



**SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA DO CIDADÃO**

**CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE SANTA CATARINA**

**ESTADO-MAIOR GERAL**

**INSTRUÇÃO PROVISÓRIA AO MANUAL OPERACIONAL  
BOMBEIRO MILITAR**

**PROTOCOLO DO SERVIÇO DE  
ATENDIMENTO PRE-HOSPITALAR**

**2011  
(1ª Edição)**



**IP 3-MOp BM**



**SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA DO CIDADÃO**

**CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE SANTA CATARINA**

**ESTADO-MAIOR GERAL**

**INSTRUÇÃO PROVISÓRIA AO MANUAL OPERACIONAL  
BOMBEIRO MILITAR**

**PROTOCOLO DO SERVIÇO DE  
ATENDIMENTO PRE-HOSPITALAR**

Preço: R\$ \_\_\_\_\_

**2011  
(1ª Edição)**



**SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA DO CIDADÃO  
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE SANTA CATARINA  
ESTADO-MAIOR GERAL**

**PORTARIA Nr 94-EMG, DE 28 DE MARÇO DE 2011.**

Aprova as Instruções Provisórias ao Manual Operacional Bombeiro Militar - Protocolo do Serviço de Atendimento Pré-Hospitalar do CBMSC.

**O CHEFE DO ESTADO-MAIOR GERAL DO CORPO DE BOMBEIROS MILITAR**, no uso da atribuição que lhe confere o artigo 1º, do ANEXO I, da Portaria do Cmt CBM nº 93, de 10 Maio 07, combinado com o artigo 113 da IG 10-01, resolve:

Art. 1º Aprovar as Instruções Provisórias ao Manual Operacional Bombeiro Militar - Protocolo do Serviço de Atendimento Pré-Hospitalar do CBMSC, anexa a esta Portaria, 1ª edição, que com esta baixa.

Art. 2º Publicar esta no Diário Oficial do Estado e o ANEXO no Boletim do Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina.

Art. 3º Após um ano de vigência e antes de completar dois anos de vigência, estas Instruções Provisórias ao Manual Operacional Bombeiro Militar - Protocolo do Serviço de Atendimento Pré-Hospitalar do CBMSC deverão ser revisadas e atualizadas, para então serem publicadas como Manual Operacional.



**SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA DO CIDADÃO  
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE SANTA CATARINA  
ESTADO-MAIOR GERAL**

Parágrafo único. As sugestões de correções e atualização, obrigação de todos os bombeiros militares e dever da Coordenadoria do Serviço de Atendimento Pré-hospitalar - CSvAPH, devem ser encaminhadas ao Coordenador da CSvAPH e ao Chefe do EMG.

Art. 4º Estabelecer que esta Portaria entre em vigor na data de sua publicação.

---

**CARLOS AUGUSTO KNIHS - Cel BM**  
Chefe do Estado-Maior Geral

DOE nº 19.057, de 30 de março de 2011  
BCBM nº 16, de 4 de abril de 2011

**INSTRUÇÕES PROVISÓRIAS AO MANUAL OPERACIONAL  
BOMBEIRO MILITAR  
PROTOCOLO DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO  
PRÉ-HOSPITALAR DO CBMSC – IP 3-MOp BM**

**ÍNDICE DOS ASSUNTOS**

<b>Divisão</b>	<b>Discriminação</b>	<b>Prf</b>	<b>Pag</b>
<b>CAPÍTULO 1 FINALIDADE E APLICAÇÃO</b>			
	Finalidade do MOp	1-1	8
	Aplicação	1-2	8
<b>CAPÍTULO 2 DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR</b>			
	Dos objetivos do serviço de APH	2-1	9
	Dos deveres dos integrantes do SvAPH	2-2	9
	Da constituição das equipes de socorristas	2-3	10
	Das atribuições dos integrantes da GU BM	2-4	10
	Dos grupos de procedimentos padrão	2-5	14
<b>ANEXOS</b>			
<b>ANEXO A</b>	<b>SEQUÊNCIA DE PROCEDIMENTO PADRÃO</b>		
	<b>Grupo 01 - Avaliação geral da vítima</b>		
	Avaliação geral da vítima/paciente	A-1	15
	Dimensionamento da cena	A-2	15
	Avaliação inicial do paciente	A-3	16
	Avaliação dirigida para trauma ou problemas médicos	A-4	16
	Avaliação física detalhada	A-5	18
	Avaliação continuada	A-6	19
	Detalhes a serem observados	A-7	19
	Fluxograma da avaliação geral do paciente		21
<b>ANEXO B</b>	<b>SEQUÊNCIA DE PROCEDIMENTO PADRÃO</b>		
	<b>Grupo 02 – Obstrução ou parada respiratória</b>		
	Reconhecimento	B-1	22
	Tratamento pré-hospitalar	B-2	22
	Detalhes a serem observados	B-3	22

<b>Divisão</b>	<b>Discriminação</b>	<b>Prf</b>	<b>Pag</b>
<b>ANEXO C</b>	<b>SEQUÊNCIA DE PROCEDIMENTO PADRÃO</b>		
	<b>Grupo 03 – Reanimação cardiopulmonar</b>		
	Reconhecimento	C-1	24
	Tratamento pré-hospitalar	C-2	24
	Detalhes a serem observados	C-3	25
<b>ANEXO D</b>	<b>SEQUÊNCIA DE PROCEDIMENTO PADRÃO</b>		
	<b>Grupo 04 – Aspiração e oxigenoterapia</b>		
	Indicação de uso do oxigênio	D-1	26
	Tratamento pré-hospitalar	D-2	26
<b>ANEXO E</b>	<b>SEQUÊNCIA DE PROCEDIMENTO PADRÃO</b>		
	<b>Grupo 05 – Hemorragia</b>		
	Reconhecimento	E-1	29
	Tratamento pré-hospitalar	E-2	29
<b>ANEXO F</b>	<b>SEQUÊNCIA DE PROCEDIMENTO PADRÃO</b>		
	<b>Grupo 06 – Estado de choque</b>		
	Reconhecimento	F-1	31
	Tratamento pré-hospitalar	F-2	31
	Detalhes a serem observados	F-3	32
<b>ANEXO G</b>	<b>SEQUÊNCIA DE PROCEDIMENTO PADRÃO</b>		
	<b>Grupo 07 – Ferimento em tecido mole</b>		
	Reconhecimento	G-1	33
	Tratamento pré-hospitalar	G-2	33
	Ferimentos cravados	G-3	34
	Ferimentos nos olhos	G-4	34
	Ferimentos no pescoço	G-5	35
	Ferimentos abertos no tórax	G-6	35
	Amputações	G-7	35
	Ferimento abdominal com evisceração	G-8	36
Esmagamento	G-9	36	
<b>ANEXO H</b>	<b>SEQUÊNCIA DE PROCEDIMENTO PADRÃO</b>		
	<b>Grupo 08 – Fratura, luxação e entorse</b>		
	Introdução	H-1	37
	Reconhecimento	H-2	37
	Tratamento pré-hospitalar	H-3	38
	Resumo de imobilizações		39
	Detalhes a serem observados	H-4	39
<b>ANEXO I</b>	<b>SEQUÊNCIA DE PROCEDIMENTO PADRÃO</b>		

<b>Divisão</b>	<b>Discriminação</b>	<b>Prf</b>	<b>Pag</b>
	<b>Grupo 09 – Trauma (TCE, TRM) e imobilização</b>		
	Reconhecimento do trauma de crânio / encefálico / face (TCE)	I-1	41
	Tratamento pré-hospitalar	I-2	41
	Reconhecimento do trauma de coluna (raquimedular/TRM)	I-3	42
	Tratamento pré-hospitalar	I-4	43
	Reconhecimento do trauma torácico	I-5	44
	Tratamento pré-hospitalar	I-6	44
	Detalhes a serem observados	I-7	45
<b>ANEXO J</b>	<b>SEQUÊNCIA DE PROCEDIMENTO PADRÃO</b>		
	<b>Grupo 10 - Queimadura</b>		
	Reconhecimento	J-1	46
	Regra dos nove		47
	Tratamento pré-hospitalar	J-2	47
	Detalhes a serem observados	J-3	49
<b>ANEXO K</b>	<b>SEQUÊNCIA DE PROCEDIMENTO PADRÃO</b>		
	<b>Grupo 11 – Emergência médica</b>		
	Reconhecimento	K-1	50
	Tratamento pré-hospitalar	K-2	50
<b>ANEXO L</b>	<b>SEQUÊNCIA DE PROCEDIMENTO PADRÃO</b>		
	<b>Grupo 12 – Parto de emergência</b>		
	Reconhecimento	L-1	55
	Tratamento pré-hospitalar	L-2	55
	Complicações e tratamento pré-hospitalar	L-3	57
<b>ANEXO M</b>	<b>SEQUÊNCIA DE PROCEDIMENTO PADRÃO</b>		
	<b>Grupo 13 - Intoxicação</b>		
	Reconhecimento	M-1	60
	Tratamento pré-hospitalar	M-2	60
<b>ANEXO N</b>	<b>SEQUÊNCIA DE PROCEDIMENTO PADRÃO</b>		
	<b>Grupo 14 – Remoção de pacientes</b>		
	Remoção de pacientes críticos ou instáveis	N-1	65
	Remoção de pacientes potencialmente instáveis ou estáveis	N-2	65
	Detalhes a serem observados	N-3	65
	Fluxograma de procedimentos de imobilização e extração de pacientes		66

<b>Divisão</b>	<b>Discriminação</b>	<b>Prf</b>	<b>Pag</b>
<b>ANEXO O</b>	<b>SEQUÊNCIA DE PROCEDIMENTO PADRÃO</b>		
	<b>Grupo 15 – Triagem de múltiplas vítimas (Método START)</b>		
	Reconhecimento	O-1	67
	Tratamento pré-hospitalar	O-2	67
	Detalhes a serem observados	O-3	69
	Fluxograma de triagem pelo método START		70
<b>ANEXO P</b>	<b>SEQUÊNCIA DE PROCEDIMENTO PADRÃO</b>		
	<b>Grupo 16 - Biossegurança</b>		
	Cuidados pessoais dos socorristas	P-1	71
	Cuidados na abordagem da vítima/paciente	P-2	71
	Cuidados na limpeza e desinfecção de equipamentos e da viatura de emergência	P-3	72
	Detalhes a serem observados	P-4	74
<b>ANEXO Q</b>	<b>SEQUÊNCIA DE PROCEDIMENTO PADRÃO</b>		
	<b>Grupo 17 – Sinais vitais e escalas de avaliação</b>		
	Reconhecimento	Q-1	75
	Parâmetros de normalidade para avaliação de Sv	Q-2	75
	Escalas de coma de Glasgow (3-15)	Q-3	76
	Escala de trauma SCORE (1-13)	Q-4	76
	Escala APGAR	Q-5	77
<b>ANEXO R</b>	<b>SEQUÊNCIA DE PROCEDIMENTO PADRÃO</b>		
	<b>Grupo 18 – Situações especiais (Produtos perigosos)</b>		
	Reconhecimento	R-1	79
	Tratamento pré-hospitalar	R-2	79
	Detalhes a serem observados	R-3	81

**INSTRUÇÕES PROVISÓRIAS AO MANUAL OPERACIONAL  
BOMBEIRO MILITAR  
PROTOCOLO DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO  
PRÉ-HOSPITALAR DO CBMSC – IP 3-MOp BM**

**CAPÍTULO 1**

**FINALIDADE E APLICAÇÃO**

**1-1. FINALIDADE DO MOp**

A finalidade deste Manual Operacional (MOp) é o de estabelecer o protocolo (padrão mínimo de cuidados) a ser utilizado pelos integrantes do Corpo de Bombeiros Militar do Estado de Santa Catarina (CBMSC) ao executarem o Serviço de Atendimento Pré-hospitalar (SvAPH) no âmbito do Estado de Santa Catarina.

**1-2. APLICAÇÃO**

O MOp é uma publicação que trata de questões de doutrina, instrução e emprego das guarnições de prontidão do Corpo de Bombeiros Militar e serve para detalhar as ações descritas na DtzPOP Nr 2-CmdoG, de 10 Mar 10, que dispõe sobre as normas gerais de funcionamento do SvAPH prestado pelo CBMSC.

## CAPÍTULO 2

### DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

#### 2-1. DOS OBJETIVOS DO SERVIÇO DE APH

**a.** Orientar os Elementos Subordinados (ElSub) do CBMSC quanto ao planejamento e a execução do SvAPH no Estado de Santa Catarina.

**b.** Reduzir, através da implantação e operacionalização do SvAPH, o número de mortes e/ou sequelas decorrentes da falta de intervenção imediata no local do acidente, promovendo o Suporte Básico de Vida (SBV) dos pacientes e seu transporte adequado, rápido e assistido a unidade hospitalar própria para complexidade do atendimento exigido.

#### 2-2. DOS DEVERES DOS INTEGRANTES DO SvAPH

**a.** É dever de qualquer um dos integrantes do CBMSC, quando de serviço e escalado para o SvAPH estarem prontos e em condições de:

1) **prontidão** - estar preparado para responder às emergências assim que for acionado;

2) **resposta** - responder imediatamente ao acionamento emergencial de forma rápida e segura;

3) **controle da cena** - avaliar e controlar a cena da emergência, certificando-se de que o ambiente é seguro e que os meios empregados são suficientes para seu controle, gerenciando os riscos presentes e solicitando ajuda adicional quando for o caso;

4) **obtenção de acesso** - obter acesso até o(s) paciente(s);

5) **avaliação e atendimento** - determinar, ao nível de SBV, quais as necessidades do paciente e prover os cuidados necessários de acordo com este MOp;

6) **liberação** - liberar o paciente de obstáculos que prejudiquem sua remoção, sem prejuízo de seu estado inicial;

7) **transporte** - transportar o paciente de acordo com seu status, de forma rápida e segura, para a unidade de referência adequada, garantindo no percurso os cuidados necessários a manutenção da vida, de acordo com este MOp;

8) **transferência** - transferir o paciente para a equipe médica do hospital a fim de receber os cuidados adequados, reportando as observações, avaliações e condutas tomadas através de relatório verbal e escrito em conformidade com relatórios padronizados;

9) **finalização** - retornar em segurança para a sua respectiva base operacional, elaborar os relatórios complementares, limpar e desinfetar a viatura, o equipamento e a si mesmo, verificar o material, o equipamento e a viatura, tomando todas as medidas adequadas para o pronto retorno ao estado de prontidão.

