



# CORPO DE BOMBEIROS MILITAR



## PROTOCOLO DE SUPORTE BÁSICO DE VIDA



ESTADO DE GOIÁS  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA  
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR  
**PORTARIA DE APROVAÇÃO**

Corpo de  
Bombeiros  
Militar



ESTADO DE GOIÁS  
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR

Portaria 291/2020 - CBM

Aprova atualização do  
Protocolo de Suporte Básico de  
Vida.

O Comandante-Geral do Corpo de Bombeiros Militar do Estado de Goiás, nomeado pelo Decreto de 12 de dezembro de 2019, publicado no Diário Oficial do Estado n. 23.197, de 12 de dezembro de 2019, no uso de suas atribuições legais e regulamentares, nos termos do artigo 11, II, da Lei Estadual n. 18.305, de 30 de dezembro de 2013, e do artigo 114, I, do Decreto Estadual n. 9.690, de 06 de julho de 2020, que aprova o Regulamento da Secretaria de Estado da Segurança Pública,

**CONSIDERANDO** o que consta dos autos do Processo Administrativo SEI n. [201900011024962](#),

**RESOLVE:**

Art. 1º Aprovar atualização do Protocolo de Suporte Básico de Vida, elaborada por Comissão designada por força da Portaria n. 340/2019 - CBM ([8856293](#)).

Art. 2º Determinar à Secretaria Geral e ao Comando de Gestão e Finanças para que providenciem o que lhes compete.

Art. 3º Determinar ao Comando da Academia e Ensino e ao Batalhão de Salvamento em Emergência que adotem providências imediatas conjuntamente visando a disseminação e a massificação da atualização/doutrina em debate junto ao efetivo da Corporação.

Art. 4º Determinar aos Comandantes Regionais que acompanhem a correta aplicação do protocolo a que se refere o artigo 1º desta portaria.

Art. 5º Esta portaria entra em vigor na data de sua publicação em Boletim Geral Eletrônico.

**PUBLIQUE-SE e CUMPRA-SE.**

Gabinete do Comandante-Geral do Corpo de Bombeiros Militar, em Goiânia - GO, aos vinte e oito dias do mês de julho de 2020.

Esmeraldino Jacinto de Lemos - Coronel QOC  
Comandante-Geral



Documento assinado eletronicamente por **ESMERALDINO JACINTO DE LEMOS, Comandante-Geral**, em 28/07/2020, às 10:59, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.



A autenticidade do documento pode ser conferida no site [http://sei.go.gov.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=1](http://sei.go.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=1) informando o código verificador **000014345927** e o código CRC **3F449996**.

SECRETARIA GERAL

Novo Comando Geral do CBMGO (Av. C-206 c/ Av. C-198, Jardim América, Goiânia-GO)



Referência: Processo nº 201900011024962



SEI 000014345927

PROTÓCOLO DE SUPORTE BÁSICO DE VIDA



Elaborado por:

**Comissão de Revisão técnica**

Última versão:

**Abril/2020**

Portaria:

**340/2019**

Página:

**2 de 140**

ESTADO DE GOIÁS  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA  
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR

## COMISSÃO DE REVISÃO TÉCNICA E ATUALIZAÇÃO

- Cel QOC 1155 Jonas Henrique Moreira Bueno (Presidente);
- Maj QOC 2303 Luiz Eduardo Machado Lobo (Membro);
- Cap QOC 2197 Saul Ezrom de Miranda Xavier (Membro/Médico);
- Cap QOC 2772 Ítalo Ferreira Silva (Membro);
- Cap QOA 1158 Leonardo de Castro Oliveira (Membro/Enfermeiro);
- 1º Ten QOC 03.260 Daniel Gonçalves Vitorino C. de Miranda (Membro);
- 1º Ten QOC 3262 Renata Vilela Chaveiro Ramos (Membro);
- 1º Ten QOC 2420 Gabriel Lins dos Santos (Membro);
- 1º Ten QOC 1554 Hugo Brito (Membro);
- 1º Ten QOA 1448 Célio Fernando de Paula (Membro/Enfermeiro);
- 2º Sgt QP/Comb. 1712 Samuel Melo Meneses (Membro/Enfermeiro);
- 3º Sgt QP/Comb. 02.571 Wesley DA COSTA Reis (Membro/Médico);
- 3º Sgt QP/Comb. 1794 Alessandro Rodrigues de Moraes (Membro / Enfermeiro).
- Ms. Elisângelo Aparecido Costa da Silva (Enfermeiro. SIATE).

### Colaboradores:

- 1º Ten QOC 3676 Antônio Carlos Sabbatini da Silva.
- 2º Sgt QP/Comb 01.582 Eric Pereira Lima
- Cb QP/Comb 03.304 Jordão Emerick Ramos
- Sd QP/Comb. 3852 Tadeu Moura.

