas situações:**

em estado de intoxicação; ou  
Por síndrome de abstinência.

**b) Sinais e sintomas**

**Drogas depressoras do SNC** - álcool, tranqüilizantes, hipnóticos e inalantes (solventes, éter e clorofórmio):

**Intoxicação:**

depressão respiratória;  
fala arrastada;  
tontura;  
incoordenação motora;  
nistagimo;  
lentificação do pensamento;  
Agressivo ou violento.

**Abstinência:**

tremor fino;  
distúrbios gastrointestinais;  
dores musculares;  
ansiedade;  
crise convulsiva;  
delirium.

**Drogas estimuladoras do SNC** - cocaína, anfetamina, anorexígenos, crack e merla:

**Intoxicação:**

euforia;  
sensação de maior capacidade mental;  
autoconfiança;  
hipertensão arterial;  
taquicardia;  
aumento da temperatura;  
pupilas dilatadas;

idéias delirantes, paranóides e alucinações;  
convulsão grande mal.

**Abstinência:**

fadiga;  
hiperfagia;  
hipersonia;  
Humor depressivo.

**Drogas perturbadoras do SNC** - maconha, LSD e cogumelo:

**Intoxicação:**

ansiedade;  
medo;  
idéias delirantes, paranóides e alucinações visuais;  
taquicardia, hiperemia conjutival;  
boca seca;  
incoordenação motora;  
tremores de extremidades e sudorese;  
diminuição da força muscular;  
dilatação pupilar.

**c) Procedimentos**

Dimensionamento da cena.

Realize avaliação inicial e dirigida com atenção para risco iminente de vida.

Colha informação sobre o volume de álcool consumido, a velocidade de ingestão, ou uso de outras drogas.

Investigue complicações por distúrbios psiquiátricos e clínicos e história de alcoolismo prévio.

Proteja o paciente de quedas e ferimentos acidentais, fazendo contenção física, se necessário.

Os pacientes que bebem e se alimentam mal, podem apresentar agitação por hipoglicemia, devendo sob orientação do Coordenador Médico ser administrado 500ml de soro glicosado 5% + 2 ampolas de glicose 50%. Transporte o paciente em decúbito lateral para evitar aspiração, sob vigilância contínua, evitando objetos perfuro-cortantes, danos à sua integridade física e ou a

## *Procedimentos nas diversas ocorrências*

terceiro.

Registre todos os procedimentos prestados ao usuário e comunique alterações físicas e psicofisiológicas que venham ocorrer durante o transporte.

Comunique aos familiares quanto ao estado do paciente, para onde vai ser removida, facilitando o contato com psicólogos e assistentes sociais, informando procedência, endereço, suas referências familiares e do trabalho e os encaminhamentos já realizados.

Evite paradigma em relação ao dependente químico, já que o mesmo tem direito a acesso legítimo ao tratamento.

Transporte o paciente ao hospital de forma confortável e segura, observando contenções mecânicas (evite garroteamento).

## 4.27 Paciente psiquiátrico

Dimensionamento da cena.

Realize avaliação inicial e dirigida.

Localize informante e/ou responsável (parente, amigos, vizinhos, etc.) para a identificação do caso.

Verifique qual a perturbação apresentada (se possível saiba qual doença: esquizofrenia, psicoses, etc.) E quanto tempo está descompensado.

Verifique se o paciente psiquiátrico faz uso de medicação controlada e qual é a medicação.

Observe se é usuário de drogas ilícitas (maconha, cocaína, heroína, merla, etc.) e/ou alcoólatra.

Observe manifestações subjetivas (sintomas) de: agressividade, irritabilidade, agitação psicomotora, fala sem sentido, desconexão com a realidade, alucinações, hiperatividade.

Observe manifestações objetivas (sinais) de: sinais vitais, nível de consciência, ferimentos, odores estranhos (gasolina, éter, etc.).

Verifique outras informações: antecedentes de outras doenças importantes (diabetes, hipertensão, AIDS, tuberculose, etc.); se já foi internado antes por distúrbios psiquiátricos; se já praticou atos criminosos e/ou suicidas.

Seja paciente, chame-o pelo nome, não faça movimentos bruscos que possam assustar o paciente, não use termos chulos nem tom de voz alta.

Fale pausadamente, firme mantendo ligação com a realidade, não retruque em caso de agressão verbal.

Nunca revide em caso de agressão física, nem agrida-o, contenha-o, se necessário.

Lembre que o paciente psiquiátrico é imprevisível, não deixe ele convencê-lo de nada, nem ceda a pedidos deste. Neste caso tente desviar a atenção do paciente.

Contenha-o em caso de agressividade com risco do paciente ferir-se ou vir a ferir outros (inclusive o próprio

socorrista). Para isso use lençóis e bandagens, não usar materiais que possam feri-lo.

Transporte-o deitado, com acompanhante se possível e em decúbito lateral de segurança em caso de náusea ou vômito.

Realize observação rigorosa durante todo o percurso.

Na abordagem verifique a presença de materiais cortantes, ou outras armas com o paciente.

Encaminhe-o ao hospital, preferencialmente ao Hospital São Vicente de Paulo.

Situações de risco:

Paciente fugitivo da justiça.

Paciente com refém.

Paciente armado.

Paciente em curso de auto-extermínio, crime e/ou destruição de patrimônio iminente.

Agressividade extrema com risco de vida.

### **Observação:**

Nestes casos deve-se solicitar apoio à Polícia Militar e escolta até o hospital.

Crianças até 13 anos que apresentem distúrbios psicopatológicos e agudos

Situações consideradas emergenciais para crianças até 13 anos que apresentem distúrbios psicopatológicos graves e agudos, que caracterizem uma situação de crise:

tentativa de suicídio;

condutas agressivas e anti-sociais severas;

abuso físico e sexual graves;

transtorno severo de ansiedade (crises de pânico, stress, pós-traumático, etc.);

manifestações psicóticas agudas;

abuso de drogas (intoxicação e abstinência);  
transtornos dissociativos (conversivos);  
graves transtornos alimentares e do sono.

**Observação:**

Em caso de crianças até 13 anos transporte-as, preferencialmente ao hospital com referência no atendimento psiquiátrico infantil, acompanhada com um familiar ou responsável.

## **4.28 Óbito no atendimento pré-hospitalar**

### **a) Definição de morte**

Segundo o Conselho Federal de Medicina (Resolução nº 1.480/97), a morte está definida como morte encefálica e, não, morte circulatória, como se sabia anteriormente, tida como parada irreversível das atividades cardiorrespiratórias.

### **b) Critérios de morte**

Vítimas em coma arreativo e aperceptivo por mais de 6 horas, excluindo a hipotermia e uso de drogas depressoras do sistema nervoso central.

Ausência de movimentos musculares espontâneos e de respiração espontânea, com 1 hora de observação.

Rigidez cadavérica, que não é o primeiro sinal de morte, mas o último sinal de vida. Começa 2 horas após a morte, chega ao máximo com 8 horas e desaparece 24 horas após, com o início da putrefação.

Eletroencefalograma com ausência de atividades por 60 minutos e arteriografia cerebral com ausência de perfusão sangüínea por 30 minutos.