## 2-3. DA CONSTITUIÇÃO DAS EQUIPES DE SOCORRISTAS

**a.** Para viaturas Auto Socorro de Urgência (ASU): 01 BM socorrista Cmt da GU, 01 BM socorrista auxiliar e 01 BM socorrista motorista.

**b.** Para aeronaves do tipo Helicóptero (Arcanjo): 01 Oficial BM piloto e Cmt de aeronave, 01 Oficial BM co-piloto e Cmt de operações aéreas e mais 2 tripulantes operacionais (socorristas).

## 2-4. DAS ATRIBUIÇÕES DOS INTEGRANTES DA GU BM

**a.** São atribuições do Cmt da GU BM da Vtr ASU:

1) conferir os materiais e equipamentos da Vtr de APH e as ordens em vigor no início do turno se serviço, desencadeando as providências necessárias de acordo com as normas em vigor no

respectivo ElSub (Organização de Bombeiro Militar - OBM ou Grupo Bombeiro Militar - GBM) em que estiver servindo;

2) fiscalizar o uso dos materiais e equipamentos de acordo com os procedimentos adequados, zelando por seu bom uso e conservação;

3) garantir que a equipe esteja em condições de deslocar imediatamente após o acionamento;

4) comunicar-se com a central de operações e cumprir suas determinações;

5) garantir a segurança da equipe, do paciente e dos curiosos presentes na cena de emergência;

6) dimensionar a cena da emergência, desencadeando as providências necessárias para gerenciar os riscos potenciais existentes;

7) garantir o atendimento do paciente de acordo com este MOp;

8) participar do atendimento como líder da equipe e:

a) transportar a bolsa principal de atendimento;

b) realizar a avaliação geral do paciente;

c) realizar a entrevista;

d) realizar o exame físico do paciente; e

e) auxiliar no transporte do paciente até a viatura ASU;

9) realizar a avaliação continuada do paciente durante o deslocamento do mesmo até a unidade hospitalar de referência;

10) registrar corretamente nos formulários padronizados as informações referentes ao atendimento realizado;

11) repassar verbalmente e por escrito as informações do socorro ao profissional que recebe o paciente na unidade hospitalar de referência;

12) conferir os materiais e equipamentos e a viatura ao término do atendimento, efetuando a reposição de materiais de consumo e a limpeza do veículo;

13) repassar a central de operações (ou inserir no sistema informatizado) as informações referentes ao atendimento prestado;

14) zelar pela disciplina, motivação, apresentação e nível técnico de sua equipe de APH; e

15) cumprir e fazer cumprir os procedimentos, ordens e orientações em vigor.

**b. São atribuições do Socorrista BM da Vtr ASU:**

- 1) dimensionar a emergência, identificando e gerenciando situações de risco e estabelecendo a área de operação;
- 2) orientar a movimentação de equipes policiais (PM, PC, PRF) e de saúde (SAMU e particulares) na cena de emergência;
- 3) realizar manobras de suporte básico de vida;
- 4) obter acesso e remover a(s) vítima(s) para local seguro onde possa(m) receber o atendimento adequado e transportar a(s) vítima(s) para a unidade hospitalar de referência;
- 5) estabilizar veículos acidentados;
- 6) realizar manobras de desencarceramento e extração manual ou com emprego de equipamentos especializados de bombeiro;
- 7) avaliar as condições do paciente e identificar o nível de consciência, as vias aéreas, a respiração, a circulação e a existência de hemorragias, assim como as condições gerais do paciente e as circunstâncias da ocorrência, incluindo informações de testemunhas;
- 8) conhecer as técnicas de transporte do paciente traumatizado;
- 9) manter vias aéreas abertas com manobras manuais e não invasivas, administrar oxigênio e realizar ventilação artificial;
- 10) realizar circulação artificial por meio da técnica de compressão torácica externa;
- 11) realizar desfibrilação por meio de aparelho desfibrilador semi automático (DEA);
- 12) controlar sangramento externo, por pressão direta, elevação do membro e ponto de pressão, utilizando curativos e bandagens;
- 13) mobilizar e remover pacientes com proteção da coluna vertebral, utilizando colares cervicais, pranchas e outros equipamentos de imobilização e transporte;
- 14) aplicar curativos e bandagens;
- 15) imobilizar fraturas utilizando os equipamentos disponíveis;
- 16) prestar o primeiro atendimento à intoxicações, de acordo com orientação médica do SAMU ou protocolos acordados;
- 17) dar assistência ao parto normal em período expulsivo e realizar manobras básicas ao recém-nato e parturiente;
- 18) dar assistência a pacientes merecedores de cuidados especiais (surdos, mudos e cegos, portadores de deficiências física ou mental, pacientes estrangeiros e idosos);

19) manter-se em contato com a central de operações repassando os informes iniciais e subsequentes sobre a situação da cena e do(s) paciente(s);

20) conhecer e saber operar todos os equipamentos e materiais pertencentes a veículo de atendimento;

21) conhecer e usar equipamentos de bioproteção individual;

22) realizar triagem de múltiplas vítimas pelo método START;

23) preencher os formulários e registros obrigatórios do SvAPH; e

24) transferir o paciente para a unidade hospitalar de referência, repassando todas as informações do atendimento à equipe de saúde.

#### c. São atribuições do Motorista BM da Vtr ASU:

1) fazer a manutenção de primeiro escalão, revisar a viatura e seus sistemas no início e no final do turno de serviço, e após cada atendimento, desencadeando as providências necessárias de acordo com as normas em vigor na Corporação;

2) garantir que a viatura esteja em boas condições de uso e abastecida durante todo o seu turno de serviço;

3) após o acionamento, conduzir a viatura para o local da ocorrência, procurando o melhor trajeto, respeitando a legislação de trânsito e as normas da direção defensiva;

4) posicionar corretamente a viatura na cena da emergência, facilitando o acesso ao salão de atendimento e protegendo a equipe de atendimento;

5) sinalizar e isolar a área de atendimento com uso de equipamentos próprios;

6) participar do atendimento como auxiliar do Cmt GU realizando o transporte das pranchas rígidas e macas ou outros materiais determinados e participando do atendimento em conjunto com a equipe, bem como auxiliando no transporte do paciente até a viatura ASU;

7) conduzir a GU BM de socorristas e o paciente de forma segura e rápida até a unidade hospitalar de referência;

8) chegando à unidade hospitalar de referência, posicionar a viatura respeitando as orientações da direção do estabelecimento hospitalar;

- 9) comunicar a central de operações sobre sua chegada no local da ocorrência, sobre o deslocamento da cena de emergência e sua chegada na unidade hospitalar de referência, sobre o deslocamento do hospital e sua chegada na respectiva base operacional; e
- 10) preencher e assinar o roteiro de viatura.

## 2-5. DOS GRUPOS DE PROCEDIMENTOS PADRÃO

**a.** As sequencias de procedimentos que caracterizam o padrão de atendimento do SvAPH do CBMSC divide-se em:

- 1) Grupo 01 – avaliação geral da vítima;
- 2) Grupo 02 – obstrução ou parada respiratória;
- 3) Grupo 03 – reanimação cardiopulmonar;
- 4) Grupo 04 – aspiração e oxigenoterapia;
- 5) Grupo 05 – hemorragia;
- 6) Grupo 06 – estado de choque;
- 7) Grupo 07 – ferimento em tecido mole;
- 8) Grupo 08 – fratura, luxação e entorse;
- 9) Grupo 09 – trauma (TCE, TRM);
- 10) Grupo 10 – queimadura;
- 11) Grupo 11 – emergência médica;
- 12) Grupo 12 – parto de emergência;
- 13) Grupo 13 – intoxicação;
- 14) Grupo 14 – remoção de pacientes;
- 15) Grupo 15 - triagem START;
- 16) Grupo 16 – biossegurança;
- 17) Grupo 17 – sinais vitais e escalas de avaliação; e
- 18) Grupo 18 – situações especiais (produtos perigosos).

**b.** Os procedimentos que caracterizam o padrão de atendimento para cada um dos grupos acima descritos são apresentados a seguir nos ANEXOS de “A” a “R” do presente MOP.

## **ANEXO A**

### **SEQUÊNCIA DE PROCEDIMENTO PADRÃO GRUPO 01 – Avaliação geral da vítima**

#### **A-1. AVALIAÇÃO GERAL DA VÍTIMA/PACIENTE**

**a.** O processo de avaliação geral do paciente divide-se em cinco fases distintas, a saber:

- 1) dimensionamento da cena;
- 2) avaliação inicial do paciente;
- 3) avaliação dirigida para trauma ou para problemas médicos;
- 4) avaliação física detalhada; e
- 5) avaliação continuada.

#### **A-2. DIMENSIONAMENTO DA CENA**

**a.** Revise as informações do despacho (localização exata da emergência, natureza da emergência, número de pessoas envolvidas, existência de perigos no local da ocorrência, etc.).

**b.** Adote medidas de proteção pessoal (uso de EPI).

**c.** Verifique as condições de segurança nos 3 níveis (segurança pessoal, segurança da vítima/paciente e segurança de terceiros) e gerencie os riscos presentes (sinalize e isole o local, estabilize veículos, faça o controle do tráfego, desligue cabos elétricos energizados, desligue motores automotivos, remova vítimas em situação de risco iminente, entre outros).

**d.** Observe mecanismos de trauma ou a natureza da doença.

**e.** Verifique o número de vítimas e a necessidade do acionamento de recursos adicionais (equipes especializadas para controlar

emergências envolvendo produtos perigosos, manutenção da rede elétrica, guarnições de combate a incêndio, guarnições policiais, equipes de saúde do SAMU, necessidade de helicópteros, etc.).

### A-3. AVALIAÇÃO INICIAL DO PACIENTE

**a.** Forme uma **impressão geral** do paciente.

**b.** Avalie o **nível de consciência** (verificar o status mental através da Escala AVDI – alerta, verbal, dor, inconsciente).

**c.** Durante a realização da avaliação inicial, caso o paciente esteja consciente e orientado, é importante que o socorrista se apresente dizendo seu nome, identificando-se como pessoa tecnicamente capacitada e solicitando permissão para prestar o socorro (pedido formal de consentimento).

**d.** Avalie a permeabilidade das **vias aéreas** e a **coluna cervical** (se não houver suspeita de lesão cervical, abra as VA através da manobra da inclinação da cabeça e elevação da mandíbula; nos casos de trauma, a manobra para a abertura das VA deverá ser realizada através da técnica denominada de empurre mandibular - manobra modificada).

**e.** Avalie a **respiração** (use a técnica VOS – ver, ouvir e sentir).

**f.** Avalie a **circulação** (presença de pulso carotídeo palpável e hemorragias graves).

**g.** decida a **prioridade para o transporte** do paciente (nos casos de trauma decida com base na Escala CIPE – crítico, instável, potencialmente instável e estável).

### A-4. AVALIAÇÃO DIRIGIDA PARA TRAUMA OU PROBLEMAS MÉDICOS

**a.** A avaliação dirigida divide-se em três passos, a saber:

- 1) entrevista;
- 2) aferição de sinais vitais; e
- 3) exame físico.

**b.** Entrevista:

1) entrevistar a vítima/paciente, ou na sua impossibilidade, familiares ou testemunhas);

2) perguntar:

a) nome e idade da vítima (se é menor, procure contatar com seus pais ou um adulto conhecido);

b) o que aconteceu?, (para identificar a natureza da lesão ou doença);

c) a quanto tempo isso aconteceu?, (somente nos casos clínicos);

d) você está sentindo algo?, o quê você está sentindo?;

e) você tem algum problema de saúde?;

f) você tem tomado algum remédio?;

g) você ingeriu algum alimento ou bebida?; e

h) você é alérgico a alguma coisa?

**c.** Aferição dos sinais vitais:

1) aferir e anotar:

a) respiração (frequência e característica - ritmo, profundidade, facilidade e sons);

b) pulsação (frequência e características - ritmo e força);

c) pressão arterial; e

d) temperatura relativa da pele e seu aspecto geral.

**d.** Exame físico:

1) realizar o exame físico da vítima/paciente (esse exame poderá ser localizado, em função da queixa principal da vítima/paciente, ou completo – ver sequência A-5 para exame completo da “cabeça aos pés”).

## A-5. AVALIAÇÃO FÍSICA DETALHADA

**a.** Verifique a região posterior e anterior do pescoço (região cervical), procurando identificar deformidades ou pontos dolorosos; se você perceber qualquer indício de trauma, pare o exame e imobilize a cabeça e o pescoço aplicando um colar cervical de tamanho apropriado.

**b.** Verifique a cabeça (couro cabeludo), procurando identificar deformidades, ferimentos, contusões, edemas ou hemorragias.

**c.** Verifique a testa e a face do paciente procurando identificar deformidades, ferimentos, descolorações ou qualquer sinal indicativo de trauma de crânio.

**d.** Inspeccione os olhos e pálpebras, verificando o diâmetro, a simetria e a reação a luz das pupilas.

**e.** Identifique a presença de sangue ou líquido no nariz e orelhas.

**f.** Examine a boca do paciente, observando sinais de obstrução das vias aéreas, presença de sangue e alterações no hálito.

**g.** Inspeccione ombros apalpando a clavícula e a escápula do paciente, bilateralmente, procure por deformidades, ferimentos, hemorragias ou edemas.

**h.** Inspeccione e apalpe as regiões anterior e lateral do tórax do paciente e avalie os movimentos respiratórios, deformidades, fraturas, áreas de contusão ou edemas.

**i.** Inspeccione e apalpe os quatro quadrantes abdominais; procure identificar dor, presença de rigidez, contusões, ferimentos, hemorragias, eviscerações e verifique a sensibilidade e o tônus/rigidez em cada um dos quadrantes separadamente.

**j.** Inspeção e apalpe as regiões anterior, lateral e posterior da pelve; pesquise instabilidade, dor, ferimentos ou hemorragias e procure identificar lesões na região dos genitais e priapismo nos homens.