Protocolo de suporte básico de vida / Corpo de Bombeiros Militar. – Goiânia : - 2020.  
140 p. : il.

Vários colaboradores.

1. Suporte básico de vida. 2. Primeiros socorros. 3. Emergências médicas. 4. Atendimento pré-hospitalar. I. Goiás (Estado) - Corpo de Bombeiros Militar.



Elaborado por:

**Comissão de Revisão técnica**

Última versão:

**Abril/2020**

Portaria:

**340/2019**

Página:

**3 de 140**

ESTADO DE GOIÁS  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA  
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR

## APRESENTAÇÃO

**Socorrista**, você está atualizado quando o assunto é Atendimento Pré-Hospitalar? “Atualizar” significa tornar atual, adequar **aos dias de hoje**, modernizar. Seria impossível, então, tratar deste assunto sem passar pela evolução cronológica do **Serviço de Resgate** no Corpo de Bombeiros do Estado de Goiás. Reunir informações históricas que permitam que você, leitor, entenda rapidamente a criação e estruturação deste serviço.

No **final** dos anos **80**, o Governo Federal (Ministério da Saúde) **criou** o Programa de **Enfrentamento ao Trauma e Emergência**, compreendendo a fase de Atendimento Pré-Hospitalar, em que vários Corpos de Bombeiros Militares do Brasil receberam treinamento e **atualizações** para atuarem em **situações de trauma**, a fim de **padronizar** técnicas em todo o País, capacitando os Bombeiros Militares como **Socorristas de Resgate**.

Em **1990** o Corpo de Bombeiros Militar do Estado de Goiás adere ao programa de enfrentamento ao trauma e emergência e cria o Programa “**Chame Ambulância**”, a fim de levar o atendimento às **vítimas de emergências** clínicas e traumáticas, bem como o transporte **inter-hospitalar**.

No entanto, em **1996**, o programa foi **substituído** pelo projeto **Resgate**, com a **criação** do Grupo de Resgate Pré-Hospitalar (**GRPH**), tendo como escopo um serviço de atendimento pré-hospitalar composto por **equipes** de atendimento **básico e avançado**.

Em **1998/99**, iniciaram as tratativas de criação do Sistema Integrado de Atendimento ao Trauma e Emergência (**SIATE**), em **parceria** com a **Secretaria** de Estado da **Saúde**, permitindo o intercâmbio **multiprofissional** com apoio de profissionais de saúde, propiciando já no início do ano 2000, a **regulação** médica no Centro Operacional de Bombeiros (**COB**), e a **implementação** de duas Unidades de Suporte Avançado (**USA**).

Com a **parceria** do SIATE o Serviço de Atendimento Pré-Hospitalar do CBMGO, recebe **investimentos** da **Secretaria** de Saúde, **propiciando** a expansão do serviço aos **municípios** que possuíam unidades da Corporação, os quais **receberam** viaturas modernas, atendendo o conceito



Elaborado por:

Comissão de Revisão técnica

Última versão:

Abril/2020

Portaria:

340/2019

Página:

4 de 140

ESTADO DE GOIÁS  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA  
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR

## APRESENTAÇÃO

de Unidade de Resgate (**UR**) para as OBM's e Unidade de Suporte Básico (**USB**) para as prefeituras realizarem o transporte **inter-hospitalar**.

Além das **parcerias** operacionais, o Resgate, também passa a atuar juntamente com o SIATE, na **capacitação** continuada junto aos Serviços de Saúde da **capital e interior**, capacitando médicos e enfermeiros em **todo o Estado**.

Em **2007**, o CBMGO altera a formatação dos cursos de capacitação em atendimento pré-hospitalar e inicia o **Curso de Resgate**, aprimorando a formação e **especialização** dos socorristas para o **CBMGO** e outras **instituições**, tornando-se assim **multiplicador** de conhecimento na área pré-hospitalar, tendo já formando socorristas para o Brasil e exterior.

**Concomitantemente** ao crescimento doutrinário, o Serviço de Resgate tem buscado melhorias no que se refere a **equipamentos** e **viaturas**, contando hoje com **viaturas** modernas, tanto de suporte **básico** como de suporte **avançado**, inclusive com viatura e equipe especializada em atendimento de **emergência neonatal** e **aeronaves** de asa **fixa** e **rotativa** com o serviço **aeromédico**.

Em **2019** é criado o Grupo de Ações e Respostas Rápidas - **GARRA**, com emprego de motocicletas, tendo como objetivo **diminuir o tempo resposta** em atendimentos, aumentando as chances de sobrevivência das vítimas assistidas pelo sistema de APH em Goiás.