### **c) No local do acidente**

A princípio, o óbito só é constatado por médico, cabendo aos socorristas e técnicos a constatação de sinais vitais ausentes.

Com relação ao item anterior, faz-se uma exceção para os casos extremos: esmagamento de crânio e face; rigidez cadavérica; amputações de cabeça; esmagamento total ou parcial da vítima; carbonização e outros onde o óbito é claro e evidente.

Na identificação de óbito no local do acidente, contacte imediatamente o CIADE para que seja acionada a perícia para o local.

Não é obrigatória a permanência da ambulância até a chegada da perícia. A responsabilidade deve ser passada

para a Polícia Militar ou outra guarnição do CBMDF. No caso de não estar presente nenhuma viatura da PM ou da Corporação, aguarde a chegada de uma destas ou da perícia.

Não remova o corpo a menos que seja para protegê-lo de destruição por fogo ou outros fatores. Caso necessite manipular o corpo em algum destes casos, informe à autoridade competente a posição em que se encontrava e os motivos de seu procedimento.

**d) Durante o transporte**

Não declare óbito no interior da viatura do CBMDF;

Na viatura deve-se efetuar manobra de RCP até a entrega do paciente à equipe médica.

## **4.29 Intoxicações exógenas**

### **a) Com Ácidos Cáusticos**

#### **Sinais e Sintomas:**

dor;  
queimadura química do trato GI;  
vômitos;  
queimaduras dos lábios.

#### **Procedimentos:**

Dimensionamento da cena  
realize avaliação inicial e dirigida;  
Ofereça leite ou água, leite de magnésia ou clara de ovo;  
previna aspiração;  
não induza ao vômito;  
transporte o paciente ao hospital em posição sentada.

### **b) Com Acetaminofem (Tylenol, analgésico)**

#### **Sinais e Sintomas:**

pode não ter sinais e sintomas, mas é tóxico para o fígado;  
náuseas e vômitos;  
anorexia;  
dor no quadrante superior direito do abdômen;  
palidez;  
Diaforese.

#### **Procedimentos:**

dimensionamento da cena  
realize avaliação inicial e dirigida;  
administre oxigênio a 12 litros/min;  
administre fluidos para hipotensão, conforme orientação do Coordenador Médico;  
monitore com eletrocardiograma;  
use antídoto: acetilcisteína 140 mg/kg via oral, diluído em suco de laranja, conforme orientação do Coordenador Médico;  
transporte o paciente ao hospital.

**c) Com Álcalis (Cáusticos)**

**Sinais e Sintomas:**

Dor;  
queimadura química do trato GI;  
vômitos;  
Queimadura dos lábios.

**Procedimentos:**

dimensionamento da cena  
realize avaliação inicial e dirigida;  
ofereça leite ou água;  
previna aspiração de secreções;  
não induza ao vômito;  
transporte o paciente ao hospital em posição sentada.

**d) Com Alucinógenos (LSD)**

**Sinais e Sintomas:**

ansiedade;  
alucinação;  
pânico;  
desorientação;  
pode apresentar-se violento.

**Procedimentos:**

dimensionamento da cena  
realize avaliação inicial e dirigida;  
administre oxigênio com um fluxo de 12 litros/min;  
acalme o paciente;  
transporte ao hospital.

**e) Com Antidepressivos**

**Sinais e Sintomas:**

midríase;  
taquicardia;  
agitação;  
coma;

## *Procedimentos nas diversas ocorrências*

arritmia;  
hipotensão;  
bloqueio átrio-ventricular.

### **Procedimentos:**

dimensionamento da cena  
realize avaliação inicial e dirigida;  
administre oxigênio a 12 litros/min.;  
monitore o paciente com eletrocardiograma;  
faça reposição volêmica, conforme orientação do Coordenador Médico;  
administre bicarbonato de sódio 1mEq/kg, conforme orientação do Coordenador Médico;  
induzo ao vômito;  
transporte ao hospital.

### **f) Com Aspirina (Analgésico)**

#### **Sinais e Sintomas:**

sangramento GI;  
náuseas e vômitos;  
dor no quadrante superior esquerdo do abdômen;  
palidez;  
diaforese;  
choque;  
hiperpnéia;  
convulsões;  
depressão respiratória.

#### **Procedimentos:**

dimensionamento da cena  
realize avaliação inicial e dirigida;  
administre oxigênio com 12 litros/min.;  
realize hidratação venosa, conforme orientação do Coordenador Médico;  
transporte ao hospital.

**Observação:**

No hospital será realizada lavagem gástrica seguida com carvão ativado.

**g) Com Barbitúricos e Sedativos (Fenobarbital)**

**Sinais e Sintomas:**

sonolência;  
depressão respiratória;  
apnéia;  
coma;  
hipotensão;  
bradicardia;  
edema pulmonar.

**Procedimentos:**

dimensionamento da cena  
realize avaliação inicial e dirigida;  
administre oxigênio a 12 litros/min;  
faça hidratação venosa, conforme orientação do Coordenador Médico;  
induza ao vômito;  
mantenha as vias aéreas desobstruídas;  
transporte ao hospital.

**Observação:**

No hospital será realizado lavagem gástrica seguida de lavagem com carvão ativado.

**h) Com Benzodiazepínicos (Diazepan, Valium e Midazolam)**

**Sinais e Sintomas:**

sedação;  
taquicardia;  
hipotensão;  
hipotermia;  
depressão respiratória;

## *Procedimentos nas diversas ocorrências*

tontura;  
fraqueza.

### **Procedimentos:**

Dimensionamento da cena  
realize avaliação inicial e dirigida;  
mantenha sinais vitais;  
use antídoto Flumazenil 0,2 mg endovenoso, conforme orientação do Coordenador Médico;  
transporte ao hospital.

### **i) Com Cocaína (Estimulante e Anestésico)**

#### **Sinais e Sintomas:**

náusea;  
vômito;  
hipertensão arterial;  
hipertemia;  
agitação;  
taquicardia;  
arritmias cardíacas;  
paralisia;  
coma;  
dilatação pupilar;  
euforia;  
convulsões;  
infarto agudo do miocárdio.

#### **Procedimentos:**

dimensionamento da cena  
realize avaliação inicial e dirigida;  
administre oxigênio a 12 litros/min;  
administre Diazepan endovenoso, conforme orientação do Coordenador Médico;  
esfrie o paciente aos poucos se esta apresentar hipertermia;  
transporte ao hospital.

**J) Com Hidrocarbonetos (gasolina, óleo e derivados de petróleo)**

**Sinais e Sintomas:**

coma;  
broncoespasmo;  
odor exalado;  
respiração curta;  
convulsão;  
broncoaspiração.

**Procedimentos:**

dimensionamento da cena  
realize avaliação inicial e dirigida;  
administre oxigênio com um fluxo de 12 litros/min.;  
não induza ao vômito;  
transporte ao hospital.

**Observação:**

No hospital será realizada lavagem gástrica.