**k.** Inspeção e apalpe as extremidades inferiores (uma de cada vez); pesquise por ferimentos, deformidades, hemorragias ou edemas e cheque a presença de pulso distal, a capacidade de movimentação, a perfusão e a sensibilidade.

**l.** Inspeção e apalpe as extremidades superiores (uma de cada vez); pesquise por ferimentos, deformidades, hemorragias ou edemas e cheque a presença de pulso distal, a capacidade de movimentação, a perfusão e a sensibilidade.

**m.** Realize o rolamento em monobloco e inspeção a região dorsal; apalpe e pesquise visualmente as costas, coluna vertebral e as nádegas e procure deformidades, áreas de contusão, ferimentos e hemorragias.

**n.** Role o paciente sobre uma maca rígida e imobilize-o para em seguida, iniciar seu transporte.

## A-6. AVALIAÇÃO CONTINUADA

**a.** Após posicionar a vítima/paciente no interior do veículo de emergência e iniciar seu transporte para a unidade hospitalar, permaneça monitorando suas condições.

**b.** Reavalie a vítima/paciente a cada cinco minutos (no caso de pacientes instáveis) e a cada quinze minutos (no caso de pacientes estáveis).

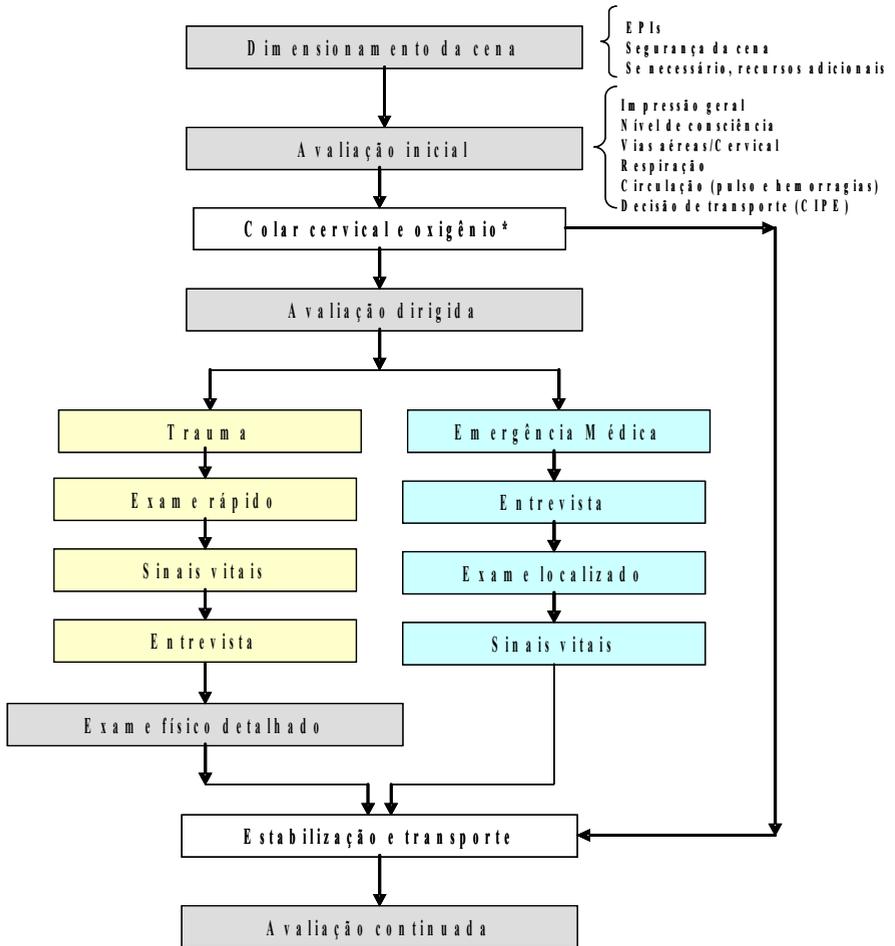
## A-7. DETALHES A SEREM OBSERVADOS

a. Pacientes **críticos** ou **instáveis** devem ser transportados de imediato; nesses casos, a avaliação dirigida e a avaliação física detalhada poderão ser realizadas durante o transporte para o hospital, no interior do salão da viatura de emergência, simultaneamente com as medidas de suporte básico de vida. Já no caso dos pacientes **potencialmente instáveis** ou **estáveis**, o socorrista deverá continuar a avaliação, ainda na cena da emergência, e transportar o paciente somente após sua estabilização.

b. Recomenda-se que o socorro pré-hospitalar (incluindo a avaliação, a estabilização e o início do transporte) seja realizado num prazo máximo de 3 a 5 minutos nos casos de pacientes graves (críticos e instáveis) e, entre 10 a 12 minutos nos casos de pacientes estáveis (potencialmente estáveis e estáveis), de forma a garantir o atendimento integral do paciente dentro da chamada *hora de ouro* do trauma (60 minutos).

c. Veja a seguir, fluxograma da avaliação geral de pacientes.

## Fluxograma da Avaliação Geral do Paciente



### OBSERVAÇÃO

**a.** No caso de trauma, o socorrista deve aplicar o colar cervical e, em seguida, avaliar a necessidade de oxigênio suplementar.

**b.** No caso de uma emergência médica não se faz necessária a imobilização da região cervical.

**c.** Em caso de parada respiratória ou respiração inadequada (abaixo de 8 movimentos respiratórios por minuto) iniciar ventilação positiva com oxigênio a 100%.

**d.** Se o paciente encontra-se inconsciente ou está alerta com respiração rápida e superficial (acima de 24 movimentos respiratórios por minuto), iniciar oferta de oxigênio em alta concentração através do uso de máscara facial com reservatório de oxigênio (regular o fluxômetro de 12 a 15 litros por minuto).

## **ANEXO B**

### **SEQUÊNCIA DE PROCEDIMENTO PADRÃO GRUPO 02 – Obstrução ou parada respiratória**

#### **B-1. RECONHECIMENTO**

- a.** Confirmar a obstrução ou ausência de respiração.

#### **B-2. TRATAMENTO PRÉ-HOSPITALAR**

- a.** Posicionar a vítima deitada.
- b.** Abrir as vias aéreas (com elevação do queixo e inclinação da cabeça).
- c.** Verificar se a vítima está respirando (técnica ver, ouvir e sentir).
- d.** Efetuar 2 (duas) ventilações rápidas (cerca de 1 segundo cada).
- e.** Continuar ventilando (1 sopro a cada 5 ou 6 segundos para socorrer adultos e crianças e 1 ventilação a cada 3 segundos para socorrer bebês).
- f.** Se o ar não passa ou não há expansão torácica, tratar como se a vítima estivesse com obstrução total das vias aéreas.

#### **B-3. DETALHES A SEREM OBSERVADOS**

- a.** Sempre que possível, realize a respiração de resgate com o auxílio de um equipamento de proteção (máscara facial), evitando o seu contato direto com a boca da vítima.

**b.** Nos acidentes com suspeita de traumatismo cervical (lesão no pescoço) a manobra de extensão da cabeça é substituída pela manobra modificada.

**c.** A compressão subdiafrágica (manobra de Heimlich) é recomendada para o tratamento pré-hospitalar de obstrução total das vias aéreas (engasgamento); se a obstrução é parcial (a vítima pode respirar, tossir, falar) não interferir e apenas acalmar a vítima.

## ANEXO C

### SEQUÊNCIA DE PROCEDIMENTO PADRÃO GRUPO 03 – Reanimação cardiopulmonar

#### C-1. RECONHECIMENTO

**a.** Confirmar rapidamente a PCR avaliando se o paciente está inconsciente (não responsivo), com respiração ausente ou anormal (com gasping) e sem pulso carotídeo palpável (não ultrapassar 10 segundos).

#### C-2. TRATAMENTO PRÉ-HOSPITALAR

**a.** Posicionar a vítima deitada sobre uma superfície dura e plana.

**b.** Iniciar 30 (trinta) compressões torácicas (num ritmo de 100 compressões por minuto e com profundidade de 5 cm para adultos e crianças e 4 cm para bebês).

**c.** Abrir as vias aéreas (com elevação do queixo e inclinação da cabeça ou manobra modificada em caso de trauma) e efetuar 2 (duas) ventilações rápidas (cerca de 1 segundo cada).

**d.** Manter as compressões e ventilações na frequência de 30:2 (verificar o retorno do pulso carotídeo a cada 2 minutos – quando em equipe, alterar o socorrista que aplica as compressões a cada 2 minutos).

**e.** Se não houver retorno do pulso, a RCP deve ser reiniciada pelas compressões torácicas.

**f.** Posicione e use o DEA assim que estiver disponível.

**g.** Minimizar as interrupções nas compressões torácicas antes e após o choque.

**h.** Reiniciar a RCP começando sempre pelas compressões imediatamente após cada choque.

### C-3. DETALHES A SEREM OBSERVADOS

**a.** No socorro de crianças (1 a 8 anos) comprima o tórax apenas com a palma de uma mão.

**b.** No caso de bebês (0 a 1 ano), ventile através da técnica boca-boca/nariz, apalpe o pulso braquial em substituição ao carotídeo e comprima o tórax com apenas dois dedos.

## ANEXO D

### SEQUÊNCIA DE PROCEDIMENTO PADRÃO GRUPO 04 – Aspiração e oxigenoterapia

#### D-1. INDICAÇÕES DE USO DO OXIGÊNIO

**a.** Uma vítima pode necessitar de oxigênio para uma variedade bastante grande de traumas ou patologias como insuficiência cardíaca, infarto do miocárdio, insuficiências respiratórias, traumas e ferimentos com hemorragias, trabalho de parto com complicações, intoxicações, etc..

**b.** Em todos os casos, devemos sempre considerar a possibilidade de uma condição básica, a hipóxia (condição na qual há uma deficiência na quantidade de oxigênio que alcança os tecidos do organismo).

#### D-2. TRATAMENTO PRÉ-HOSPITALAR

**a.** Técnica de aspiração:

- 1) inspecione e prepare o equipamento de aspiração;
- 2) posicione adequadamente o paciente;
- 3) abra a boca do paciente utilizando a técnica dos dedos cruzados;
- 4) insira o cateter rígido na boca até atingir a faringe e iniciar a aspiração;
- 5) proceda a aspiração por cerca de quinze segundos e volte a oxigenar o paciente; e
- 6) repetir a técnica até desobstruir completamente as vias aéreas.

**b.** Técnica da colocação de cânula orofaríngea:

1) coloque o paciente na posição correta e com as vias aérea abertas;

2) escolha o tamanho correto da cânula (medir do lóbulo da orelha ao canto da boca ou ângulo da mandíbula ao centro dos dentes);

3) abrir a boca do paciente com a técnica de cruzar os dedos polegar e indicador;

4) introduzir a cânula com a extremidade contra o céu da boca do paciente (pálato duro) e posicionar a cânula girando-a 180 graus; e

5) **observação:** diferentemente dos adultos, a cânula orofaríngea é introduzida em crianças na mesma posição em que ficará após a sua colocação; **cuidado!**, se a cânula escolhida pelo socorrista for muito longa, ela poderá pressionar a epiglote, produzindo obstrução; se for muito curta também não será eficiente.

#### c. Técnica de oxigenoterapia:

1) inspecione e prepare o equipamento de oxigenoterapia:

a) retirar o capacete que protege a válvula do cilindro - se houver;

b) retirar o lacre da válvula do cilindro;

c) acoplar na válvula o regulador de pressão;

d) conectar o frasco umidificador com a mangueira e a máscara facial adequada (adulto ou criança);

e) conectar o frasco aspirador com a mangueira de aspiração e preparar os aspiradores rígidos; e

f) abrir a válvula vagarosamente, sem o uso de qualquer ferramenta, para evitar danos ao cilindro e diminuir a possibilidade de vazamentos);

2) regule o fluxo de saída de oxigênio conforme necessidade da vítima (10 a 15 lpm);

3) ajuste a máscara na face da vítima e oriente para que respire lenta e profundamente;

4) o CBMSC recomenda:

a) o uso de máscara facial, sem reinalação, que deve ser utilizada para oferecer concentrações mais elevadas de oxigênio (fluxo de 10-15 lpm);

- b) assegure-se de inflar o reservatório antes de colocar a máscara na face do paciente;
  - c) faça isso obstruindo com seu dedo a saída de ar da máscara;
  - d) o fluxo mínimo, quando se usa esta máscara é de dez litros por minuto;
  - e) também poderá ser utilizado cateter nasal para oferecer oxigênio pelas narinas do paciente através de duas cânulas plásticas;
  - f) esse procedimento é utilizado para oferecer baixas concentrações de oxigênio; e
  - g) recomenda-se um fluxo máximo de seis litros por minuto, pois além dessa quantidade o equipamento torna-se desconfortável ao paciente;
- 5) **Atenção:** não administrar oxigênio umidificado devido ao risco de contaminação cruzada.

## ANEXO E

### SEQUÊNCIA DE PROCEDIMENTO PADRÃO GRUPO 05 – Hemorragia

#### E-1. RECONHECIMENTO

**a.** Hemorragia (ou sangramento) é definida como a perda do volume sanguíneo circulante.

**b.** A hemorragia pode ser interna ou externa e em ambos os casos é perigosa.

**c.** Os sinais e sintomas mais comuns de uma hemorragia são:

- 1) agitação;
- 2) palidez;
- 3) sudorese;
- 4) pele fria e úmida;
- 5) fraqueza;
- 6) pulso fraco e rápido (acima de 100 bpm);
- 7) baixa pressão arterial ou hipotensão (PA sistólica abaixo de 100 mmHg);
- 8) sede;
- 9) estado de choque; e
- 10) morte por hipovolemia.