Respeitando o contexto e a tradição histórica do APH na corporação, estabeleceu-se a comissão de revisão e atualização do **Protocolo de Suporte Básico de Vida**, adotado pelo Corpo de Bombeiros Militar do Estado de Goiás (CBMGO), **a luz das mais recentes evidências** descritas em literaturas, **diretrizes** e protocolos consagrados no **Brasil** e no **exterior**.

O presente protocolo, **mantém sua função de ser um ato normatizador**, constituindo um conjunto de regras e procedimentos (condutas) que **devem ser respeitadas e seguidas** para amparar as ações dos nossos socorristas, bem como, proteger a sociedade.



Elaborado por:

Comissão de Revisão técnica

Última versão:

Abril/2020

Portaria:

340/2019

Página:

5 de 140

ESTADO DE GOIÁS  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA  
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR

## APRESENTAÇÃO

Sendo obrigatória a sua **aplicação no âmbito de nossa instituição**, onde as ocorrências devem ser cadastradas no Registro de Atendimento Integrado (RAI) e as **condutas e/ou intercorrências**, devem ser descritas **detalhadamente**, visando **amparar** a vítima e os socorristas.

**Permanece a doutrina** conceitual do “período de ouro”, priorizando seus **princípios**: avaliação, conduta e o transporte rápido, sem prejudicar a segurança e a manutenção dos sinais vitais da vítima. Todavia, este protocolo entre outras atualizações, apresenta as **novas condutas para a restrição de movimentos na coluna vertebral (RMC)**, baseada em evidências, permitindo ao socorrista raciocinar acerca da melhor conduta e **preferências** de atendimento, servindo para ruptura de paradigmas e práticas até então utilizadas pelas **equipes** do CBMGO: Salvamento, Combate a Incêndio e Atendimento Pré-Hospitalar, composta por **três** socorristas (**guarnição padrão**) ou **dois** socorristas (**guarnição reduzida**).

Esta atualização, **sem esgotar o assunto**, foi construída a partir de uma **pesquisa bibliográfica**, onde as condutas aqui apresentadas foram atualizadas com base em **doutrinas**, amparadas por estudos **científicos** e **protocolos** de diversas **instituições** renomadas, descritas nas referências bibliográficas deste protocolo, servindo para nortear e **contribuir com o aprimoramento técnico profissional** dos bombeiros militares a **serviço da população** do nosso estado.

Agora é com **você**, movidos pela vontade de **fortalecer** cada vez mais o Serviço de **Atendimento Pré-Hospitalar** de nossa corporação e pelas palavras de nosso Imperador e Patrono, D. Pedro II: “**Não conheço missão maior e mais nobre que a de dirigir as inteligências jovens e prepara os homens do futuro**”.



**ESTADO DE GOIÁS**  
**SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA**  
**CORPO DE BOMBEIROS MILITAR**

## **PREFÁCIO**

Para a presente atualização do Protocolo de Suporte Básico de Vida, foi designada uma comissão de bombeiros militares, médicos e enfermeiros do CBMGO e do SIATE, para condução dos trabalhos de forma colaborativa, a qual buscou analisar as evidências e protocolos consagrados, bem como o compartilhamento de experiências adquiridas pelo serviço ao longo de sua existência.

O Suporte básico de Vida, constitui a coluna dorsal do atendimento inicial, prestado pelo CBMGO e pelo SIATE à nossa sociedade, sendo representado pelas as equipes de Resgate, através das Unidades de Resgate (UR) e Moto Resgate (GARRA) as quais normalmente são e devem ser as primeiras equipes a chegarem no local da ocorrência, antes das equipes de Suporte Intermediário, Suporte Avançado e/ou do Serviço Aeromédico.

É mister a constante necessidade de aprimoramento das técnicas e da doutrina de Atendimento Pré-Hospitalar, constituindo um desafio para nossa instituição servir cada vez melhor a população goiana.

Portanto, esta atualização do protocolo traz entre outras a inovação de possuir uma formatação de páginas em fichário, permitindo sua atualização por assunto de forma mais dinâmica e ágil, sem a necessidade de no futuro constituir comissões de atualização do protocolo como um todo, mas no momento oportuno e necessário, bastando a designação de comissão para atualizar determinado assunto que requeira mudanças pontuais acompanhando novas evidências, porem mantendo a estrutura do protocolo atual.