**k) Com Monóxido de Carbono**

**Sinais e Sintomas:**

hipertensão;  
fadiga;  
taquicardia;  
distúrbio visual;  
alucinações;  
Depressão respiratória;  
náusea;  
vômito;  
cianose;  
alteração mental;  
coma;  
convulsão;  
cefaléia.

**Procedimentos:**

dimensionamento da cena  
realize avaliação inicial e dirigida;  
administre oxigênio com um fluxo de 12 litros/min.;  
transporte ao hospital. Nos casos graves fique atento, pois poderá ser solicitado transporte para hospital com câmara hiperbárica, encontrada na Policlínica do CBMDF.

**l) Com Opióides (Analgésicos Narcóticos: Heroína, Morfina, Cocaína e Meperidina)**

**Sinais e Sintomas:**

coma;  
diminuição da respiração;  
bradicardia;  
vômito;  
miose;  
apnéia;  
diaforese;  
queda da PA.

**Procedimentos:**

dimensionamento da cena  
realize avaliação inicial e dirigida;  
administre oxigênio a 12 litros/min;  
administre fluido endovenoso para hipotensão, conforme orientação do Coordenador Médico;  
administre Naloxone 2mg endovenoso, conforme orientação do Coordenador Médico;  
transporte ao hospital.

**m) Com Organofosforados (Inseticidas) e Chumbinho**

**Sinais e Sintomas:**

salivação;  
lacrimejamento;  
vômitos;  
náuseas;

diarréia;  
miose;  
broncoespasmo;  
bradicardia;  
Letargia.

**Procedimentos:**

dimensionamento da cena  
retire o paciente do ambiente utilizando equipamento de proteção individual;  
realize avaliação inicial e dirigida;  
administre oxigênio a 12 litros/min;  
faça tratamento de bradicardia e hipotensão (atropina 1 ampola 2 mg EV), conforme orientação do Coordenador Médico;  
transporte ao hospital.

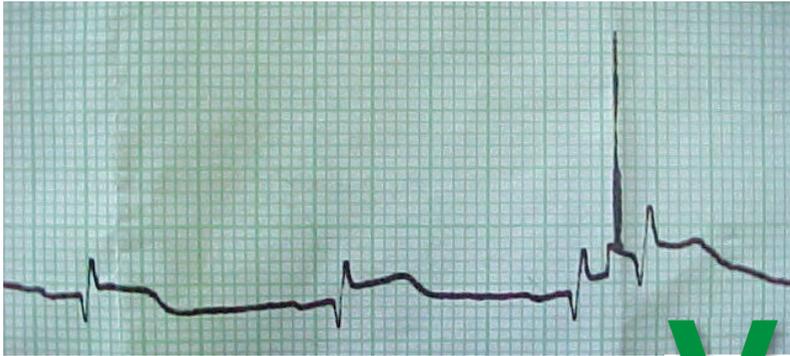
**n) Com Raticidas**

**Sinais e sintomas:**

Hemorragias cutâneas, urinárias, digestivas, nasais.  
Gastrite  
Dor abdominal

**Procedimentos:**

Dimensionamento da cena  
Realize avaliação inicial e dirigida  
Esvaziamento gástrico  
Administre Vitamina K 01 ampola IM.



# Capítulo **V**

## Monitorização



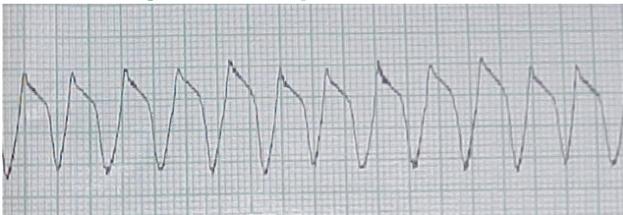
## 5.1 Monitorização eletrocardiograma

- a) O aparelho de eletrocardiograma é composto de 5 eletrodos, onde deverá ser colocado o fio vermelho no braço direito, o amarelo no braço esquerdo, o preto no pé direito, o verde no pé esquerdo e o azul no precórdio.
- b) Durante a monitorização pode ser lido direto no osciloscópio e registrado apenas quando indicado por anormalidade ou para manter o registro na ficha da vítima.
- c) As principais alterações são:

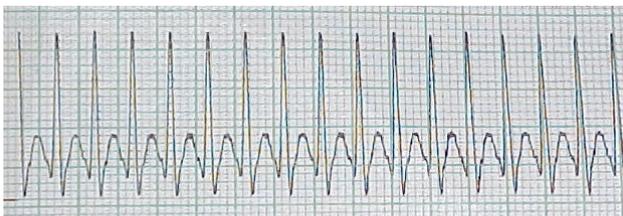
**Figura 2 - Fibrilação ventricular.**



**Figura 3 - Taquicardia ventricular.**



**Figura 4 - Taquicardia supra-ventricular.**



**Figura 5 - Assistolia.**



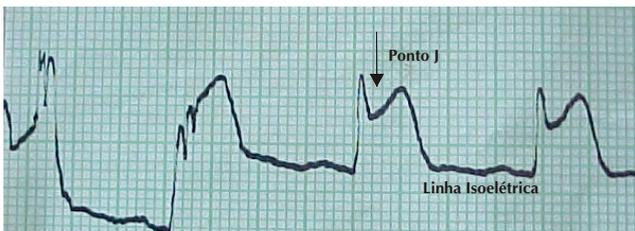
**Figura 6 - Bradicardia.**



**A**

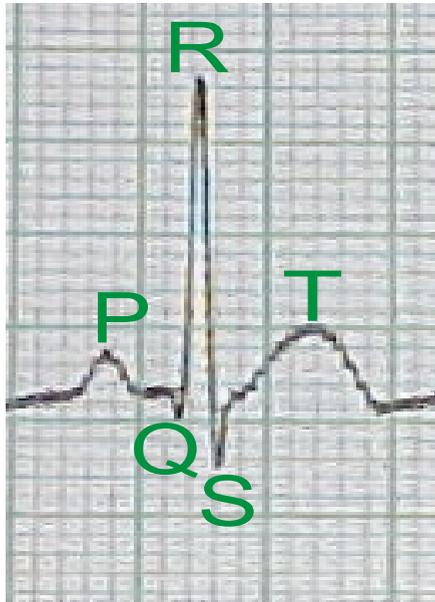


**B**



**Figura 7 - Infarto.**

- d) Eletrocardiograma Básico é composto por:  
Onda P: despolarização atrial.  
QRS : despolarização ventricular.  
Onda T: repolarização ventricular.



### Figura 8 - Eletrocardiograma básico.

## 5.2 Monitorização com oxímetro de pulso

Corresponde a medidas não-invasivas, da saturação de oxigênio da hemoglobina a cada batimento cardíaco.

### Procedimentos:

Selecione o sensor apropriado, colocando no lóbulo da orelha, na ponta do dedo da mão ou do pé, ou na comissura nasal, evitando colocar em partes isquêmicas ou lesadas.

O aparelho identifica a saturação de oxigênio, detecta a hipóxia antes que a cianose seja evidente e fornece a frequência cardíaca.

Pode haver interferência na presença do uso de bisturi elétrico, iluminação ambiental intensa, anemia acentuada, hipotermia, vasoconstrição grave e uso de corantes.