#### E-2. TRATAMENTO PRÉ-HOSPITALAR

**a.** Hemorragia externa:

- 1) exponha o ferimento, se necessário corte roupas;
- 2) controle o sangramento pressionando diretamente sobre o ferimento com a ajuda de compressas de gaze;

3) fixe a compressa com a ajuda de ataduras de crepon ou bandagens triangulares;

4) caso o sangramento persistir, mantenha a área lesada a região que sangra em uma posição mais elevada que o resto do corpo, pois este procedimento contribuirá para diminuir o fluxo de sangue circulante (somente se este procedimento não agravar a situação) ou comprima com suas mãos protegidas diretamente sobre os pontos arteriais;

5) Não remova as compressas de gaze após aplicá-las sobre o ferimento, se necessário, aplique outras compressas sobre as primeiras para fazer cessar o sangramento;

6) Oferte oxigênio complementar e previna o estado de choque;

7) Inicie o transporte do paciente para a unidade hospitalar indicada; e

8) **observação:** o emprego do torniquete, apesar de fazer cessar o sangramento, impede a circulação na parte mais distal da extremidade onde é aplicado e também possibilita o acúmulo de toxinas nessa região, por esse motivo, NÃO deve ser utilizado; assim, nos casos graves, sugere-se o emprego combinado das três técnicas anteriores (compressão direta, elevação e compressão sobre os pontos arteriais).

#### **b. Hemorragia interna:**

1) identifique a suspeita de hemorragia interna (os sinais e sintomas das hemorragias internas são idênticos aos de uma hemorragia externa, além disso, a vítima poderá tossir sangue, vomitar sangue, sangrar pelo nariz, ouvidos, boca, reto ou órgãos genitais);

2) afrouxe roupas apertadas, esteja preparado para o vômito e não dê nada de comer ou beber para o paciente;

3) oferte oxigênio complementar e previna ou trate o estado de choque; e

4) inicie o transporte do paciente para a unidade hospitalar indicada.

## ANEXO F

### SEQUÊNCIA DE PROCEDIMENTO PADRÃO GRUPO 06 – Estado de choque

#### F-1. RECONHECIMENTO

**a.** O passo inicial no tratamento do choque é reconhecer a sua presença.

**b.** A vítima em choque geralmente apresenta:

- 1) pulso acelerado;
- 2) respiração rápida e superficial;
- 3) palidez da pele;
- 4) agitação;
- 5) sede;
- 6) pele fria e úmida;
- 7) náusea; e
- 8) pressão arterial abaixo do limite de normalidade e/ou perda de consciência.

**c.** Um quadro de pressão arterial em queda com perda progressiva da consciência em conjunto com a elevação da respiração e pulso, indica fortemente a presença do choque.

#### F-2. TRATAMENTO PRÉ-HOSPITALAR

**a.** Se possível, controle a causa do choque (controle hemorragias, imobilize fraturas, etc.).

**b.** Posicione a vítima deitada e desobstrua suas vias aéreas.

**c.** Eleve as extremidades inferiores cerca de 20 a 30 centímetros (se não houver fraturas).

**d.** Afrouxe as roupas da vítima/paciente e impeça a perda de calor corporal.

**e.** Esteja preparado para o vômito e não dê nada de comer ou beber para o paciente.

**f.** Oferte oxigênio complementar.

**g.** Promova suporte emocional e tranquilize o paciente.

**h.** Inicie o transporte do paciente para a unidade hospitalar indicada.

### F-3. DETALHES A SEREM OBSERVADOS

**a.** O socorrista deverá estar preparado para identificar e socorrer vítimas de choque anafilático.

**b.** Este tipo de choque pode ser definido como uma forte reação alérgica, potencialmente fatal, que poderá ocorrer em pessoas mais sensíveis, após a ingestão de certos alimentos, a injeção de medicamentos específicos ou a picada de alguns insetos.

**c.** Além dos sinais e sintomas característicos do choque, nesses casos o socorrista poderá identificar também:

- 1) ansiedade;
- 2) erupções avermelhadas e generalizadas na pele;
- 3) inchaço na região do rosto e pescoço;
- 4) edema ao redor dos olhos; e
- 5) respiração bastante deficiente com dor no peito e presença de chiado.

**d.** Nesses casos, o socorrista deverá transportar o paciente com urgência para o ambiente hospitalar, numa posição semi-sentada, pois a vítima necessita de medidas de suporte avançado de vida.

## ANEXO G

### SEQUÊNCIA DE PROCEDIMENTO PADRÃO GRUPO 07 – Ferimento em tecido mole

#### G-1. RECONHECIMENTO

- a.** Qualquer rompimento anormal da superfície do corpo é chamado de ferimento.
- b.** A maioria dessas lesões comprometem os tecidos moles, a pele e os músculos.
- c.** De forma geral, os ferimentos logo que ocorrem, causam dor, produzem sangramentos e podem causar infecções.

#### G-2. TRATAMENTO PRÉ-HOSPITALAR

- a.** Exponha o ferimento, se necessário corte e remova roupas para melhor visualizar a região lesada.
- b.** Cubra o ferimento com um curativo estéril (compressa de gaze e atadura) para controle de sangramentos e prevenir a contaminação.
- c.** Se a ferida estiver suja ou se foi provocada por um objeto contaminado, o socorrista deve limpar o local com o uso de água e sabão.
- d.** Evite a dor e a contaminação utilizando materiais esterilizados para fazer o curativo inicial e manuseando a vítima com cuidado.
- e.** Se necessário, oferte oxigênio complementar.
- f.** Promova suporte emocional e tranquilize o paciente.

**g.** Inicie o transporte do paciente para a unidade hospitalar indicada.

**h.** Observações:

1) abrasões ou escoriações, ferimentos incisos e lacerações devem ser protegidas com curativo estéril, fixado com ataduras ou bandagens triangulares;

2) ferimentos penetrantes ou perfurantes devem ser cobertas completamente com curativo estéril e examinadas para ver se existem orifícios de saída (avalie e considere lesões de órgãos internos, quando o ferimento localizar-se nas regiões do tórax ou abdômen);

3) avulsões devem ter os retalhos recolocados sobre o ferimento e serem protegidas com curativo estéril; e

4) ferimentos contusos devem ser tratados com imobilização da área afetada e controle da hemorragia, caso houver.

### G-3. FERIMENTOS CRAVADOS

**a.** Não remova corpos estranhos (facas, lascas de madeira, pedaços de vidro ou ferragens) que estejam fixados em ferimentos (isso pode causar hemorragia grave ou lesar ainda mais nervos e músculos).

**b.** Controle as hemorragias por compressão e use curativos volumosos para estabilizar o objeto cravado (aplique ataduras ao redor do objeto, a fim de estabilizá-lo e mantenha a compressão durante todo o trajeto até a unidade hospitalar).

### G-4. FERIMENTOS NOS OLHOS

**a.** Não comprima diretamente sobre os olhos e sim, cubra o globo ocular lesado com um curativo úmido, protegido com um copo plástico e compressas de gaze.

**b.** Tampe ambos os olhos do paciente para evitar que os mesmos se movimentem e agravem a lesão.

#### G-5. FERIMENTOS NO PESCOÇO

**a.** Controle o sangramento com compressão direta sobre a ferida (inicialmente, use a própria mão enluvada).

**b.** Aplique um curativo oclusivo com cobertura de plástico sobre o ferimento, fixando-o com uma bandagem larga, sem comprimir ambos os lados do pescoço (use a técnica do 8) e transporte com prioridade.

#### G-6. FERIMENTO ABERTO NO TÓRAX

**a.** Se houver ferida aberta no tórax (ferimento aspirante – o socorrista percebe o ar entrando e saindo pelo orifício), providencie o tamponamento da ferida com um curativo oclusivo em material plástico (curativo de três pontas).

**b.** Transporte com prioridade.

#### G-7. AMPUTAÇÕES

**a.** Em função da possibilidade de reimplante, as amputações devem receber curativo e a parte amputada deve ser envolta em gaze estéril umedecida com soro fisiológico e acondicionada dentro de um saco plástico em caixa ou saco plástico repleto de gelo moído (o frio ajudará a preservar a parte amputada).

**b.** Não lave a parte amputada e não ponha algodão em nenhuma superfície em carne viva.

c. Transporte com prioridade.

## G-8. FERIMENTO ABDOMINAL COM EVISCERAÇÃO

**a.** Se houver saída de órgãos (evisceração abdominal), exponha a lesão e cubra-a com um curativo úmido (não tente recolocar as vísceras para dentro do abdome).

**b.** Fixe o curativo com esparadrapo ou uma atadura não muito apertada e transporte com prioridade na posição supina com as pernas fletidas para diminuir a tensão abdominal.

## G-9. ESMAGAMENTO

**a.** Em caso de esmagamento (normalmente encontrados nos acidentes de trânsito, acidentes de trabalho, desabamentos e colapsos estruturais), se a vítima ficar presa por qualquer período de tempo, complicações muito sérias poderão ocorrer (danos nos tecidos, especialmente nos músculos, hemorragia e choque, acúmulo de toxinas que podem levar a um colapso dos rins).

**b.** Evite puxar a vítima tentando liberá-la (solicite a presença de uma equipe de resgate).

**c.** Controle qualquer sangramento externo e imobilize qualquer suspeita de fratura.

**d.** Trate o estado de choque e promova suporte emocional ao paciente, conduzindo-o com prioridade assim que estiver liberado.

## ANEXO H

### SEQUÊNCIA DE PROCEDIMENTO PADRÃO GRUPO 08 – Fratura, luxação e entorse

#### H-1. INTRODUÇÃO

**a.** O esqueleto humano é a estrutura de sustentação do corpo sobre o qual se apoiam todos os tecidos.

**b.** Os ossos podem quebrar-se (fratura), desencaixar-se em alguma articulação (luxação) ou ambos.

**c.** Os músculos e os tendões que os ligam aos ossos podem também ser distendidos ou rompidos.

#### H-2. RECONHECIMENTO

**a.** Fraturas:

- 1) dor no local da lesão;
- 2) edema (inchaço);
- 3) deformidade;
- 4) incapacidade funcional;
- 5) exposições ósseas;
- 6) palidez ou cianose das extremidades; e
- 7) redução de temperatura na extremidade lesada.

**b.** Luxações:

- 1) dor intensa no local da lesão;
- 2) edema (inchaço);
- 3) deformidade grosseira no local da lesão; e
- 4) incapacidade funcional.

**c. Entorses:**

- 1) dor intensa no local da lesão;
- b. edema (inchaço); e
- c. presença de equimose no local da articulação.

### H-3. TRATAMENTO PRÉ-HOSPITALAR

**a.** A imobilização provisória é o socorro mais indicado no tratamento de suspeita de fraturas, luxações e entorses.

**b.** Quando executada de forma adequada, a imobilização alivia a dor, diminui a lesão tecidual, o sangramento e a possibilidade de contaminação de uma ferida aberta.

**c.** As regras gerais de uma boa imobilização são:

1) exponha o local da lesão (remova ou corte roupas, se necessário);

2) controle hemorragias e proteja feridas, caso houver (use sempre curativos estéreis);

3) evite a movimentação excessiva e não empurre fragmentos ósseos para dentro do ferimento, nem tente removê-los;

4) observe e anote a circulação (perfusão e presença de pulso distal), a sensibilidade e a motricidade (capacidade motora) da extremidade lesada antes e após completar a imobilização;

5) reúna e prepare todo o material de imobilização (colar cervical, talas rígidas ou moldáveis, pranchas rígidas, travesseiros, ataduras);

6) alinhe a estrutura lesionada e imobilize-a usando uma tensão suave para que o local fraturado possa ser corretamente alinhado e imobilizado (imobilizar toda a estrutura óssea, uma articulação acima e outra abaixo da lesão);

7) se necessário, ofereça oxigênio complementar e trate o choque;

8) promova suporte emocional e tranquilize o paciente; e

9) Inicie o transporte do paciente para a unidade hospitalar indicada.

## RESUMO DE IMOBILIZAÇÕES

<b>Local da lesão</b>	<b>Conduta de imobilização</b>
Pescoço (coluna cervical)	Leve tração manual, aplicação de colar cervical e imobilização em prancha longa ou KED
Costas (região dorsal)	Aplicação de colar cervical e imobilização em prancha longa ou KED
Tórax (costelas e esterno)	Imobilização com uso de tipoia com bandagem triangular e/ou atadura
Clavícula	Imobilização com uso de tipoia com bandagem triangular e/ou atadura
Ombro	Imobilização na posição com bandagem triangular e/ou atadura
Extremidades superiores	Leve tração manual e imobilização com aplicação de tala rígida, moldável ou tala inflável
Extremidades inferiores	Leve tração manual e imobilização com aplicação de tala rígida, moldável, de tração ou tala inflável
Bacia/pelve	Imobilização em prancha longa ou maca de juntar, usar cobertor entre as extremidades e lençol para amarrar a pelve ou bacia

### H-4. DETALHES A SEREM OBSERVADOS

**a.** No caso de luxação ou entorse, proceda da mesma forma, como se fosse um caso de fratura, imobilizando a região lesada, sem o uso de tração.

**b.** Depois, encaminhe para avaliação médica.

c. Se a lesão for recente, resfrie a área aplicando uma bolsa de gelo ou compressa fria, pois isso reduzirá o inchaço, a perda sanguínea (hematoma) e a dor.

## **ANEXO I**

### **SEQUÊNCIA DE PROCEDIMENTO PADRÃO GRUPO 09 – Trauma (TCE, TRM) e imobilização**

#### **I-1. RECONHECIMENTO DO TRAUMA DE CRÂNIO/ENCÉFALO/FACE (TCE):**

- a.** Dor de cabeça (cefaleia) ou dor no local da lesão.
- b.** Náusea, vômito e alteração da visão.
- c.** Inconsciência ou redução no nível de consciência.
- d.** Ferimentos ou hematomas na cabeça.
- e.** Deformidade.
- f.** Edema e alteração de coloração atrás das orelhas (sinal tardio).
- g.** Edema e alteração de coloração nas pálpebras ou abaixo dos olhos.
- h.** Pupilas desiguais.
- i.** Sangramento pelo nariz e/ou ouvidos.
- j.** Perda de líquido (LCE) pelo nariz ou ouvidos.
- k.** Fraqueza ou formigamento num dos lados do corpo.
- l.** Alteração dos sinais vitais e posturas típicas.

#### **I-2. TRATAMENTO PRÉ-HOSPITALAR**

- a. Mantenha vias aéreas abertas e estabilize a cabeça e pescoço (aplique cânula orofaríngea em vítimas inconscientes).
- b. Mantenha o paciente em repouso.
- c. Controle hemorragias sem aplicar compressão direta sobre o local do trauma.
- d. Imobilize em prancha longa.
- e. Se necessário, ofereça oxigênio complementar.
- f. Esteja preparado para o vômito (deixar aspirador pronto) e previna ou trate o choque sem elevar as pernas.
- g. Promova suporte emocional e tranquilize o paciente.
- h. Inicie o transporte do paciente para a unidade hospitalar indicada.
- i. **Observação:** o transporte poderá ser feito em posição lateral de repouso caso seja necessário a drenagem de secreções.