O Protocolo de Suporte básico de Vida é a base da estrutura dos demais protocolos adotados pela corporação e pelo SIATE, a exemplo dos Protocolos de Suporte Intermediário de Vida, Suporte Avançado de Vida e Suporte Aeromédico, onde todos devem ser seguidos e adotados por toda a estrutura de Atendimento Pré-hospitalar prestada pelas equipes do CBMGO e do SIATE durante o atendimento às ocorrências



Elaborado por: <b>Comissão de Revisão técnica</b>	Última versão: <b>Abril/2020</b>	Portaria: <b>340/2019</b>	Página: <b>7 de 140</b>
--	-------------------------------------	------------------------------	----------------------------

**ESTADO DE GOIÁS**  
**SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA**  
**CORPO DE BOMBEIROS MILITAR**

## **PREFÁCIO**

Não poderia deixar neste momento de reconhecer e agradecer aos pioneiros e entusiastas que contribuíram para formar a doutrina do atendimento pré-hospitalar em nossa corporação, ainda nos anos 90: Cel QOC R/R Divino Aparecido de Melo; Cel QOC R/R Leônidas Eduardo Dias; Cel QOC R/R Hárison de Abreu Pancieri; Cel QOC R/R Luiz Renato Piloto Lopes; Cel QOS R/R Wilton Adriano da Silva Filho e Dr. Ciro Ricardo Pires de Castro.

Reconheço ainda e agradeço aos demais oficiais e praças que ao longo da nossa história, contribuíram e tem contribuído para aprimorar e aplicar a doutrina de Atendimento Pré-Hospitalar em nossa corporação. Cumprimento ainda e agradeço, a equipe de revisão e atualização do Protocolo de Suporte Básico de Vida/2020 já nominada anteriormente.

Por fim, nesta oportunidade convoco a todos os Bombeiros Militares do Estado de Goiás, independente de atuarem nas guarnições de Resgate, mas também os diversos profissionais que atuam diariamente nas funções Administrativas, Serviços Técnicos e Serviço Operacional nas diversas guarnições de Salvamento e Combate a Incêndio em todo o Estado de Goiás, a adotarem este protocolo, como modelo doutrinário para todos os atendimentos de primeiros socorros (suporte básico de vida), prestados por nossa instituição a sociedade goiana.

Goiânia-GO, 24 de abril de 2020.

Esmeraldino Jacinto de Lemos – Cel QOC  
Comandante Geral do CBMGO



Elaborado por: <b>Comissão de Revisão técnica</b>	Última versão: <b>Abril/2020</b>	Portaria: <b>340/2019</b>	Página: <b>8 de 140</b>
--	-------------------------------------	------------------------------	----------------------------

**ESTADO DE GOIÁS**  
**SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA**  
**CORPO DE BOMBEIROS MILITAR**

## SUMÁRIO

Nº	ASSUNTO	Pág.
<b>CAPÍTULO - I SEGURANÇA E AVALIAÇÃO DA VÍTIMA</b>		
1.1	Segurança no atendimento a ocorrência	10
1.2	Cinemática do trauma	16
1.3	Restrição de Movimentos da Coluna Vertebral – RMC	21
1.4	Avaliação Primária	25
1.5	Avaliação Secundária	29
1.6	Incidente com Múltiplas Vítimas	34
<b>CAPÍTULO - II SUPORTE BÁSICO DE VIDA</b>		
2.1	Obstrução das Vias Aéreas por Corpo Estranho (OVACE)	43
2.2	Parada Respiratória	47
2.3	Parada Cardiorrespiratória (PCR)	53
2.4	Hemorragias	68
2.5	Choque	73
<b>CAPÍTULO - III EMERGÊNCIA TRAUMÁTICA</b>		
3.1	Trauma Crânio-Encefálico - TCE	76
3.2	Trauma Vertebro-medular	81
3.3	Trauma Torácico	82
3.4	Trauma Abdominal	84
3.5	Trauma Musculoesquelético	87
3.6	Trauma em Gestante	97
<b>CAPÍTULO - IV EMERGÊNCIA CLÍNICA</b>		
4.1	Acidente Vascular Cerebral – AVC	98
4.1	Angina Pectoris	100
4.2	Infarto Agudo do Miocárdio - IAM	101
4.3	Insuficiência Ventilatória (Respiratória)	102
4.4	Crise Convulsiva	103
4.5	Desmaio (Síncope)	105
4.6	Emergências Diabéticas	106
4.7	Hipertensão Arterial	110
<b>CAPÍTULO - V EMERGÊNCIA PSIQUIÁTRICA</b>		
5.1	Agitação e situação de violência	112
5.2	Autoagressão e risco de suicídio	115
5.3	Manejo da crise em saúde mental	117
<b>CAPÍTULO - VI SITUAÇÕES ESPECIAIS</b>		
6.1	Assistência ao Parto no APH	119
6.2	Atendimento ao Deficiente Auditivo	123
6.3	Afogamento	124
6.4	Choque Elétrico	126
6.5	Queimaduras Térmicas	127
6.6	Animais Peçonhentos / Perigosos	129
6.7	Hipotermia	132
6.8	Intoxicação	133
6.9	Urgência Odontológica	135
6.9	Ocorrência de natureza desconhecida	138
<b>BIBLIOGRAFIA CONSULTADA</b>		139