O oxímetro de pulso não vai refletir precisamente a saturação de hemoglobina da presença de metamoglobina e na intoxicação pelo dióxido de carbono.

### Interpretação dos resultados:

Normal - saturação acima de 95%

Hipoxia leve - quando a saturação em ar ambiente for menor que 95%

Hipoxia moderada - Quando a saturação for menor que 90%, em ar ambiente, em paciente com sofrimento respiratório ou agudamente doente.

Hipoxia grave - Quando a saturação é menor que 85% por

mais de 1 hora, especialmente se em oxigenioterapia.

### 5.3 Hidratação

A Hidratação pode ser:

**a) Oral:**

Deve ser a via de preferência a ser empregada, uma vez que é um procedimento simples e disponível.

É indicado nos casos de pacientes com vômitos, diarreia, desidratação e com problemas respiratórios, para hidratar e fluidificar secreções.

Nos casos de vômitos e diarreia administre soro oral caseiro, conforme recomendação da Organização Mundial da Saúde OMS ou soro oral industrializado.

**b) Venosa:**

Para os pacientes politraumatizados deve ser realizado acesso venoso calibroso (jelco 14 ou 16) para infundir Ringer lactato 2000ml em 10 minutos para adulto e 20ml/kg para criança, podendo ser repetido com igual volume, conforme resposta clínica; estes procedimentos deverão ser realizados sob orientação do Coordenador Médico;

Para paciente com necessidade de manter acesso venoso, deve-se colocar solução fisiológico para diabético, desde que não esteja com hipoglicemia, e solução de glicose

para hipertenso, com gotejamento lento.

## 5.4 Administração de oxigênio

### a) Objetivo

Obter oxigenação celular máxima, evitando a hipóxia.

### b) Terapia ou tratamento através de oxigênio

É empregada nos dois grandes grupos de pacientes a seguir:

As apnéicas (não apresentando respiração espontânea) rapidamente desenvolvem hipóxia nos órgãos vitais, sobretudo no encéfalo e coração. A morte clínica é iminente se a hipóxia não for corrigida dentro de poucos minutos.

As que podem respirar mas são incapazes de mobilizar uma quantidade de ar suficiente, em cada ciclo respiratório desenvolvendo hipóxia.

### c) Situações que requerem a oxigenoterapia

A indicação mais importante para oxigenoterapia é a hipóxia.

Dentre os sinais precoces de hipóxia, citam-se a taquicardia, a agitação e a irritabilidade. A cianose é um achado tardio.

O momento ideal para a correção da hipóxia é quando aparecem os primeiros sintomas, antes de ocorrerem lesões graves aos órgãos essenciais do organismo.

As situações específicas mais comuns que requerem a administração de oxigênio são:

- infarto do miocárdio;
- edema pulmonar;
- doença pulmonar obstrutiva crônica;
- intoxicação medicamentosa aguda;
- queimaduras;
- acidente vascular encefálico;
- politraumatizado;
- todo paciente com quadro sugestivo de insuficiência respiratória aguda por patologia traumática ou clínica;

choque.

**d) Formas de administração**

**Por cânula nasal:**

tubo de plástico que é introduzido na narina;  
fluxo de 4 litros/min.

**Por máscara facial:**

existem vários modelos como máscara facial simples, com reservatório e com reservatório e válvulas;  
devem ser adaptadas à face do paciente cobrindo nariz e boca;  
as máscaras com reservatórios fazem mais economia de oxigênio que as simples, para evitar diluição do ar ambiente;  
as máscaras com válvulas previnem a mistura do ar ambiente com o oxigênio fonte;  
deve ser oferecido fluxo de 6 a 15 litros/min.

**Por CFR (*Continuous Flow Reviver*):**

Aparelho para assistência ventilatória com controle do fluxo contínuo de gases, PI (pressão inspiratória), PEEP (pressão expiratória positiva final) e a concentração de oxigênio oferecida. Existe o tamanho pediátrico, adulto e o de transporte;

Quando possível, em substituição ao ambu, utilize o CFR com os parâmetros abaixo:

fluxo de oxigênio:

recém-nascido: 5 litros/min.;

pré-escolar: 7 litros/min.;

até 12 anos: 10 litros/min.;

adulto: 25 litros/min.

pressão máxima: 25 PI;

pressão mínima: 5 PEEP;

frequência respiratória;

recém-nascido: 40 incursões/min.;

pré-escolar: 30 incursões/min.;

adolescente: 20 incursões/min.;

adulto: 15 a 18 incurrões/min.

**Ressuscitador Manual (tipo ambu):**

com este aparelho não é possível manter constantes os volumes;

ocorre maior descontrolo do paciente asfiziado e maior risco de barotrauma;

existem vários tamanhos, devendo ser usados de acordo com a idade do paciente.

**Balão auto inflável**

Preenche-se espontaneamente após a sua compressão, com a entrada de ar e/ou oxigênio para o balão.

Não pode ser utilizado para fornecer oxigênio inalatório, quando ele não está sendo comprimido.

Os volumes usados por recém nascido devem ter volume de 250 a 750 ml, lactente usa 750ml e adulto de 1000 a 1500ml.

As concentrações variam de 21% com ar ambiente, 40 a 60% com oxigênio e 100% com oxigênio e bolsa reservatória.

A máscara deve cobrir o queixo, a boca e o nariz,mas não os olhos.

Como dispositivo de segurança, para evitar a transmissão de pressões

Excessivas ao paciente, os balões devem estar equipados com manômetro e válvula controladora de fluxo e válvula liberadora de pressão(pop-off) ajustada ,em geral, em torno de 30 a 40 cmH<sub>2</sub>O.

**Balão inflado por fluxo (balão anestésico)**

Precisa de uma fonte de gás comprimido para inflar

Oferece oxigênio a 100% de maneira contínua, podendo ser usado para fornecer oxigênio inalatório

È fácil perceber quando o ajuste entre a face e a máscara

está inadequada, por necessitar de um ajuste perfeito.

**Intubação traqueal:**

É o método mais eficaz para o controle das vias aéreas; deve ser utilizado pelo médico;

Existem vários diâmetros de tubos endotraqueais e diferentes parâmetros a ser utilizados no respirador, dependendo da patologia do paciente.

**Via aérea cirúrgica:**

também pode ser oferecido oxigênio por via cirúrgica quando não se tem sucesso com outros métodos de fornecimento de oxigênio;

existe a cricotireostomia (preferencial para adulto), ou traqueostomia, ou punção cricóide (deve ser mantida no máximo por 30 minutos);

a oxigenação deve ser monitorada pelo oxímetro de pulso e tem parâmetro ideal F1 O2 95%.