### I-3. RECONHECIMENTO DO TRAUMA DE COLUNA (RAQUIMEDULAR/TRM)

- a. Fraqueza, dormência, sensação de formigamento ou perda da sensibilidade nas extremidades.
- b. Paralisia das extremidades.
- c. Dor ao movimento ou ausência da sensação dolorosa.
- d. Deformidade.

- f. Perda do controle da bexiga e do intestino.
- g. Dificuldade ou grande esforço para respirar.
- h. Ereção persistente e dolorosa do pênis (priapismo).

#### I-4. TRATAMENTO PRÉ-HOSPITALAR

a. Mantenha vias aéreas abertas e estabilize a cabeça e pescoço (aplique cânula orofaríngea em vítimas inconscientes).

b. Mantenha o paciente em repouso.

c. Controle hemorragias sem movimentos bruscos.

d. Imobilize em prancha longa.

e. Se necessário, ofereça oxigênio complementar.

f. Previna e fique preparado para tratar o choque sem elevar as pernas.

g. Promova suporte emocional e tranquilize o paciente.

h. Inicie o transporte do paciente para a unidade hospitalar indicada.

**i. Observação:**

1) vítimas conscientes devem ser orientadas para não se movimentarem;

2) imobilize a coluna usando colar cervical e prancha longa;

3) pelo menos três socorristas devem cuidadosamente posicionar o paciente na prancha, usando a técnica do rolamento em monobloco.

**j. Complicações:**

- 1) esteja preparado para uma possível paralisia dos músculos do tórax (respiratórios); e
- 2) a lesão medular pode também provocar a dilatação dos vasos sanguíneos e gerar choque (neurogênico).

## I-5. RECONHECIMENTO DO TRAUMA TORÁCICO

- a.** Dor e sensibilidade no local da lesão.
- b.** Aumento da dor que se agrava pela respiração.
- c.** Respiração superficial (encurtamento ou dificuldade de respirar).
- d.** Eliminação de sangue com tosse.
- e.** Cianose nos lábios, pontas dos dedos e unhas.
- f.** Posturas características (vítima inclinada sobre o lado da lesão, com a mão ou o braço sobre a região lesada e imóvel).

## I-6. TRATAMENTO PRÉ-HOSPITALAR

- a.** Assegure-se de que as vias aéreas estejam abertas e desobstruídas (limpe e aspire, se necessário).
- b.** Oferte oxigênio complementar.
- c.** Nas fraturas de costelas, imobilize o braço do paciente sobre a área da fratura, usando para tal uma bandagem triangular como tipoia e outra para fixar o braço sobre o tórax.
- d.** No tórax instável (em báscula), estabilize o segmento que se move paradoxalmente durante as respirações usando uma almofada

pequena ou toalhas dobradas presas com fitas adesivas largas (não enfaixe o tórax totalmente).

**e.** Imobilize em prancha longa posicionando o paciente lateralizado sobre o local da lesão.

**f.** Previna e fique preparado para tratar o choque sem elevar as pernas.

**g.** Promova suporte emocional e tranquilize o paciente.

**h.** Inicie o transporte do paciente para a unidade hospitalar indicada.

## I-7. DETALHES A SEREM OBSERVADOS

**a.** Alguns traumas na região do tórax acabam provocando lesões internas nos pulmões e no coração (pneumotórax, hemotórax, etc.).

**b.** Examine o paciente procurando:

- 1) veias dilatadas no pescoço;
- 2) desvio de traqueia;
- 3) coloração azulada na cabeça, lábios, pescoço e ombros;
- 4) olhos inchados e avermelhados; e
- 5) deformidades óbvias no peito.

**c.** Todas essas lesões são emergências sérias que requerem pronta intervenção médica. Nesses casos o socorro consiste em ofertar oxigênio e transporte com prioridade.

## ANEXO J

### SEQUÊNCIA DE PROCEDIMENTO PADRÃO GRUPO 10 – Queimadura

#### J-1. RECONHECIMENTO

**a.** A queimadura é uma lesão produzida nos tecidos de revestimento do organismo por agentes térmicos, produtos químicos, eletricidade, radiação, etc..

**b.** De acordo com a profundidade, as queimaduras classificam-se em diferentes graus:

1) **primeiro grau:** atinge somente a epiderme, caracteriza-se por dor e vermelhidão;

2) **segundo grau:** atinge a epiderme e a derme, caracteriza-se por muita dor, vermelhidão e formação de bolhas de água abaixo da pele;

3) **terceiro grau:** atinge todas as camadas de revestimento da pele (atinge os tecidos mais profundos), caracteriza-se por pouca dor (devido a destruição das terminações nervosas da sensibilidade), pele dura (sem elasticidade) e seca (sem umidade), branca, acinzentada ou escura, ladeada por áreas de eritema ou crosta compacta.

**c.** São consideradas queimaduras menores aquelas de 1º e 2º graus que afetam uma pequena área do corpo (menos de 9% da superfície corporal total queimada), sem dano ao sistema respiratório, a face, as mãos e pés, aos genitais e as nádegas.

**d.** São consideradas queimaduras maiores qualquer queimadura de 3º grau e as queimaduras de 1º e 2º grau com superfície corporal queimada superior a 9% ou que apresentem dano ao sistema respiratório, a face, as mãos e pés, aos genitais e as nádegas.

e. O socorrista deverá analisar o percentual da área corporal lesada utilizando o método da Regra dos Nove, que permite estimular a superfície corporal total queimada (SCTQ).

<b>REGRA DOS NOVE</b>		
<b>Região do corpo</b>	<b>Adulto</b>	<b>Criança</b>
Cabeça e pescoço	9 por cento	18 por cento
Extremidades superiores	9 por cento cada	9 por cento cada
Tronco anterior	18 por cento	18 por cento
Troco posterior	18 por cento	18 por cento
Extremidades inferiores	18 por cento cada	14 por cento cada
Genitais	1 por cento	Incluso nas extremidades inferiores

## J-2. TRATAMENTO PRÉ-HOSPITALAR

### a. Queimaduras menores:

1) interrompa o contato da vítima com o agente lesivo (térmico, químico ou elétrico);

2) exponha e resfrie a área queimada imediatamente (o melhor é submergir a área queimada em água fria por cerca de 10 minutos);

3) se possível, proteja e trate as áreas queimadas com curativo de hidrogel (caso disponha de kit próprio);

4) cubra o ferimento com um curativo úmido, frouxo e estéril, se a queimadura for superior a 9% da superfície da pele, o curativo não precisa ser umidificado;

5) retire anéis, braceletes, cintos de couro, sapatos, etc., antes que a extremidade fique edemaciada (esses materiais retêm calor e comprometem a lesão);

6) ofereça oxigênio complementar e previna ou trate o estado de choque; e

7) inicie o transporte do paciente para a unidade hospitalar indicada e ofereça suporte emocional.

**b. Queimaduras maiores:**

1) o tratamento pré-hospitalar das queimaduras maiores inicia pelo controle do processo da lesão (se for fogo na roupa, usar a técnica do PARE, DEITE e ROLE);

2) retire vestes com delicadeza, sem arrancá-las, cortando com tesoura;

3) mantenha suas vias aéreas permeáveis, observando a frequência e qualidade da respiração;

4) providenciar cuidados especiais para queimaduras nos olhos, cobrindo-os com curativo estéril úmido;

5) cuidado para não juntar dedos ou outras partes queimadas sem separá-los com curativos estéreis e úmidos;

6) não aplicar nenhum creme ou pomada;

7) Oferte oxigênio complementar e previna ou trate o estado de choque (dar atenção especial à hipotermia); e

8) inicie o transporte do paciente para a unidade hospitalar indicada e ofereça suporte emocional.

**c. Queimaduras elétricas:**

1) os problemas mais graves produzidos pelas descargas elétricas são a parada respiratória ou cardiopulmonar e os danos no sistema nervoso central e lesões em órgãos internos;

2) nesses casos o socorristas deverá primeiramente reconhecer a cena e acionar, se necessário, um socorro especializado;

3) o socorrista deve afastar a vítima do contato com a corrente elétrica desligando o interruptor ou a chave elétrica e remover o fio ou condutor elétrico com auxílio de qualquer material isolante e iniciar manobras de ressuscitação, se necessário;

4) identificar o local das queimaduras, no mínimo dois pontos (um de entrada e um de saída da fonte de energia) e aplicar um curativo estéril sobre as áreas queimadas; e

5) prevenir o choque e conduza o paciente para um hospital com monitoramento constante e apoio emocional (toda queimadura elétrica deve passar por uma avaliação médica).

**d. Queimaduras químicas:**

1) se a queimadura for produzida por produtos químicos, retire imediatamente as roupas impregnadas pela substância, tomando o cuidado de proteger-se para não se queimar;

2) depois lavar bem a região atingida com água corrente abundante, para neutralizar os efeitos corrosivos e irritantes do produto químico (no mínimo 20 minutos).

### J-3. DETALHES A SEREM OBSERVADOS

**a.** É absolutamente contra indicado a aplicação sobre queimadura de qualquer substância (pomadas, cremes) que não seja água ou curativo estéril.

**b.** O socorrista não deve furar bolhas, não deve retirar roupas queimadas presas a pele, nem submeter a ação de água uma queimadura com bolhas rompidas ou área onde não há pele.

## ANEXO K

### SEQUÊNCIA DE PROCEDIMENTO PADRÃO GRUPO 11 – Emergência médica

#### K-1. RECONHECIMENTO

**a.** As emergências médicas, também chamadas emergências clínicas, são todas aquelas emergências provocadas por uma ampla variedade de enfermidades cuja causa não inclui violência sobre a vítima.

**b.** Uma respiração abaixo de 8 mrm ou acima de 24 mrm e uma pulsação acima de 120 bpm ou abaixo de 50 bpm indicam uma possível emergência médica num adulto!

#### K-2. TRATAMENTO PRÉ-HOSPITALAR

**a.** Infarto agudo do miocárdio, angina, insuficiência cardíaca:

1) avalie sinais e sintomas da emergência (dor ou sensação de opressão no peito - às vezes essa dor não é no peito e se irradia para os braços, para a mandíbula ou as costas), dores torácicas que vem e vão, náuseas, sudorese intensa, falta de ar, fraqueza, agitação/inquietude, antecedente de doença cardíaca e uso de medicamento para o coração);

2) coloque a vítima numa posição de repouso (semi-sentado) para facilitar a respiração;

3) afrouxe as roupas e ministre oxigênio suplementar;

4) mantenha a vítima em repouso;

5) previna o estado de choque e promova apoio emocional;

6) inicie o transporte do paciente para a unidade hospitalar indicada;

7) esteja preparado para iniciar manobras de RCP; e

8) **Observação:**

a) o socorrista deverá ainda avaliar se o paciente faz uso de medicamento coronário-dilatador, quando tomou a última dose, qual a quantidade e o período de tempo entre as ingestões; e

b) caso seja autorizado, medique o paciente com a dose prescrita do coronário-dilatador.

**b. Acidente vascular cerebral:**

1) avalie sinais e sintomas da emergência (dor de cabeça, desmaio, formigamento ou paralisia da face, dificuldade para respirar e falar, dificuldade visual, convulsão e perda do controle urinário e intestinal);

2) procure identificar a emergência médica a partir da escala pré-hospitalar para AVC de Cincinnati observando os seguintes sinais: queda facial, fraqueza no braço ou dificuldades na fala;

3) coloque a vítima numa posição de repouso (semi-sentado) para facilitar a respiração ou lateralizada se houver secreções na boca (para evitar aspirações);

4) manipule a vítima com cuidado e delicadeza;

5) afrouxe as roupas e ministre oxigênio suplementar;

6) mantenha a vítima em repouso;

7) previna o estado de choque e promova apoio emocional;

8) inicie o transporte do paciente para a unidade hospitalar indicada; e

9) esteja preparado para o vômito e não dê nada de beber ou comer.

**c. Emergências médicas respiratórias:**

1) avalie sinais e sintomas da emergência (esforço respiratório, respiração ruidosa com sons atípicos, tais como estertores, sibilos, roncos, frequência respiratória aumentada ou diminuída, pulso alterado, cianose, angústia ou sensação de falta de ar, tosse e alteração da frequência e amplitude dos movimentos respiratórios);

2) remova o paciente da área contaminada (se a causa do problema é uma inalação de gases);

3) coloque a vítima numa posição de repouso (sentado ou semi-sentado) para facilitar a respiração;

4) afrouxe as roupas e ministre oxigênio suplementar;

- 5) previna o estado de choque e promova apoio emocional;
- 6) inicie o transporte do paciente para a unidade hospitalar indicada; e
- 7) detalhes a serem observados:
  - a) muito raramente, você encontrará pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), cujo estímulo ventilatório depende da hipóxia;
  - b) cuidado, não deixe de ofertar oxigênio suplementar a qualquer paciente, apenas por suposição de que o O<sup>2</sup> irá produzir hipoventilação grave;
  - c) se o paciente possuir DPOC inicie a oxigenoterapia com o uso de um cateter nasal e ofereça um percentual mais baixo de oxigênio (libere cerca de 1 a 2 litros de O<sup>2</sup> por minuto);
  - d) em caso de hiperventilação (aumento da troca respiratória caracterizado por respirações rápidas e profundas) por alterações metabólicas, diabetes e fenômenos emocionais, tranquilize o paciente e faça-o respirar dentro de um saco de papel; e
  - e) se a respiração é rápida e superficial e não melhora com as medidas explicadas acima, assumo que o problema é mais sério que uma simples hiperventilação.