Elaborado por:

**Comissão de Revisão técnica**

Última versão:

**Abril/2020**

Portaria:

**340/2019**

Página:

**9 de 140**

ESTADO DE GOIÁS SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA <u>CORPO DE BOMBEIROS MILITAR</u>	<b>ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR</b>
	NÚMERO DO CAPÍTULO: <b>01</b>

**NATUREZA: SEGURANÇA NO ATENDIMENTO A OCORRÊNCIA**

### **1- RECONHECIMENTO:**

Toda e qualquer circunstância que ofereça algum risco em potencial para a Guarnição de Resgate/Atendimento Pré-Hospitalar (APH), às vítimas e ou para as demais pessoas envolvidas em função do atendimento a uma ocorrência e/ou nos respectivos deslocamentos da viatura empenhada.

### **2- CONDUTA:**

Priorizar sempre a proteção das equipes empenhadas e de todas as demais pessoas envolvidas, através do mnemônico da regra dos “3S”:

#### **2.1 CENA DO ACIDENTE (SCENE):**

De acordo com as informações preliminares repassadas pelo centro de operações, a guarnição deverá definir as ações a serem desenvolvidas antes mesmo da chegada ao local do fato. E a partir desse contexto preparar o material que será utilizado neste atendimento, assim como manter contato direto com o COB solicitando dados adicionais. Em caso de Incidente com Múltiplas Vítimas (IMV), requerer apoio e verificar ou confirmar junto ao COB:

- 1º Tipo / natureza do evento;
- 2º Número de vítimas;
- 3º Veículos envolvidos;
- 4º Mecanismo de trauma ou natureza da doença;
- 5º Recursos já empenhados no local ou acionados para deslocar;
- 6º Possível evolução do evento, etc.

#### **2.2 SEGURANÇA (SECURITY):**

Adotar todas as medidas de proteção e segurança: das guarnições empenhadas, das vítimas e das demais pessoas envolvidas na cena do acidente, durante os deslocamentos e no estabelecimento da viatura no local da ocorrência, analisando e mitigando riscos em potencial, estabelecendo as seguintes ações preventivas:

- 1º Deslocar com todos os dispositivos sonoros e luminosos ligados;



Elaborado por: <b>Comissão de Revisão técnica</b>	Última versão: <b>Abril/2020</b>	Portaria: <b>340/2019</b>	Página: <b>10 de 140</b>
--	-------------------------------------	------------------------------	-----------------------------

ESTADO DE GOIÁS SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA <u>CORPO DE BOMBEIROS MILITAR</u>	<b>ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR</b>
	NÚMERO DO CAPÍTULO: <b>01</b>

**NATUREZA: SEGURANÇA NO ATENDIMENTO A OCORRÊNCIA**

- 2º Observar as regras de direção defensiva durante os deslocamentos;
- 3º Parar e estabelecer a viatura em local seguro, que favoreça o atendimento a chamada e saída rápida do local;
- 4º Se necessário, realizar o isolamento do local da ocorrência, englobando toda a área do sinistro, afastando transeuntes e curiosos;
- 5º Se necessário, realizar a sinalização e o controle do trânsito nas vias.



**ATENÇÃO!!!!**

✓ Os deslocamentos com dispositivos sonoros e luminosos ligados, não é recomendado em ocorrências de natureza psiquiátricas, onde estes dispositivos possam potencializar o risco de a vítima realizar seu intento ou quando em deslocamentos e transportes não ofereça benefícios à vítima.

✓ Viaturas e veículos envolvidos na ocorrência devem ser calçados, principalmente nos aclives e declives.

**2.2.1 Equipamentos de proteção individual - EPI:**

A utilização dos equipamentos de proteção individual (proteção ativa) é obrigatória para todos os socorristas durante os atendimentos nas cenas de acidentes. Os EPIS devem ser compatíveis com os riscos existentes no local. Caso seja necessário, a guarnição deverá aguardar a chegada das equipes especializadas antes de iniciar o atendimento às vítimas:

1º **EPI's Nível Básico** - empregado durante o atendimento a ocorrências classificadas como Riscos Biológicos Classe 1 e 2, corresponde a maioria das ocorrências atendidas pelas equipes de Resgate:

- I. Uniforme Operacional (4º "A") com mangas desdobradas;
- II. Luvas de procedimento ou cirúrgicas;
- III. Máscara cirúrgica;
- IV. Óculos de proteção ou viseira do capacete abaixada;
- V. Joelheira.
- VI. Capacete;



**ATENÇÃO!!!!**

✓ A máscara cirúrgica é de uso único para cada ocorrência de APH, podendo ser utilizada por até três horas seguidas, em uma mesma ocorrência ou em ocorrências sequenciais.