**e) Aplicação de oxigênio:**

aplicações desde a recuperação doméstica de pessoas, sob orientação médica, até o atendimento pré-hospitalar e hospitalar aos pacientes com problemas respiratórios ou outra sintomatologia em que se recomende o auxílio oxigenoterápico;

a umidificação é recomendada, pois pode ocorrer desidratação tecidual com o seu uso prolongado;

deve-se ter sempre em mente a toxicidade do oxigênio no paciente que recebe concentrações inspiradas superiores a 60%, por mais de 24 horas;

a oxigenoterapia deve ser utilizada sob orientação médica, mas, no atendimento pré-hospitalar, é indispensável para manter a vida do paciente, assim, por medida de segurança, recorre-se ao uso com fluxos de 12 litros/min;

O oxigênio pode ser administrado por cânula nasal, catéter, vários tipos de máscaras e por tenda. Pode também ser aplicado diretamente no tubo endotraqueal ou traqueal;

O método selecionado depende da concentração de





# Capítulo VI

Comando de Socorro



oxigênio necessária.

## 6.1 Acidente de trânsito

### Nos acidentes de trânsito é necessário:

durante o deslocamento, certificar-se do tipo dos veículos envolvidos, número de pacientes, se há algum preso em ferragens e se há outras viaturas em deslocamento;  
parar a viatura em local seguro, preferencialmente antes dos veículos envolvidos, mantendo os sinais luminosos ligados;  
fazer um breve reconhecimento da cena: riscos à guarnição e ao paciente, número, localização, estado dos pacientes e necessidade de reforço;  
promover a segurança do pessoal, utilizando equipamento de proteção individual;  
promover a segurança do local, realizando sinalização, aproximadamente a 100m do acidente, combatendo princípios de incêndio, calçando ou engrenando o(s) veículo(s), desligando o cabo da bateria;  
obter acesso ao paciente pelo modo mais fácil. Só cortar o veículo em último caso;  
promover o atendimento pré-hospitalar ao paciente de acordo com os protocolos específicos. Suspeite de lesões de coluna cervical e hemorragias internas;  
informar-se antes de deixar o local se existem outros pacientes, caso esteja em dúvida faça uma varredura nas proximidades do acidente;  
transportar o paciente, com segurança, ao hospital.

### Observações:

Havendo outras viaturas da Corporação no local, o trabalho da guarnição de emergência médica restringir-se-á aos cuidados e transporte do(s) paciente (s);

Em se tratando de risco de vida durante a abordagem do paciente, a avaliação dirigida deverá ser realizado durante o

transporte.

## **6.2 Desabamento e soterramento**

### **Procedimentos**

Durante o deslocamento, certificar-se do tipo da ocorrência, número de pacientes, se há alguma sob os escombros e se há outras viaturas em deslocamento.

Fazer um breve reconhecimento da cena: riscos à guarnição e aos pacientes, número, localização, estado dos pacientes e necessidade de reforço.

Promover a segurança do pessoal utilizando equipamento de proteção individual, sendo indispensável o uso de capacete.

Promover a segurança do local, evacuando e isolando a área, desligando o fornecimento de energia elétrica, controlando vazamento de gás liquefeito de petróleo (GLP) ou outros produtos que ofereçam risco e escorando os locais com risco de queda ou deslizamento.

Identificar sinais que auxiliem na localização dos pacientes (roupas, sangue e gemidos).

Não usar picaretas, enxadas ou equipamentos que possam causar lesões aos pacientes durante as escavações. Preferencialmente, use as mãos protegidas com luvas de raspa de couro.

No acesso ao paciente desobstruir inicialmente a cabeça e a seguir o tórax, mantenha o paciente ventilado arejando o local.

Promover o atendimento pré-hospitalar ao paciente de acordo com os protocolos específicos. Suspeite de lesões na coluna, hemorragias internas e obstrução de vias aéreas.

Informar-se antes de deixar o local se existem outros pacientes.

Transportar o paciente, com segurança, ao hospital.

**Observação:**

Havendo outras viaturas da Corporação no local, o trabalho da guarnição de emergência médica restringir-se-á aos cuidados e transporte do(s) paciente(s).

Tente conquistar a confiança do paciente.

Após controle da situação realizar o atendimento pré-hospitalar de acordo com protocolo específico.

Transportar o paciente ao hospital com segurança.

**Observação:**

Havendo outras viaturas da Corporação no local, o trabalho da guarnição de emergência médica restringir-se-á aos cuidados e

transporte do(s) paciente(s).

### 6.3 Acidentes envolvendo veículos com produtos perigosos

**Além dos procedimentos realizados no protocolo de acidente automobilístico, os Técnicos e Socorristas deverão:**

Ao chegar ao local e constatar emergência com produtos perigosos informar ao CIADE detalhes do evento e solicitar a presença do supervisor de dia.

Delimitar a área de segurança e retirar todas as pessoas da área de risco.

Identificar o produto envolvido, preferencialmente à distância, através dos painéis de segurança (de cor laranja), obrigatório em todos os veículos que transportam produtos perigosos:

668 indicadores de risco (se precedido por “x” indica não usar água).

1678 nº da ONU para o produto.

#### **Observação:**

Caso não consiga identificar o produto, aproxime-se do veículo com EPI e a favor do vento, para consultar a ficha de emergência na cabina do veículo. Nesta ficha constam: nome do produto; número da ONU; riscos e procedimentos em caso de vazamento, fogo e envolvimento de pacientes.

De posse do número da ONU consulte o Manual de Emergência ABIQUIM, ou faça contato com o CIADE, caso não tenha o referido manual.

Verificar:

Qual é o produto? Qual é o risco?

Necessidade de evacuação do local e a que distância?

O produto é tóxico por inalação ou em contato com a pele?

## Comando de Socorro

Quais as conseqüências de deixar a situação como está? (caso não haja vítima).

Pode-se usar água na extinção de incêndio ou em derramamento do produto?

O recurso material e humano é suficiente para a ocorrência?

Afastar os riscos através dos procedimentos específicos do *Manual de Emergência ABIQUIM*, seguindo a ordem de prioridades de proteger pessoas, meio ambiente e bens.

Tratar os pacientes de acordo com as orientações do *Manual de Emergência ABIQUIM* e com os protocolos específicos.

Transportar com segurança o paciente ao hospital.

### **Observação:**

Havendo outras viaturas da Corporação no local, o trabalho da guarnição de emergência médica restringir-se-á aos cuidados e

transporte do(s) paciente(s).

## 6.4 Acidentes envolvendo produtos radioativos

Parar a viatura fora da área de risco, aproximadamente a 500m da fonte.

Providenciar proteção individual:

macacão fechado até a gola;

gorro com pala ou capacete;

óculos de proteção;

máscara descartável;

usar dois pares de luvas: o primeiro, sob a manga do macacão e, o segundo, sobre a manga do macacão lacrado com esparadrapo;

o coturno deverá ser afixado junto à perna do macacão com esparadrapos.

Realizar breve reconhecimento, à distância, para constatar a emergência com produtos radioativos, através do símbolo internacional das radiações ionizantes:

Em local a céu aberto isole e evacue em um raio de 500m a partir da fonte e em local fechado isole e evacue toda a edificação.

Informar ao CIADE detalhes do evento, solicitando a presença do supervisor de dia e o acionamento do serviço de emergência da Comissão Nacional de Energia Nuclear CNEN.

Sendo necessário a aproximação da fonte para a retirada de pacientes, entre rapidamente na área de exposição e remova o mais rápido possível. Lembre-se de três fatores importantes para determinar quanto de radiação receberá: tempo de exposição, distância da fonte de radiação e quantidade de proteção.