**d. Emergências por deficiência e excesso de insulina (diabetes):**

- 1) avalie sinais e sintomas da emergência:
  - a) hiperglicemia ou coma diabético: dificuldade respiratória, as respirações rápidas e profundas, a pele quente e seca (desidratada), o pulso rápido e débil, o hálito cetônico e boca seca e ainda, diferentes graus de alteração do nível de consciência até o coma; e
  - b) hipoglicemia ou choque insulínico: respiração normal ou superficial, a pele pálida e úmida, frequentemente acompanhada de sudorese fria, o pulso rápido e forte, o hálito sem odor característico, a presença de cefaléia e náuseas, a sensação de fome exagerada, e possíveis ocorrências de desmaio, convulsões, desorientação até o coma);
- 2) coloque o paciente numa posição de repouso;
- 3) ofereça açúcar se o paciente estiver acordado e orientado;
- 4) previna o estado de choque e ministre oxigênio suplementar;

5) inicie o transporte do paciente para a unidade hospitalar indicada; e

6) esteja preparado para o vômito e não dê nada de beber ou comer.

**e. Dor abdominal intensa (abdômen agudo):**

1) avalie sinais e sintomas da emergência (dor intensa e rigidez da parede do abdome, normalmente causada por doenças ou lesões de alguns dos órgãos contidos na região abdominal ou ainda por obstrução intestinal;

2) suas principais causas são inflamações, infecções, obstruções e hemorragias internas);

3) coloque o paciente numa posição de repouso com as pernas fletidas para diminuir a tensão abdominal;

4) previna o estado de choque e ministre oxigênio suplementar;

5) oferte suporte emocional;

6) inicie o transporte do paciente para a unidade hospitalar indicada; e

7) esteja preparado para o vômito.

**f. Crise convulsiva:**

1) avalie sinais e sintomas da emergência (contrações violentas, incoordenadas e involuntárias de parte ou da totalidade dos músculos, provocadas por diversas doenças neurológicas e não neurológicas ou por traumatismos crânio-encefálicos);

2) afaste objetos próximos para que a vítima não se machuque durante a período convulsivo;

3) não impeça os movimentos convulsivos, apenas posicione-se de joelhos atrás da cabeça da vítima e segure-a, a fim de evitar maior dano;

4) posicione a vítima lateralmente para que ela não aspire vômito ou outras secreções;

5) previna o estado de choque e ministre oxigênio suplementar;

6) oferte suporte emocional; e

7) inicie o transporte do paciente para a unidade hospitalar indicada.

**g. Desmaio ou síncope:**

1) avalie sinais e sintomas da emergência (palidez, pulso fraco e lento, falta de equilíbrio e perda da consciência);

2) deite a vítima com as pernas elevadas e manter as vias aéreas desobstruídas;

3) desaperte as roupas no pescoço, peito e cintura, para auxiliar a ventilação e a circulação;

4) examine cuidadosamente e tratar qualquer lesão que a vítima tenha sofrido ao cair; e

5) se a vítima não recuperar logo a consciência, previna o estado de choque e ministre oxigênio suplementar e inicie o transporte do paciente para a unidade hospitalar indicada.

## ANEXO L

### SEQUÊNCIA DE PROCEDIMENTO PADRÃO GRUPO 12 – Parto de emergência

#### L-1. RECONHECIMENTO

**a.** O socorrista poderá reconhecer a situação de parto de emergência (entrada no período expulsivo do bebê) pela seguintes características:

- 1) perda do tampão mucoso;
- 2) perda de secreção sanguinolenta;
- 3) possível ruptura do saco amniótico;
- 4) paciente refere vontade de urinar e/ou evacuar (seguido ou não de eliminações de urina e/ou fezes); e
- 5) as contrações surgem com duração de 30 segundos a 01 minuto em intervalos de 03 a 05 minutos entre elas ou ainda menores.

#### L-2. TRATAMENTO PRÉ-HOSPITALAR

- a.** Avalie a gestante (solicitar a caderneta do exame pré-natal).
- b.** Se possível, inicie o transporte do paciente para a unidade hospitalar indicada (unidade hospitalar de referência).
- c.** Se a avaliação indica que já se iniciou o período expulsivo do bebê, prepare-se para auxiliar o trabalho de parto.
- d.** Prepare o ambiente e posicione adequadamente a parturiente (posicionar a mãe em decúbito dorsal, recostada, com as pernas fletidas, joelhos abertos e pés apoiados).

**e.** O socorrista que irá realizar o parto deve preparar o kit de parto descartável, colocar seus EPIs para parto de emergência (avental, óculos, máscara facial e luvas descartáveis estéreis) e posicionar-se adequadamente (de frente para o canal de parto).

**f.** Oriente a parturiente para fazer força somente durante as contrações.

**g.** Iniciada a apresentação cefálica, posicione uma mão sobre a cabeça do bebê e com os dedos da outra mão, comprima a região do períneo da mãe.

**h.** Após a completa apresentação cefálica, pesquise a existência de circular de cordão umbilical (em caso positivo, remova a circular de cordão).

**i.** Aguarde a rotação cefálica do bebê e auxilie na liberação dos ombros elevando e abaixando com cuidado a cabeça do bebê.

**j.** Após a completa expulsão do bebê, mantenha-o lateralizado e aspire as vias aéreas (use a pêra de borracha do kit).

**k.** Se o bebê apresentar quadro de inconsciência, estimule o mesmo de forma verbal e tátil.

**l.** Aqueça o bebê (usar manta ou papel aluminizado) e cheque a parada do pulso do cordão umbilical (quando o pulso parar, clampeie e corte o cordão – 20 a 25 cm a partir do bebê).

**m.** Posicione o bebê junto a mãe e, se possível, ainda no local, estimule a paciente a iniciar a primeira amamentação.

**n.** Retire a paciente da posição ginecológica e ofereça suporte emocional.

**o.** Limpe a região genital e proteja com aplicação de absorvente higiênico.

**p.** Procure o globo de segurança de Pinard (se inexistente, estimule-o).

**r.** Aguarde a expulsão da placenta, recolha-a em embalagem própria e encaminhe a mãe e seu bebê, juntamente com a placenta, até uma unidade hospitalar de referência.

### L-3. COMPLICAÇÕES E TRATAMENTO PRÉ-HOSPITALAR

**a.** Nascimento prematuro:

1) são as crianças que nascem de 36 semanas ou com menos de 2,5 Kg de peso corporal; e

2) trate de forma idêntica ao parto normal, com a preocupação de oferecer oxigênio suplementar ao bebê e mantê-lo bem aquecido.

**b.** Aborto:

1) expulsão do feto antes que possa sobreviver por si só; e

2) o tratamento pré-hospitalar inclui prevenir o estado de choque da mãe, cobrir a vagina da mãe com um absorvente higiênico, guardar todos os campos ensanguentados ou qualquer tecido expulso para avaliação médica posterior e oferecer suporte emocional aos envolvidos.

**c.** Nascimento de bebê morto:

1) existem casos em que bebês nascem mortos ou morrem logo ao nascer;

2) o socorrista não deverá tentar reanimar bebês que morrem horas antes de nascer;

3) o tratamento pré-hospitalar consiste em oferecer suporte emocional aos envolvidos; e

4) se for do credo religioso da família, o socorrista poderá, a critério da família, realizar um batismo de emergência, com os dedos molhados em água faça o sinal da cruz na testa do bebê e diga: Eu te batizo em nome do Pai, do Filho e do Espírito Santo; decidir com a família antes, pois nem todo credo da religião cristã batiza criança.

**d. Nascimentos múltiplos:**

- 1) depois do nascimento do primeiro bebê, recomeçam as contrações;
- 2) proceda igualmente como no primeiro parto emergencial; e
- 3) recomenda-se clampar o cordão umbilical do primeiro filho sempre antes do segundo nascimento.

**e. Parto prolongado:**

- 1) contrações que chegam entre 2 e 3 minutos, sem a ocorrência do nascimento depois de 20 minutos indicam uma situação de parto prolongado; e
- 2) nestes casos, conduza a gestante com urgência para o hospital.

**f. Prolapso de cordão umbilical:**

- 1) durante o trabalho de parto o cordão umbilical surge na frente do bebê;
- 2) nestes casos, não tente empurrar o cordão de volta para dentro da vagina;
- 3) coloque a mãe deitada de joelhos, apoiada nos cotovelos e mãos, para aliviar a pressão no cordão; e
- 4) cubra o cordão para mantê-lo aquecido e transporte-a com urgência para unidade hospitalar de referência.

**g. Circular de cordão umbilical:**

- 1) após expulsa a cabeça do bebê, o socorrista identifica que o cordão encontra-se enrolado ao redor do pescoço do bebê; e
- 2) afrouxe cuidadosamente o cordão para evitar o seu estrangulamento (cuidado na retirada do cordão para não rompê-lo).

**h. Apresentação de nádegas:**

- 1) se as nádegas do bebê aparecem primeiro e a cabeça não sai nos próximos 3-4 minutos, o socorrista deve inicialmente sustentar com as mãos, as pernas e o tronco do bebê, e, em seguida, proporcionar uma via aérea para a criança, colocando a sua mão com

os dedos em forma de “V” dentro da abertura da vagina da mãe (próximo as narinas do bebê);

2) permita que o parto siga normalmente e não puxe o bebê; e

3) se o nascimento ainda assim não ocorrer em mais alguns poucos minutos, inicie o transporte urgente para um hospital adequado, mantendo um canal de respiração para o bebê.

**i. Apresentação de membros:**

1) se na evolução do trabalho de parto a parte que se apresenta na abertura vaginal é uma extremidade (braço ou perna), o socorrista deve transportar a mãe com urgência para a unidade hospitalar de referência (o deslocamento da parturiente deverá ser em decúbito lateral esquerdo).

**j. Hemorragia excessiva:**

1) se durante o trabalho de parto, a mãe começa a sangrar excessivamente pela vagina, o socorrista deve fazer compressão direta sobre a vagina e guardar todas as toalhas sujas de sangue ou tecidos expulsos; e

2) previna o choque e transporte com urgência na posição lateralizada.

**k. Eclâmpsia:**

1) se durante o trabalho de parto a mãe sofrer alteração em seu nível de consciência, podendo iniciar quadro convulsivo, o socorrista deve tirar a mãe da posição ginecológica de parto, colocá-la em decúbito lateral esquerdo, ofertar oxigênio suplementar e transportá-la com urgência para uma unidade hospitalar de referência; e

2) este quadro pode ser anteriormente descoberto, pela análise dos dados constantes na caderneta de controle do exame pré-natal da paciente, aonde aparecerá, quadro de hipertensão progressivo, edema nos pés ou referência de pré-eclâmpsia em gestações anteriores.

## ANEXO M

### SEQUÊNCIA DE PROCEDIMENTO PADRÃO GRUPO 13 – Intoxicação

#### M-1. RECONHECIMENTO

**a.** As intoxicações são emergências médicas causadas pela absorção de substâncias que por suas características e quantidades, podem produzir danos ao organismo ou risco de vida as pessoas.

**b.** As substâncias tóxicas podem ser introduzidas no corpo através da via digestória (por ingestão), da via respiratória (por inalação), através da pele (por absorção) ou através da circulação sanguínea dos tecidos corporais (por injeção).

**c.** Os sinais e sintomas mais comuns de intoxicação são:

- 1) alterações do hálito;
- 2) dor abdominal intensa;
- 3) mudança da cor dos lábios e língua;
- 4) náuseas e vômitos;
- 5) dores de cabeça; e
- 6) perda da consciência, entre outros.

#### M-2. TRATAMENTO PRÉ-HOSPITALAR

**a.** Intoxicação por inalação:

1) retire a vítima para um local seguro e arejado, desobstruindo as vias respiratórias e verificando se há necessidade de manobras de ressuscitação (em caso de parada respiratória e/ou parada cardíaca);

2) só inicie o atendimento somente após certificar-se de que a cena está segura;

3) não entre em locais onde a atmosfera é suspeita de estar contaminada sem o uso de equipamentos de proteção adequados. Se necessário, solicite auxílio especializado;

4) ofereça oxigênio complementar e previna ou trate o estado de choque; e

5) inicie o transporte do paciente para a unidade hospitalar indicada.

**b. Intoxicação por ingestão:**

1) provoque o vômito dos produtos ingeridos;

2) faça o paciente diluir a substância tóxica oferecendo 1 ou 2 copos de água e em seguida, toque sua garganta, a fim de despertar o reflexo do vômito;

3) não induza ao vômito vítimas que sofreram envenenamentos provocados pela ingestão de substâncias corrosivas ou irritantes (ácidos, soda cáustica, água sanitária, etc) ou ainda, vítimas inconscientes (desacordadas) ou em convulsão;

4) oferecer, se possível, carvão ativado (25g para crianças e 50g para adultos) para a vítima;

5) se o paciente apresentar vômitos, posicione-o lateralmente para evitar a aspiração e recolher em saco plástico toda a substância vomitada; e

6) observação:

a) apesar de em muitos casos ser possível a indução ao vômito, o socorrista deverá estar alerta pois a vítima correrá sempre o risco de aspirar conteúdos gástricos

b) na dúvida, não tente provocar o vômito

c) o socorrista deverá tentar obter o máximo de informações, o mais rápido possível; e

d) logo após a avaliação inicial do paciente, verifique se no local existem recipientes, líquidos derramados, cápsulas, comprimidos, substâncias venenosas ou qualquer indício que permita identificar a substância tóxica ingerida.

**c. Intoxicação por contato:**

1) retire vestes impregnadas de substâncias venenosas ou corrosivas, neste caso, o socorrista deverá lavar o local atingido com

bastante água corrente para neutralizar a ação da substância perigosa (use sempre equipamentos de proteção adequados e se necessário, peça auxílio especializado).

**d. Intoxicação por injeção:**

1) raspe a pele da vítima no sentido contrário para evitar a injeção do veneno no corpo (nos casos de ferrão preso na pele);

2) lembre que acidentes industriais que produzem cortes e perfurações também podem injetar venenos;

3) o socorrista deverá estar atento ao possível choque alérgico e monitorar o nível de consciência e os sinais vitais do paciente ininterruptamente;

4) se possível, oferecer oxigênio suplementar e transportar sem demora para um hospital; e

5) observação:

a) em caso de dúvida consulte o Centro de Informações Toxicológicas (CIT) de sua região, em Santa Catarina, ligue 0800-643-5252.