Elaborado por: <b>Comissão de Revisão técnica</b>	Última versão: <b>Abril/2020</b>	Portaria: <b>340/2019</b>	Página: <b>11 de 140</b>
--	-------------------------------------	------------------------------	-----------------------------

ESTADO DE GOIÁS SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA <u>CORPO DE BOMBEIROS MILITAR</u>	ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
	NÚMERO DO CAPÍTULO: <b>01</b>

**NATUREZA: SEGURANÇA NO ATENDIMENTO A OCORRÊNCIA**

**2º EPI's Nível Intermediário** - empregado durante o atendimento a ocorrências classificadas como Riscos Biológicos Classe 3, que envolvam o transporte de vítima que requer maior necessidade de proteção respiratória (ex. meningite, tuberculose, H1N1 e COVID 19):

- I. Uniforme Operacional (4º "A") com mangas desdobradas;
- II. Jaleco ou capote descartável de caráter impermeável.
- III. Luvas de procedimento ou cirúrgicas;
- IV. Máscara cirúrgica (em caso de manipulação: RCP e ventilações utilizar a máscara bico de pato ou N-95 – PFF2 ou PFF3);
- V. Óculos de proteção ou viseira do capacete abaixada;
- VI. Joelheira;
- VII. Capacete;

**ATENÇÃO!!!!**

✓ As máscaras N-95, Bico de Pato ou PFF2/PFF3, podem ser utilizadas em diversos atendimentos, por até 24 horas, durante todo o plantão de resgate. Exceto se a máscara danificar, molhar ou se a natureza da ocorrência for H1N1 ou COVID-19. Nestes casos elas serão de uso único, sendo descartadas ao final de cada evento;

**3º EPI's Nível Avançado** - empregado durante o atendimento a ocorrências classificadas como Riscos Biológicos Classe 4, que envolvam o transporte de vítima que requer alto grau de proteção das vias aéreas e contaminação contra fluidos (ex. Ebola):

- I. Uniforme Operacional (4º "A") com mangas desdobradas;
- II. Macacão impermeável **(descartável)**;
- III. Dois pares de Luvas procedimento/cirúrgicas **(descartável)**;
- IV. Máscara bico de pato ou N-95 (PFF2 ou PFF3) **(descartável)**;
- V. Protetor facial;
- VI. Bota de cano longo, de caráter impermeável;
- VII. Cobrir botas impermeável **(descartável)**;

**ATENÇÃO!!!!**

✓ Os modelos das **máscaras PFF2(S) ou PFF3(S)**, utilizadas no atendimento pré-hospitalar, **não devem** possuir **válvula de exalação**;

Elaborado por: <b>Comissão de Revisão técnica</b>	Última versão: <b>Abril/2020</b>	Portaria: <b>340/2019</b>	Página: <b>12 de 140</b>
--	-------------------------------------	------------------------------	-----------------------------



ESTADO DE GOIÁS SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA <u>CORPO DE BOMBEIROS MILITAR</u>	ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
	NÚMERO DO CAPÍTULO: <b>01</b>

**NATUREZA: SEGURANÇA NO ATENDIMENTO A OCORRÊNCIA**



**ATENÇÃO!!!!**

✓ A conduta de colocação, utilização e remoção dos EPI's, nível avançado, devem seguir protocolos e treinamentos específicos;

**2.2.2 Precauções universais de biossegurança para o atendimento:**

- 1º Possuir e **manter o cartão de vacina atualizado** (proteção passiva);
- 2º Lavar as mãos, com água e sabão, **antes e após** cada atendimento, conforme técnica específica de higienização das mãos;
- 3º O uso do **álcool 70%** (gel), não substitui a lavagem das mãos, mas é uma **alternativa** eficiente quando não for **possível** lavá-las;
- 4º Utilizar os **EPI's compatíveis** com o risco biológico que estará **exposto**;
- 5º **Utilizar**, durante o atendimento a ocorrências com múltiplas vítimas, **dois pares** de luvas de procedimento ou cirúrgica;
- 6º **Evitar** a contaminação **cruzada** entre as vítimas;
- 7º **Colocar** máscara cirúrgica nas **vítimas**, com **suspeita** de doença **infeciocontagiosa** para **evitar propagação** da contaminação;
- 8º **Desligar** o ar condicionado e **ligar** o exaustor, nas ocorrências classificadas como Risco Biológico Classe 3, na falta do exaustor, abrir as **janelas** da viatura, propiciando **fluxo de circulação** do ar;
- 9º **Utilizar**, se disponível, maca **encapsulada** ou **realizar** o envelopamento da viatura, **conforme protocolo específico**, nas ocorrências classificadas como **risco biológico classe 4**;
- 10º Ter **cuidado** ao manipular objetos **perfuro-cortantes**;
- 11º **Substituir** as luvas contaminadas, **sempre** que for **manusear** outra vítima, **pegar materiais** na bolsa ou no interior da viatura;
- 12º **Descartar** materiais utilizados no **lixo infectante**, preferencialmente na unidade **hospitalar**;
- 13º Realizar a **desinfecção concorrente** da viatura e materiais ao término de cada ocorrência, **conforme protocolo específico**;