### **Observação:**

Situações que requerem a retirada imediata dos pacientes: iminência de explosão, incêndio, ameaça de desabamento e

## Comando de Socorro

vazamento de gases tóxicos.

Para a retirada de mais de um paciente, da área perigosa, não entre novamente no campo sem a descontaminação apropriada.

Fornecer suporte básico de vida ao paciente exposta à radiação.

Não faça uso de líquidos ou alimentos por via oral ou intravenosa, evitando assim, contaminação interna.

Transporte o paciente ao hospital após prévia avaliação dos técnicos da CNEN.

Todo material utilizado durante a operação deverá ser acondicionado em sacos plásticos e em seguida lacrados.

### **Observação:**

Havendo outras viaturas da Corporação no local, o trabalho da guarnição de emergência médica restringir-se-á aos cuidados e

transporte do(s) paciente(s).

## 6.5 Incêndio em edificações

Fazer um breve reconhecimento, verificando:

tipo de material combustível;

quantidade de pacientes no local;

risco de explosão ou desmoronamento;

existência de extintores e preventivos fixos para o combate ao fogo;

local para triagem das possíveis vítimas;

Informar ao CIADE as condições do local e solicitar reforço, se necessário.

Desligar a energia elétrica da edificação.

Designar componentes da equipe para realizar o salvamento dos pacientes e combate ao incêndio em ação simultânea.

Utilizar os preventivos fixos e extintores no combate ao incêndio.

Adentrar ao local abaixado, utilizando, sempre que possível, máscara contra gases.

Utilizar o agente extintor apenas no foco do incêndio.

Realizar o atendimento aos pacientes, de acordo com os respectivos protocolos.

Transportar com segurança ao hospital.

### **Observação:**

Havendo outras viaturas da Corporação no local, o trabalho da guarnição de emergência médica restringir-se-á aos cuidados e

transporte do(s) paciente(s).

## 6.6 Operação em poços, fossas, valas e galerias

Fazer um breve reconhecimento verificando:  
existência de pacientes no local;  
diâmetro e profundidade do poço ou vala;  
existência de água no interior do poço;  
possibilidade de existência de animais peçonhentos;  
existência de animais mortos no local;  
risco de desabamento;  
verificar através de informações a existência de gases tóxicos.

Isolar a área para segurança do local.

Aerar o local com o uso de cilindros de ar respirável e mangueiras, garantindo o suprimento de ar para o paciente.

Acessar o local, utilizando máscara contra gases e cabo guia.

Imobilizar o paciente.

Retirar o paciente.

Prestar atendimento pré-hospitalar, de acordo com os protocolos específicos.

Transportar o paciente com segurança ao hospital.

### **Observação:**

Havendo outras viaturas da Corporação no local, o trabalho da guarnição de emergência médica restringir-se-á aos cuidados e

transporte do(s) paciente(s);

## **6.7 Prevenções**

Toda e qualquer prevenção que envolva viaturas e guarnições de emergência médica deverá partir da 3ª Seção dos Comandos Operacionais ou do oficial de operações, através de Ordem de Missão ou Serviço enviada a cada OBM.

Se na prevenção, houver outra guarnição ou responsável do Corpo de Bombeiros, o Socorrista ou Técnico deve se apresentar e seguir as instruções.

Havendo uma única viatura do CBMDF no local, todo o serviço de bombeiro é de responsabilidade do técnico ou socorrista chefe da guarnição, portanto, deve-se fazer um reconhecimento do local identificando:

- o tipo de evento (show, teatro, musical, festa, etc.);
- o público previsto;
- os riscos de incêndio;
- o sistema de preventivos fixos por hidrante de parede;
- o sistema de preventivos por extintores de incêndios manuais ou sobre rodas;
- as saídas de emergência para a viatura e itinerário para o hospital;
- as saídas de emergência para o público.

O técnico ou socorrista mais antigo deverá comunicar-se com o responsável pelo evento e com outras autoridades presentes.

Qualquer viatura só sai do local da prevenção para transportar outros pacientes, por determinação do Coordenador de operações ou ao término da prevenção.

Durante a execução da prevenção, devem ser anotados os seguintes dados para posterior confecção de relatório:

- início/término da prevenção;
- posicionamento da(s) viatura(s);
- número de atendimentos e transportados ao hospital ou atendidos no local;

## *Comando de Socorro*

atendimentos de destaque;  
atendimentos não relacionados com o evento;  
problemas encontrados.

Ao retornar para o quartel de origem, as informações devem ser passadas ao radioperador da CIEM, para que seja preenchido o Relatório de Prevenção.

As Seções de Farmácia e Prevenção são responsáveis pelo apoio operacional e logístico à prevenção.

Os militares deverão atentar para a apresentação pessoal e





# Referências Bibliográficas



## *Referências bibliográficas*

American Heart Association Pre-Hospital Life Support. Core **PHTLS** Concepts 1997-1999.

American Heart Association Advanced Trauma Life Support. Core **ATLS** Concepts 1997-1999.

American Heart Association Basic Life Support. Core **BLS** Concepts 2002.

American Heart Association, Advanced Cardiac Life Support. Core **ACLS** Concepts 2001-2002.

American Heart Association, Pediatric Advanced Life Support. Core **PALS** Concepts 2001-2002.

American Heart Association, **Manual de Reanimação Neonatal**. 4.ed. 2000.

American Heart Association, **Manual de Atendimento Cardiovascular de Emergência para provedores de saúde**, 2001.

BRASIL. COFEN n.º 21/2001 de 03 de abril de 2001

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria n.º 141 de 28 de dezembro de 1990.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria n.º 824 de 24 de junho de 1999.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria n.º 734 de 16 de maio de 2001  
Ministério da Saúde. Portaria n.º 737/GM, 16 de maio de 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria n.º 814 de 01 de junho de 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria n.º 2048/GM de 05 de novembro de 2002

\_\_\_\_\_. Resolução CFM n.º 1.529/98.

\_\_\_\_\_. Resolução CFM n.º 1.596 de 2000.

CASTRO, Antônio Luiz Coimbra de. **Glossário de Defesa Civil - Estudos de Riscos e Medicina de Desastres**. 2. ed. 1998.

CURRENTS. **Atualização em emergência cardiovascular**. v. 1, n.º especial, edição Brasil.

DISTRITO FEDERAL. **Convênio n.º 010/97 entre FHDF com CBMDF.**

\_\_\_\_\_. **Convênio n.º 065/2002 entre FHDF com CBMDF.**

\_\_\_\_\_. **Decreto n.º 16.036, de 04 de novembro de 1994.**  
Regulamento da Lei de Organização Básica do CBMDF.

\_\_\_\_\_. **Decreto n.º 17.670 que cria o serviço de atendimento pré-hospitalar ao trauma no Distrito Federal.**

\_\_\_\_\_. **Lei n.º 8.255**, de 20 de novembro de 1991. Lei de Organização Básica do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo Dicionário Aurélio.** 3. ed. 1999.

FREIRE, Evandro. **Trauma a doença dos séculos.** 2 volumes. Editora Ateneu, 2002.

FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO DISTRITO FEDERAL. **Manual de Procedimentos Multiprofissionais na Assistência às Dependências Químicas nos Serviços de Emergência dos Hospitais Gerais da FHDF.** Gráfica da, 1996.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. **Cartilha de Ofídismo** - Cobras do DF e Entorno Controle de Zoonoses e Animais Peçonhentos da Fundação Nacional de Saúde.

LAURENTI, Jorge Mello; RUY, M. Helena P. de. **O atestado de óbito.** Reimpressão. 1993.

MANUAL DE TREINAMENTO EM ATENDIMENTO A DESASTRES. Sociedade Brasileira de Atendimento Integrado ao Traumatizado. São Paulo, setembro de 2000.

MANUILA. **Dicionário Médico Antigo Blakiston.** 3. ed. Editora Andrei LTDA, 1997.

MARCONDES, Eduardo. **Pediatria Básica.** 9. ed. v. 1, Editora Sarvier, 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual do Ministério da Saúde** - Programa DST/AIDS, 1997.

### *Referências bibliográficas*

PROTOCOLOS DE PARAMÉDICOS DO ESTADO DE MARYLAND. USA, 1997.

REVISTA ISTO É. Edição 1.717, de 5 de agosto de 2002.

REZENDE, Jorge de. **Obstetrícia Fundamental**. 9. ed. Editora Guanabara, 2003.

TIMERMAM, Sérgio et al. **Suporte Básico e Avançado de Vida em Emergências**. Brasília: Câmara dos Deputados, 2000.

UDESC/USAID. **Curso de Formação de Socorristas em Atendimento Pré-Hospitalar Básico** (Curso APH-B), Brasil, ano 2001.

### SITES CONSULTADOS

<http://www.aph.com.br> - Atendimento pré-hospitalar

<http://www.cfm.com.br> - Conselho Federal de Medicina

<http://www.saude.gov.br> - Ministério da Saúde

<http://www.medico-a-medico.com.br> - Educação médica "on-line"

<http://www.terra.com.br/istoe> - Revista Isto É

<http://www.americanheart.org> - American Heart Association

<http://www.crmdf.org.br> - Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal

<http://www.cbmdf.gov.br> - Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal

<http://www.sbc@cardiol.br> - Sociedade Brasileira de Cardiologia

<http://www.funcor.org.br> - Fundação do Coração

<http://www.currents@ig.com.br> - Atualização em emergência cardiovascular





**Anexos**



## ANEXO A - Registro de Ocorrência de Trauma

<b>GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL</b> <b>SECRETARIA DE SAÚDE</b> <b>CONVÊNIO CBMDF E FHEF</b>	<b>REGISTRO DE OCORRÊNCIA DE <i>TRAUMA</i> NO</b> <b>ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR</b>
1) OBM <input type="text"/>	4) HORÁRIOS
2) Viatura <input type="text"/>	a) Saída <input type="text"/> : <input type="text"/> h    c) Cheg. ao Hosp. <input type="text"/> : <input type="text"/> h
3) Data <input type="text"/>	b) Cheg. ao Local <input type="text"/> : <input type="text"/> h    d) Cheg. à OBM <input type="text"/> : <input type="text"/> h
5) LOCAL DA OCORRÊNCIA: <input type="text"/>	
6) NÃO HOUE ATUAÇÃO <input type="checkbox"/> Alarme Falso <input type="checkbox"/> Recusa da Vítima <input type="checkbox"/> Óbito no Local <input type="checkbox"/> Vítima já Transportada ( <input type="text"/> ) <input type="checkbox"/> Outro: ( <input type="text"/> )	
7) NOME <input type="text"/>	
8) SEXO <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.    9) Idade: <input type="text"/> anos	10) Telefone <input type="text"/> - <input type="text"/>
11) End. <input type="text"/>	
12) SINAIS VITAIS:    a) Respiração <input type="text"/> mpm    b) Pulso <input type="text"/> bpm c) PA <input type="text"/> x <input type="text"/> mmHg    d) SpO2 <input type="text"/> %	
13) ALERGIAS <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim ( <input type="text"/> )    14) MEDICAMENTO <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim ( <input type="text"/> )	
15) TRAUMA	
<input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO: <input type="checkbox"/> Afogamento <input type="checkbox"/> Mordida/Picada de Animal: <input type="checkbox"/> Capotamento <input type="checkbox"/> Agressão    ( <input type="text"/> ) <input type="checkbox"/> Colisão Frontal <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> Queda <input type="checkbox"/> Colisão Lateral ( )E ( )D <input type="checkbox"/> Choque Elétrico <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Colisão de Traseira <input type="checkbox"/> Ferimento Arma Branca <input type="checkbox"/> Soterramento/Desabamento <input type="checkbox"/> Ejeção do Veículo <input type="checkbox"/> Ferimento Arma Fogo <input type="checkbox"/> Outro: ( <input type="text"/> )	
16 - LOCAL ONDE OCORREU O TRAUMA <input type="checkbox"/> Resid. <input type="checkbox"/> Trab. <input type="checkbox"/> Via Pública <input type="checkbox"/> Outro: ( <input type="text"/> )	
17 - PROBLEMAS ENCONTRADOS NO TRAUMA:	
<input type="checkbox"/> Vias Aéreas Obstruídas <input type="checkbox"/> Alteração do Nível de Consc. ECG = <input type="text"/> Hora <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Insuficiência Respiratória <input type="checkbox"/> Amputação ( <input type="text"/> ) <input type="checkbox"/> Parada Cárdio-Respiratória <input type="checkbox"/> Esmagamento ( <input type="text"/> ) <input type="checkbox"/> Suspeita de Estado de Choque <input type="checkbox"/> Ferimentos ( <input type="text"/> ) <input type="checkbox"/> Traumatismo Crânio-Encefálico <input type="checkbox"/> Fraturas ( <input type="text"/> ) <input type="checkbox"/> Suspeita de TRM (Lesão de Coluna) <input type="checkbox"/> Hemorragia ( <input type="text"/> ) <input type="checkbox"/> Traumatismo Abdominal <input type="checkbox"/> Queimadura ( <input type="text"/> ) <input type="checkbox"/> Traumatismo de Tórax <input type="checkbox"/> Outro ( <input type="text"/> )	
18) PROCEDIMENTOS EFETUADOS NO ATENDIMENTO À VÍTIMA (Resumo da ocorrência) : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
19) ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO	
a) Tipo <input type="text"/>	b) Via <input type="text"/>
c) Médico que Autorizou: <input type="text"/>	
20) Hospital de Destino <input type="text"/>	21) Número da GAE <input type="text"/>
22) ESTADO DA VÍTIMA NA ENTREGA <input type="checkbox"/> Estável <input type="checkbox"/> Instável <input type="checkbox"/> Provável óbito	
23) GUARNIÇÃO:	
a) Chefe: <input type="text"/>	Mat.: <input type="text"/>
b) Auxiliar: <input type="text"/>	Mat.: <input type="text"/>
c) Motorista: <input type="text"/>	Mat.: <input type="text"/>
<hr/> <i>Assinatura do Responsável</i>	