**e. Intoxicação por álcool ou ingestão de drogas:**

1) o tratamento pré-hospitalar de pessoas alcoolizadas consiste em proteger o paciente de si mesmo, pois ele poderá facilmente se auto lesar e depois transportá-lo para atendimento médico;

2) o tratamento pré-hospitalar de pacientes sob o efeito de drogas consiste em proteger as vítimas hiper-ativas e, se necessário, realizar manobras de reanimação;

3) o socorrista pode também induzir o vômito se a droga foi ministrada via oral e nos últimos 30 minutos; e

4) converse com calma para ganhar a confiança do paciente e mantê-lo consciente e depois transporte-o para atendimento médico.

**f. Acidentes ofídicos:**

1) os acidentes ofídicos têm grande importância médica em nosso Estado em virtude de sua grande frequência e gravidade;

2) em acidentes onde a vítima for picada por uma serpente, o socorrista deverá:

a) remover a vítima do local do acidente, deitá-la e mantê-la calma e imóvel (preferencialmente deitada);

b) lavar o local da picada com água e sabão e mantê-lo elevado;

c) não amarrar ou fazer torniquete/garrote;

d) não fazer curativo ou qualquer tipo de tratamento caseiro;

e) não cortar ao redor ou furar no local da picada;

f) não dar nada para a vítima beber ou comer; e

g) transportar a vítima imediatamente para o serviço médico mais próximo para receber soro;

3) observação:

a) se o socorrista for treinado para tal e houver tempo e condições, conduzir o espécime que provocou a lesão para avaliação e identificação da espécie.

**g.** Acidentes com escorpiões e aranhas:

1) lave o local da picada com água e sabão;

2) use compressas mornas para aliviar a dor;

3) transportar a vítima para o serviço médico mais próximo; e

4) se possível, levar o animal para identificação.

**h.** Acidentes com abelhas e vespas:

1) nos acidentes causados por múltiplas picadas de abelhas ou vespas, conduza a vítima rapidamente para um hospital;

2) se possível, leve alguns dos insetos que provocaram o acidente; e

3) a remoção dos ferrões poderá ser feita raspando-se com lâminas sem fio ou cartões de crédito, evitando-se no entanto, retirá-los com pinças, pois as mesmas provocam a compressão dos reservatórios de veneno, o que resulta na inoculação do veneno ainda existente no ferrão.

**i.** Acidentes com águas-vivas:

1) nos acidentes provocados por caravelas e medusas, também conhecidas pelo nome de águas-vivas, o tratamento consistirá da retirada dos tentáculos aderidos;

- 2) não lave com água doce, nem tampouco esfregue a área lesada com panos secos;
- 3) os tentáculos deverão ser retirados com uma pinça ou com o bordo de uma faca;
- 4) o local atingido poderá ser lavado com água do mar;
- 5) aplique ácido acético (vinagre comum) sobre o local da lesão para inativar o veneno; e
- 6) transportar a vítima para o serviço médico mais próximo.

## ANEXO N

### SEQUÊNCIA DE PROCEDIMENTO PADRÃO GRUPO 14 – Remoção de pacientes

#### N-1. REMOÇÃO DE PACIENTES CRÍTICOS OU INSTÁVEIS

**a.** Utilize a técnica do rolamento de 90 graus para manipular e posicionar sobre a prancha longa nos casos de vítimas em decúbito dorsal no solo.

**b.** Nos casos de pacientes ainda sentados em veículos, use a técnica da extração (extricação) rápida.

#### N-2. REMOÇÃO DE PACIENTES POTENCIALMENTE INSTÁVEIS OU ESTÁVEIS

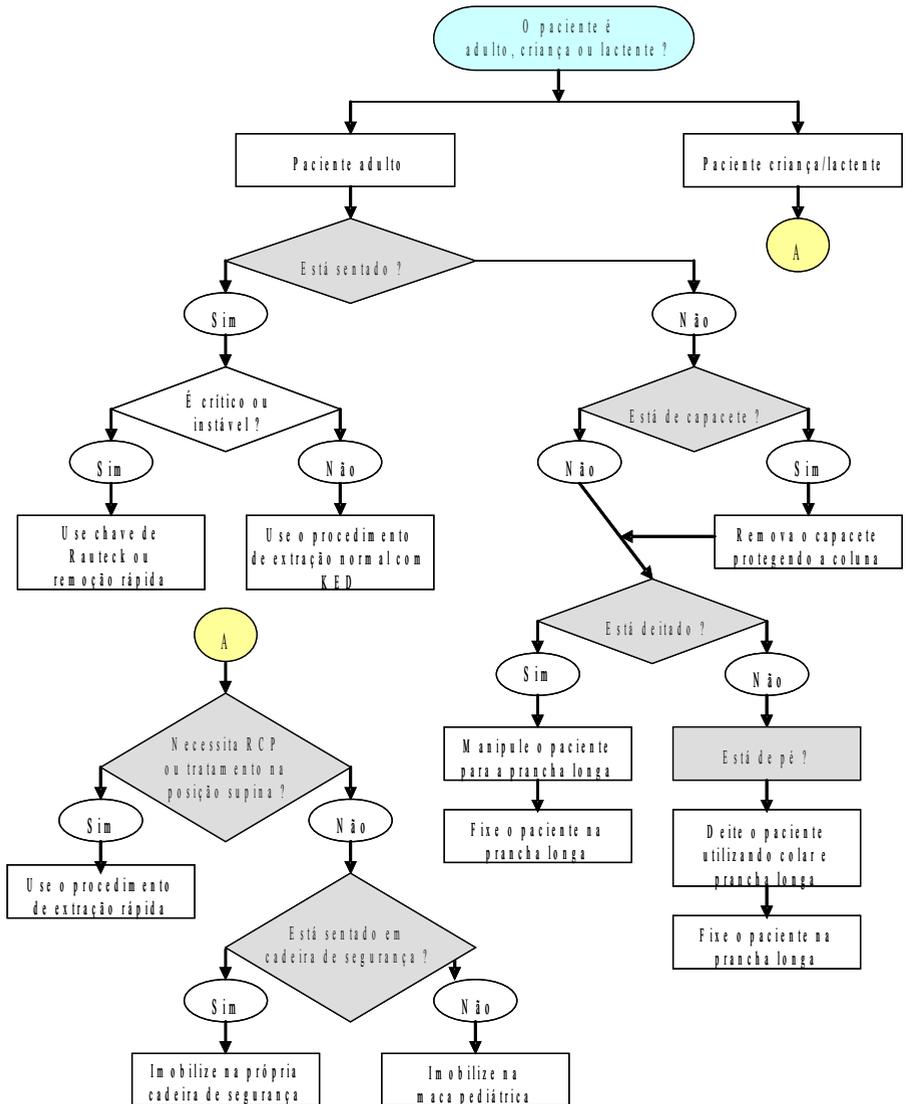
**a.** Utilize a técnica do rolamento de 90 graus para manipular e posicionar sobre a prancha longa nos casos de vítimas em decúbito dorsal no solo.

**b.** Nos casos de pacientes ainda sentados em veículos, use a técnica da aplicação do colete de imobilização dorsal (KED).

#### N-3. DETALHES A SEREM OBSERVADOS

**a.** Veja a seguir, fluxograma de procedimentos de imobilização e extração de pacientes.

## Fluxograma de procedimentos de imobilização e extração de pacientes



## ANEXO O

### SEQUÊNCIA DE PROCEDIMENTO PADRÃO GRUPO 15 – Triagem de múltiplas vítimas (Método START)

#### O-1. RECONHECIMENTO

**a.** Triagem é um processo de avaliação e seleção de vítimas em função de sua gravidade que é utilizado em situações onde a emergência, em função de um elevado número de vítimas, ultrapassa a capacidade de resposta da equipe de socorro.

**b.** Existem diferentes métodos de triagem, no entanto, o CBMSC utiliza o método de triagem START (do inglês, *Simple Triage And Rapid Treatment*) que significa triagem simples e tratamento rápido.

#### O-2. TRATAMENTO PRÉ-HOSPITALAR

**a.** É de responsabilidade do socorrista que primeiro chegar ao local do acidente com múltiplas vítimas, assumir o comando da emergência, dimensionar o problema e iniciar a montagem de um esquema de trabalho de forma a propiciar o melhor cuidado possível para cada uma das pessoas envolvidas, normalmente solicitando recursos adicionais para conseguir atender adequadamente essa situação.

**b.** Primeiro passo:

1) assumir o comando da emergência e dimensionar o problema;

2) em seguida, solicitar o envio de recursos adicionais e iniciar o trabalho de triagem das vítimas;

3) determine para que um socorrista de sua equipe dirija todos os pacientes que possam caminhar (poderá ser utilizado um

megafone para isso) para uma área de concentração previamente delimitada; e

4) estes pacientes receberão uma identificação verde (através de fitas coloridas presas no punho do paciente), entretanto, esse não é o momento de rotulá-las sendo que tal providência será realizada posteriormente e de forma individual.

**c. Segundo passo:**

1) determine para que outro socorrista de sua equipe inicie a avaliação dos pacientes que permaneceram na cena de emergência e que não apresentam condições de caminhar;

2) deverá ser avaliada a respiração;

3) a respiração está normal, rápida ou ausente?;

4) se está ausente, abra imediatamente as vias aéreas para determinar se as respirações iniciam espontaneamente;

5) se o paciente reassume a respiração, receberá a fita de cor vermelha (nesses casos, tente conseguir voluntários para manter as VA abertas) mas, se continua sem respirar, recebe a fita de cor preta (não perca tempo tentando reanimá-lo);

6) se a frequência respiratória for igual ou superior a 30 mrm, o paciente receberá uma fita de cor vermelha; e

7) caso a respiração esteja normal (menor de 30 mrm), vá para o passo seguinte.

**d. Terceiro passo:**

1) o socorrista deverá verificar a circulação do paciente através da palpação do pulso carotídeo na região do pescoço da vítima;

2) se o pulso carotídeo está fraco/débil ou irregular, o paciente recebe fita de cor vermelha (primeira prioridade);

3) qualquer hemorragia grave que ameace a vida deverá ser detida nesse momento;

4) posicione o paciente com as pernas elevadas para prevenir o choque (novamente tente conseguir voluntários para fazer pressão direta sobre o local do sangramento e prevenir o choque); e

5) se o pulso é forte passe para a avaliação do status neurológico.

**e.** Quarto passo:

1) verifique o status neurológico do paciente;

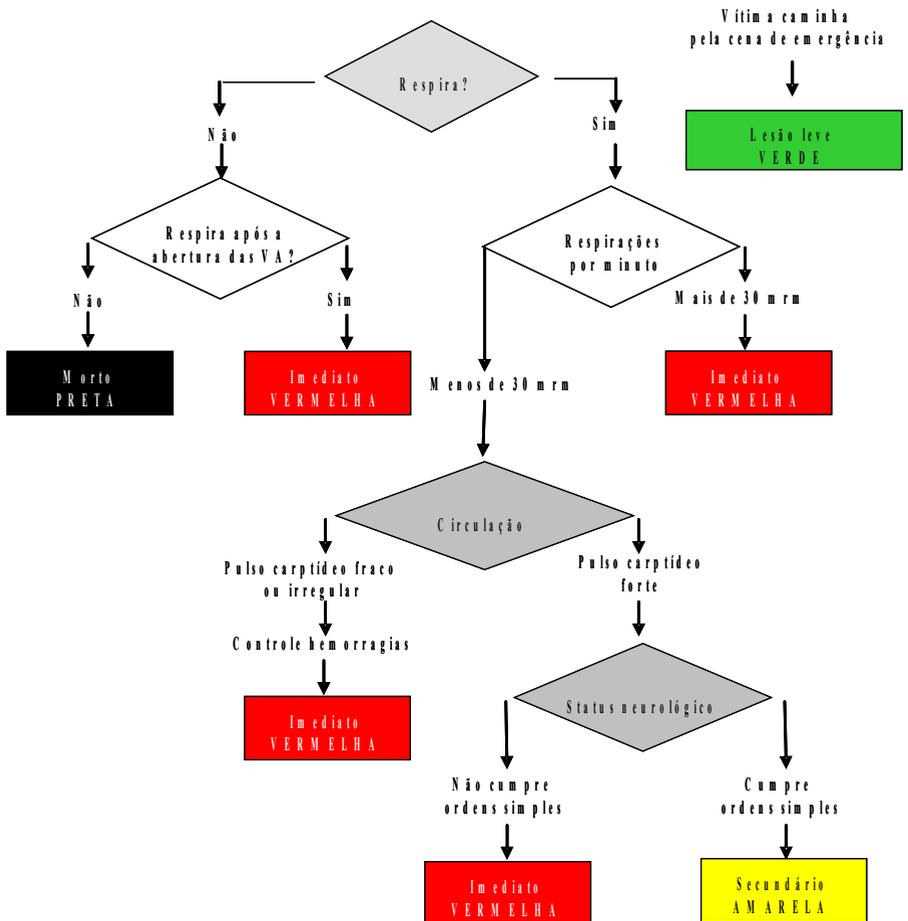
2) se o paciente não consegue executar ordens simples (por exemplo: abra e feche seus olhos duas vezes, aperte a minha mão com força, etc.) emanadas pelo socorrista, deverá receber uma fita de cor vermelha; e

3) se ao contrário, o paciente executa corretamente as ordens simples recebidas, receberá a fita de cor amarela.

### O-3. DETALHES A SEREM OBSERVADOS

**a.** Veja a seguir, fluxograma de triagem de múltiplas vítimas pelo método START.

## Fluxograma de Triagem pelo Método START



## ANEXO P

### SEQUÊNCIA DE PROCEDIMENTO PADRÃO GRUPO 16 – Biossegurança

#### P-1. CUIDADOS PESSOAIS DOS SOCORRISTAS

- a.** Mantenha unhas limpas, não esmaltadas e curtas.
- b.** Mantenha os cabelos bem penteados, limpos e curtos ou amarrados.
- c.** Mantenha sempre a barba feita.
- d.** Use sempre uniformes bem limpos.
- e.** Use calçados fechados e com sola antiderrapante.
- f.** Não use acessórios (anéis, pulseiras, brincos, colares) durante o serviço.