Elaborado por: <b>Comissão de Revisão técnica</b>	Última versão: <b>Abril/2020</b>	Portaria: <b>340/2019</b>	Página: <b>13 de 140</b>
--	-------------------------------------	------------------------------	-----------------------------

ESTADO DE GOIÁS SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA <u>CORPO DE BOMBEIROS MILITAR</u>	ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
	NÚMERO DO CAPÍTULO: <b>01</b>

**NATUREZA: SEGURANÇA NO ATENDIMENTO A OCORRÊNCIA**

14º Realizar a **limpeza terminal** da viatura conforme protocolo e planejamento **periódico** da Central de Assepsia ou após o **término** de ocorrência, que contamine o interior da viatura **além do normal**;

15º **Sempre** que o **fardamento** estiver **sujo** ou **contaminado**, deverá ser **substituído** ao término de cada **ocorrência**, bem como deverá ser trocado a cada **plantão**;

16º **Lavar** o fardamento (uniforme operacional) separado de suas **roupas civis/familiares**. Se disponível, utilizar a lavanderia do quartel.

**2.2 SITUAÇÃO (SITUATION):**

1º Informar ao Centro de Operações a chegada no local da ocorrência;

2º Verificar se a natureza da ocorrência se confirma ou reclassificar se necessário;

3º Verificar se as ações planejadas serão adequadas ou se faz necessário a adoção de outras condutas;

4º Levantar ou confirmar as seguintes informações:

I. Quantidade de vítimas e idade;

II. Mecanismo de trauma ou natureza da doença;

III. Outros riscos existentes (incêndio, eletricidade, desmoronamento etc.);

IV. Necessidade de reforços e/outras recursos na cena.

5º Se for a primeira guarnição no local, adotar as condutas iniciais de acordo com o fluxograma de triagem de múltiplas vítimas (START) e rotinas do sistema de comando de incidentes (SCI);

6º Iniciar a avaliação das vítimas e condutas conforme protocolo;

7º Observar o algoritmo de Restrição de Movimentos da Coluna Vertebral;

8º Informar ao Centro de Operações a condição e o estado da vítima passando os dados de forma sistematizada;

9º Transportar a vítima para a unidade hospitalar de referência ou aguardar orientação do Centro de Operações.



Elaborado por: <b>Comissão de Revisão técnica</b>	Última versão: <b>Abril/2020</b>	Portaria: <b>340/2019</b>	Página: <b>14 de 140</b>
--	-------------------------------------	------------------------------	-----------------------------

ESTADO DE GOIÁS SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA CORPO DE BOMBEIROS MILITAR	ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
	NÚMERO DO CAPÍTULO: <b>01</b>

## NATUREZA: SEGURANÇA NO ATENDIMENTO A OCORRÊNCIA

- 10º Se houver outras guarnições no local, apresentar-se ao Comandante do Incidente e seguir as orientações;
- 11º Posicionar a viatura na Área de Espera e aguardar orientações e designação da guarnição;
- 12º Interagir e cooperar com outras guarnições e instituições no local;



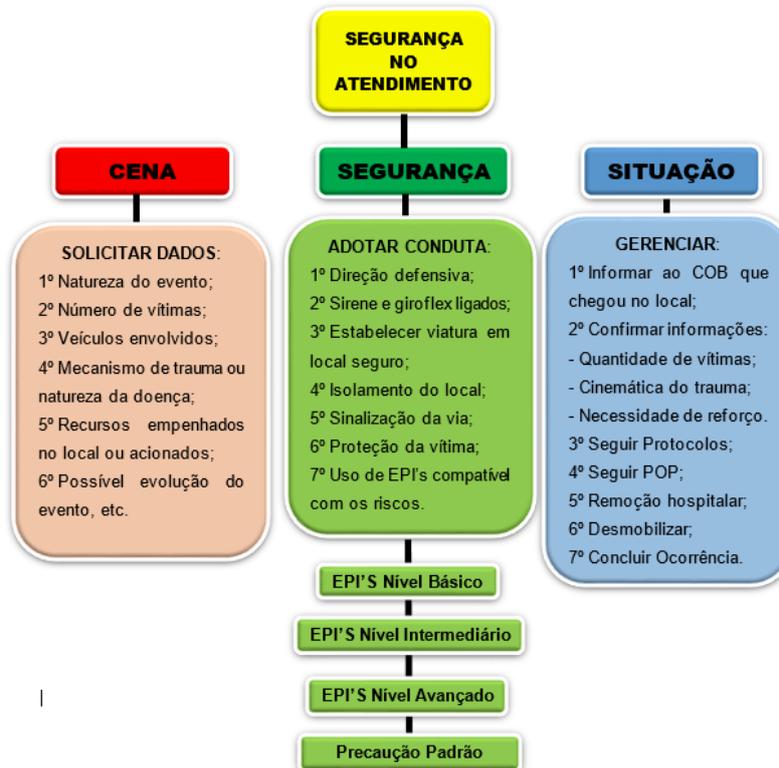
✓ **Nos Incidentes com Múltiplas Vítimas (IMV)** outros serviços de ambulância devem ser acionados através do Plano de Auxílio Mútuo - PAM (concessionárias de rodovias, SAMU, Serviços de APH privado e Ambulâncias das prefeituras locais, etc.).