1ª Via: CBMDF

2ª Via: Hospital (anexar à GAE)



## ANEXO C - Termo de Recusa de Atendimento

 <p><b>G.D.F. - Secretaria de Saúde</b> <b>CONVÊNIO CBMDF E FHDF</b></p>	<p><b>TERMO DE RECUSA DE</b> <b>ATENDIMENTO</b></p>
<p>Eu, _____,</p> <p>portador do RG N.º _____ expedido pela _____, declaro para os devidos fins, que recebi esclarecimentos sobre a minha necessidade de ser transportado a um hospital para fins de avaliação e assistência médica, entretanto, recuso-me a aceitar o transporte e atendimento oferecidos pelo CBMDF, assumindo inteira responsabilidade por tal atitude, civil e penal.</p> <p style="text-align: center;">_____ de _____ de _____</p> <p><b>Horas:</b> _____</p> <p style="text-align: center;">_____ <i>Assinatura</i></p> <p><b>Testemunhas:</b></p> <p>1) _____</p> <p style="text-align: center;">_____ <i>Assinatura</i></p> <p>2) _____</p> <p style="text-align: center;">_____ <i>Assinatura</i></p>	
<b>RELAÇÃO DE PERTENCES DA VÍTIMA</b>	
1) _____	9) _____
2) _____	10) _____
3) _____	11) _____
4) _____	12) _____
5) _____	13) _____
6) _____	14) _____
7) _____	15) _____
8) _____	16) _____
<b>Responsável pela Guarda dos Pertences:</b> _____	





# Índice Remissivo



## Índice remissivo

### **A**

Acidentes com animais peçonhentos 97  
Acidente vascular cerebral 99  
Acidente de trânsito 37, 155  
Acidentes com produtos perigosos 158  
Acidentes com produtos radioativos 160  
Administração de oxigênio 122, 148  
Ações dos socorristas 57  
Ações dos técnicos 58  
Ações dos médicos 55  
Adrenalina 100, 110, 120,  
Amputação 88  
Angina do peito 38, 106  
Arritmias cardíacas 120, 137  
Atendimento inicial ao  
politraumatizado 75  
Avaliação inicial 63  
Avaliação dirigida 66  
Asma Brônquica 110  
Atropina 33, 140

### **B**

Balão de reanimação  
Auto-inflável 150  
Balão inflado por fluxo 150  
Bradycardia 86, 136, 139, 140, 144

### **C**

Choque  
Hemorrágico 81  
Cardiogênico 82  
Neurogênico 82  
Crise convulsiva 104, 123, 125  
Casos que serão atendidos pelo  
CBMDF 38  
Casos que não serão atendidos pelo  
CBMDF 39  
Colisão de viatura de emergência  
médica 47

### **D**

Dependentes químicos 125  
Drogas depressoras do SNC 125  
Drogas estimuladoras do SNC 125

Drogas perturbadoras do SNC 126  
Desabamento 37, 156, 160, 163  
Desinfecção de viaturas e materiais 49  
Desmaio 38, 114  
Doenças infecto-contagiosas 39, 40, 69

### **E**

Edema agudo de pulmão 108  
Emergências cardiológicas  
Angina do peito 106  
Infarto agudo do Miocárdio 106  
Arritmia cardíaca 106  
Emergências ortopédicas  
Ombro 79  
Úmero 79  
Cotovelo 79  
Antebraço e mão 79  
Coluna 80  
Pélvis 80  
Quadril 80  
Fêmur 80  
Joelho 80  
Tíbia e fíbula 80  
Tornozelo e pé 80  
Envenenamento 45, 98, 101, 104  
Evisceração 67, 89, 90

### **F**

Ferimentos  
Ocular 88  
Na cabeça 88  
Por arma branca 89  
Por arma de fogo 89  
No tórax 90  
Fluido, manejo 147  
Frio, queimadura por 93

### **H**

Hipertensão arterial sistêmica 109  
Hipotermia 65, 71, 96  
Hipoglicemia 104, 111, 112, 147  
Hiperglicemia 111, 112  
Hidratação  
Oral 147  
Venosa 147

**I**

Insuficiência respiratória aguda 83, 94,  
Intoxicações Exógenas  
  Ácidos cáusticos 133  
  Acetaminofem 133  
  Álcalis 134  
  Alucinógenos 134  
  Antidepressivos 134  
  Aspirina 135  
  Barbitúricos 136  
  Benzodiazepínicos 136  
  Cocaína 137  
  Hidrocarbonetos 138  
  Monóxido de carbono 138  
  Opiáceos 139  
  Organofosforados 139  
  Raticidas 140

Infarto agudo do miocárdio 106, 137  
Incêndio em edificações 162  
Intubação traqueal 151

**L**

Lesão  
  por queimadura 91  
  por frio 91  
Limpeza  
  de viaturas 49  
  de materiais 49

**M**

Máscaras faciais 149  
Mal asmático 110  
Monitorização  
  Eletrocardiograma 104, 143, 145  
  Oxímetro de pulso 146  
Massagem cardíaca 100, 118, 119, 122

**N**

Naloxone 139

**O**

Obstrução de vias aéreas por corpo  
estranho 94  
Oxigêniooterapia 148  
Oximetria de pulso 146  
Ocorrências de trauma a serem  
atendidas pelo CBMDF 37  
Ocorrências de casos clínicos a serem  
atendidas pelo CBMDF 38  
Ocorrências pediátricas  
traumáticas 115  
Ocorrências pediátricas clínicas 118  
Ocorrências obstétricas 121  
Óbito no atendimento  
pré-hospitalar 131  
Operação  
  Poços 163  
  Fossas 163  
  Valas 163  
  Galerias 163

**P**

Parto 121  
Procedimentos gerais para atendimento  
pré-hospitalar 59  
Proteção individual 69  
Pneumotórax hipertensivo 83  
Parada cardiorrespiratória  
  Adulto 99  
  Pediátrico 118  
  Recém-nascido 122  
Paciente Psiquiátrico 128  
Prevenções 64  
Pop-off, válvula 150

**Q**

Queimaduras  
  Térmicas 91  
  Químicas 92  
  Por choque elétrico 92  
  Insolação 93  
  Intermação 93

## Índice remissivo

### R

Relação de Materiais, equipamentos e drogas para as viaturas 30  
Remoção inter-hospitalar de Pacientes 40  
Registro de ocorrência de atendimento pré-hospitalar 42

### S

Submersão 78  
Síncope 114  
Sinais vitais 66

### T

Taquicardia  
    Supraventricular 106, 143  
    Ventricular sem pulso 106, 100  
Troca de materiais de consumo da Secretaria de Saúde do DF 52  
Triagem 61  
Transporte aeromédico 71  
Traumatismo crânio-encefálico 84  
Trauma raquimedular 86  
Trauma na gestante 124  
Trauma pediátrico 115

### U

Usuários de substâncias psicoativas e dependentes químicos 125

### V

Viaturas de emergência  
Ambulância de Suporte Básico 29  
Ambulância de Suporte Avançado 29  
Aeronave de Transporte médico 29  
Vias aéreas 63