#### P-2. CUIDADOS NA ABORDAGEM DA VÍTIMA/PACIENTE

- a.** Utilize equipamentos de proteção individual (óculos, máscara facial e luvas descartáveis) em todas as ocorrências.
- b.** Evite contato direto com fluidos corpóreos e secreções (sangue, urina, fezes, vômito, esperma, saliva).
- c.** Lave bem as mãos com água e sabão antes e depois de qualquer contato com a vítima/paciente (utilize a técnica de higienização básica das mãos).

**d.** Limite as possibilidades de infecção trocando as luvas a cada novo atendimento e recolhendo todo o material de consumo utilizado no atendimento de cada paciente, que deverá ser colocado em lixeira própria ou em bolsa plástica fechada para posterior descarte.

**e.** Recolha e substitua todos os equipamentos e materiais contaminados para posterior limpeza e descontaminação em local apropriado (preferencialmente, coloque os equipamentos e materiais em bolsas plásticas fechadas).

**f.** Substitua o uniforme operacional ou qualquer outra vestimenta suja ou que esteja contaminada (as roupas de trabalho devem ser lavadas em local apropriado e separado das roupas normais).

**g.** Previna-se contra doenças infecto-contagiosas obedecendo a uma programa de vacinação e controle de saúde pessoal.

**h.** Em caso de alguma exposição, o socorrista deverá lavar prontamente a lesão com água corrente e sabão e, em seguida, aplicar solução anti-séptica.

**i.** Acontecendo a exposição, deverá ainda notificar seu comandante imediato sobre o ocorrido e comparecer a uma unidade hospitalar para fins de buscar orientação adicional, coleta de material e profilaxia, caso seja necessário.

### **P-3. CUIDADOS NA LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE EQUIPAMENTOS E DA VIATURA DE EMERGÊNCIA**

**a.** Utilize equipamentos de proteção individual (óculos, máscara facial e luvas descartáveis) durante todo o procedimento de limpeza e desinfecção de equipamentos e da viatura de emergência.

**b.** Ao término de cada atendimento deverá ser realizada a limpeza e a desinfecção concorrente dos equipamentos e materiais que

tiveram contato com o(s) paciente(s) atendido (ver detalhes a serem observados ao ao final).

**c.** Lave todo o equipamento/material que esteve em contato com o paciente transportado com água e sabão, eliminando assim qualquer resíduo ou material incrustado (limpe e esfregue bem todos os resíduos).

**d.** Mergulhe todos os equipamentos limpos numa solução de hipoclorito de sódio ou similar por uns 30 minutos; após retirar o material, enxugue-o e seque-o adequadamente.

**e.** Reponha todos os equipamentos/materiais de consumo gastos durante a ocorrência.

**f.** Troque os lençóis e as fronhas utilizadas.

**g.** Limpe e desinfete o colchão da maca existente no interior da Vtr ASU, mude o lado do colchão e coloque novos lençóis e fronhas na maca e no travesseiro.

**h.** Pelo menos uma vez por semana, de acordo com a programação de cada EISub (OBM ou GBM), as viaturas de emergência utilizadas no SvAPH deverão ser submetidas a uma desinfecção terminal.

**i.** Utilize a sequência abaixo para a limpeza e desinfecção terminal do veículo de emergência:

1) desative a Vtr ASU e inicie a limpeza e desinfecção lavando a área externa do veículo;

2) em seguida, limpe a cabine e o salão, verificando se não há respingos de sangue, vômito, poeiras, barro, areia, lama, água ou outras sujeiras comuns em ocorrências;

3) limpe o teto do veículo, depois limpe as paredes internas, e finalmente, limpe o piso, sempre no sentido de dentro para fora;

4) realize os procedimentos de limpeza mecânica no interior do veículo removendo também os balcões, armários e gavetas;

5) seque todo o interior da Vtr ASU, acondicione novamente todas as peças e equipamentos removidos;

6) após limpar e desinfetar o interior do salão do veículo (utilizando solução de hipoclorito de sódio ou outro produto similar) e suas peças, abra as portas e janelas para permitir uma boa ventilação e a entrada da luz do sol por algumas horas; e

7) finalmente, reative a Vtr ASU.

#### P-4. DETALHES A SEREM OBSERVADOS

**a.** A expressão “limpeza” é conceituada como um processo antimicrobiano realizado pelos profissionais que atuam nos serviços de emergência para remover matérias orgânicas ou sujeiras do veículo de emergência, o qual é realizado através de força mecânica, com o auxílio de água, sabão e utensílios básicos de limpeza.

**b.** A limpeza também auxilia no processo de eliminação do mau cheiro.

**c.** A expressão “desinfecção” é conceituada como um processo de destruição de microrganismos patogênicos através da aplicação de agentes físicos e químicos, tais como desinfetantes e eliminadores de bactérias, germes, fungos e vírus (agentes biológicos perigosos).

**d.** Os processos de desinfecção poderão ser realizados parcialmente (através de desinfecção concorrente – realizada ao final de cada atendimento) ou em todo o veículo de emergência (desinfecção terminal).

## ANEXO Q

### SEQUÊNCIA DE PROCEDIMENTO PADRÃO GRUPO 17 – Sinais vitais e escalas de avaliação

#### Q-1. RECONHECIMENTO

**a.** Os sinais vitais são medidas fisiológicas que servem para avaliar as funções corporais.

**b.** O socorrista deverá aferir os seguintes sinais vitais: frequência respiratória, pulso, pressão arterial e temperatura relativa da pele.

#### Q-2. PARÂMETROS DE NORMALIDADE PARA AVALIAÇÃO DE SV

**a.** Frequência respiratória:

- 1) adultos = de 12 a 20 mrm;
- 2) crianças = de 15 a 30 mrm; e
- 3) bebês (lactentes) = 25 a 50 mrm.

**b.** Pulso (frequência cardíaca):

- 1) adultos = de 60 a 100 bpm;
- 2) crianças = de 60 a 140 bpm; e
- 3) bebês (lactentes) = de 100 a 190 bpm.

**c.** Pressão arterial:

- 1) adultos = PA sistólica entre 100 e 150 mmHg e PA diastólica entre 60 e 90 mmHg; e
- 2) adolescentes e crianças = PA sistólica  $80 + 2 \text{ vezes a idade}$  (aproximado) e PA diastólica equivalente a  $2/3$  da PASistólica.

**d.** Temperatura relativa da pele entre 36,5 e 37,0 graus Celsius:

- 1) pele fria e úmida = sinal de ansiedade ou choque;

- 2) pele fria/gelada e seca = sinal de exposição ao frio intenso;
- 3) pele gelada e seca = sinal de exposição ao frio intenso;
- 4) pele quente e úmida = sinal de exposição ao calor (exaustão pelo calor); e
- 5) pele quente e seca = sinal de excesso de calor (insolação pelo calor).

### Q-3. ESCALAS DE COMA DE GLASGOW (3-15)

**a.** Avalie a abertura ocular, a melhor resposta verbal e a melhor resposta motora da vítima, anote e depois some os pontos de cada item observado para obter o grau da Escala de Coma de Glasgow.

**b.** Abertura ocular:

- 1) espontânea = 4 pontos;
- 2) à voz = 3 pontos;
- 3) à dor = 2 pontos; e
- 4) nenhuma = 1 ponto.

**c.** Melhor resposta verbal:

- 1) orientado = 5 pontos;
- 2) confuso = 4 pontos;
- 3) palavras inapropriadas = 3 pontos;
- 4) sons/gemidos = 2 pontos; e
- 5) nenhuma = 1 ponto.

**d.** Melhor resposta motora:

- 1) obedece comando = 6 pontos;
- 2) localiza dor = 5 pontos;
- 3) flexão normal = 4 pontos;
- 4) flexão anormal = 3 pontos;
- 5) extensão à dor = 2 pontos; e
- 6) nenhuma = 1 ponto.

### Q-4. ESCALA DE TRAUMA SCORE (1-13)

**a.** Avalie a frequência respiratória, a pressão arterial sistólica, o nível de consciência (resultado da Escala de Coma de Glasgow), anote e depois some os pontos de cada item observado para obter o grau da Escala de Trauma Score.

**b.** Frequência respiratória:

- 1) mais que 29 mrm = 4 pontos;
- 2) de 10 até 29 mrm = 3 pontos;
- 3) de 6 até 9 mrm = 2 pontos;
- 4) de 1 até 5 mrm = 1 pontos; e
- 5) 0 = 0 ponto.

**c.** Pressão arterial sistólica:

- 1) mais que 89 mmHg = 4 pontos;
- 2) de 76 até 89 mmHg = 3 pontos;
- 3) de 50 até 75 mmHg = 2 pontos;
- 4) de 01 até 49 mmHg = 1 ponto; e
- 5) 0 = 0 ponto.

**d.** Nível de consciência (Glasgow):

- 1) 13 até 15 = 5 pontos;
- 2) 9 até 12 = 4 pontos;
- 3) 6 até 8 = 3 pontos;
- 4) 4 até 5 = 2 pontos; e
- 5) 3 = 1 ponto.

#### Q-5. ESCALA APGAR

**a.** Avalie a cor da pele, o pulso, a irritabilidade reflexa, o tônus muscular e a respiração, anote e depois some os pontos de cada item observado para obter a nota da Escala APGAR.

**b.** As notas obtidas no primeiro e no quinto minutos após o nascimento devem ser registradas na pulseira de identificação da criança.

**c. Cor:**

- 1) completamente rosado = 2 pontos;
- 2) róseo, extremidades cianóticas = 1 ponto; e
- 3) azulado, pálido = 0 ponto.

**d. Pulso:**

- 1) maior de 100 bpm = 2 pontos;
- 2) menor de 100 bpm = 1 ponto; e
- 3) ausente = 0 ponto.

**e. Irritabilidade reflexa:**

- 1) tosse, espirro = 2 pontos;
- 2) algum movimento, careta = 1 ponto; e
- 3) nenhuma resposta = 0 ponto.

**f. Tônus muscular:**

- 1) movimento ativo = 2 pontos;
- 2) flexão de extremidades = 1 ponto; e
- 3) flácido = 0 ponto.

**g. Respiração:**

- 1) choro forte = 2 pontos;
- 2) fraca, irregular = 1 ponto; e
- 3) ausente = 0 ponto.

## ANEXO R

### SEQUÊNCIA DE PROCEDIMENTO PADRÃO GRUPO 18 – Situações especiais (Produtos perigosos)

#### R-1. RECONHECIMENTO

**a.** O principal aspecto a ser considerado durante o atendimento de uma emergência que envolva produtos perigosos, diz respeito a segurança das pessoas envolvidas.

**b.** Para tanto, adote os seguintes procedimentos gerais:

1) aproxime-se do local da emergência com cuidado, tendo o vento pelas costas, tomando como referência o ponto de vazamento do produto perigoso (PP);

2) evite qualquer tipo de contato com o PP;

3) identifique o PP com o auxílio do Manual de Emergência da ABIQUIM;

4) isole o local do acidente impedindo a entrada ou saída de qualquer pessoa;

5) solicite a presença do socorro especializado;

6) realize as ações iniciais de emergência, recomendadas no Manual de Emergências da ABIQUIM;

7) identificar possíveis vítimas; e

8) informar o hospital de referência para preparar o ambiente para recebimento do(s) paciente(s).

#### R-2. TRATAMENTO PRÉ-HOSPITALAR

**a.** Há quatro tipos de pessoas que podem ser encontradas numa cena de emergência com produto perigoso, são elas:

1) pessoa não lesionada e não contaminada;

2) pessoa lesionado, mas não contaminada;

3) pessoa não lesionada, mas contaminada; e

4) pessoa lesionado e contaminada.

**b.** As ações de socorro deverão ser realizadas **somente** por pessoal especializado, devidamente **protegido** e **capacitado** para tal.

**c.** Nesses casos as medidas de primeiros socorros devem incluir:

1) a remoção da vítima para fora da área de risco e seu posicionamento em local bem ventilado e de costas para o vento, tomando sempre por base o ponto do vazamento;

2) a remoção de suas roupas, joias, cintos e sapatos (colocando-as em sacos plásticos para posterior descarte);

3) recomenda-se, se houver contato do contaminante com a pele, a lavagem da área afetada com grandes quantidades de água corrente e sabão neutro (não cáustico);

4) caso haja contato dos produtos com os olhos, iniciar imediatamente a lavagem destes com água corrente (mínimo de 15 minutos); e

5) se houver a inalação de gases ou vapores tóxicos, iniciar o tratamento com oxigênio suplementar (10 a 15 litros por minuto) e transportar a vítima para uma unidade hospitalar adequada, com monitoramento constante de seus sinais vitais.

**d.** Qualquer procedimento do APH, somente poderá ser executado após liberação da equipe de atendimento à produtos perigosos, evitando que a equipe de socorrista também seja contaminada.

**e.** As atividades de primeiros socorros realizadas na zona fria podem incluir:

1) a garantia de que a descontaminação foi realmente executada adequadamente;

2) a avaliação dos pacientes, incluindo:

a) vias aéreas/Coluna cervical;

b) respiração;

c) circulação e controle de hemorragias; e

d) avaliação do nível de contaminação e triagem dos pacientes;

3) procedimentos de estabilização, incluindo:

- a) manutenção da permeabilidade das vias aéreas dos pacientes;
- b) estabilização da coluna cervical;
- c) prevenção e tratamento do estado de choque;
- d) tratamento de feridas e fraturas;
- e) tratamento de queimaduras e irritações químicas;
- f) administração de oxigênio suplementar;
- g) manipulação e fixação dos pacientes em macas rígidas;
- h) continuação de procedimentos de descontaminação, se necessário; e
- i) transporte dos pacientes para unidades hospitalares com monitoramento constante.

### R-3. DETALHES A SEREM OBSERVADOS

**a.** Os procedimentos de suporte avançado de vida, tais como o uso de medicamentos e antídotos, manobras invasivas, etc., devem ser executados somente por profissionais habilitados (recomenda-se o acionamento do suporte avançado do SAMU).

**b.** O tratamento específico para várias das exposições químicas deverá ser pesquisado junto ao Centro de Informações Toxicológicas (em Santa Catarina = Fone 0800-643-5252).

## **Nota**

As sugestões de correções e atualização, obrigação de todos os bombeiros militares e dever da Coordenadoria do Serviço de Atendimento Pré-hospitalar - CSvAPH, devem ser encaminhadas ao Coordenador da CSvAPH e ao Chefe do EMG.