✓ Se for **necessário** o manuseio de materiais e/ou estruturas **abrasivas** ou ainda, durante a limpeza da viatura, **sobrepôr** ou substituir às luvas procedimento por luvas de **látex**;

✓ A retirada dos **EPI's**, se dará **após** a **descontaminação** da respectiva **viatura**, designada para a **ocorrência**.

### 3- FLUXOGRAMA DO ALGORÍTIMO DE SEGURANÇA (3" S "):



Elaborado por: <b>Comissão de Revisão técnica</b>	Última versão: <b>Abril/2020</b>	Portaria: <b>340/2019</b>	Página: <b>15 de 140</b>
--	-------------------------------------	------------------------------	-----------------------------

ESTADO DE GOIÁS SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA <u>CORPO DE BOMBEIROS MILITAR</u>	<b>ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR</b>
	NÚMERO DO CAPÍTULO: <b>01</b>

## NATUREZA: BIOMECÂNICA DO TRAUMA

### 1- RECONHECIMENTO:

Avaliar o cenário e relacionar as avarias mecânicas nos veículos, estimar sua velocidade, dispositivos de segurança utilizados e a posição dos passageiros antes e após impacto (cinemática do trauma). Armas e comportamento de agressores, com as possíveis áreas de impacto no corpo de vítima, estimando supostas lesões (biomecânica do trauma).



**ATENÇÃO!!!!**

✓ **Sempre** relacionar o **mecanismo do trauma** com a possibilidade de **presença de lesões específicas** e tratar como se existissem, **adotando** medidas de **estabilização preventivamente**.

### 2- CONDUTA:

- 1º Avaliar e priorizar a segurança no atendimento a ocorrência;
- 2º A análise da cinemática do trauma não deve retardar o início do atendimento à vítima;
- 3º Avaliar aspectos de cada tipo de trauma:

#### 1. **Colisões automobilísticas: Avaliar aspectos gerais:**

- a. Como se apresenta o local?
- b. Número de veículos?
- c. Tipo de veículo?
- d. Número de vítimas envolvidas?
- e. Adultos? Crianças?
- f. Quem atingiu o que?
- g. Direção do impacto?
- h. Houve frenagem?
- i. Velocidade aproximada?
- j. Vítimas utilizavam dispositivos de segurança?
- k. Airbag acionado? Capacete?
- l. Ocupantes foram ejetados? Colidiram com algo?
- m. Estragos no carro?



Elaborado por: <b>Comissão de Revisão técnica</b>	Última versão: <b>Abril/2020</b>	Portaria: <b>340/2019</b>	Página: <b>16 de 140</b>
--	-------------------------------------	------------------------------	-----------------------------

ESTADO DE GOIÁS SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA CORPO DE BOMBEIROS MILITAR	ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
	NÚMERO DO CAPÍTULO: <b>01</b>

## NATUREZA: BIOMECÂNICA DO TRAUMA

n. Considerar os padrões de lesão esperadas, segundo os diferentes tipos de impacto:

### 1.1 Impacto Frontal - Lesões esperadas:

- Grandes hemorragias;
- Fratura de coluna cervical;
- Tórax instável anterior;
- Contusão miocárdica;
- Pneumotórax;
- Secção de aorta;
- Lesão de baço ou fígado;
- Fratura ou luxação de quadril e/ou de joelho e tornozelo;
- Ejeção.

#### 1.1.1 Achados no veículo:

- Deformidade na parte anterior;
- Deformidade no volante;
- Marcas no painel;
- Para-brisas em “olho de boi”;
- Airbag acionado.



**ATENÇÃO!!!!**

- ✓ Considerar a trajetória possível: por cima do volante (cabeça em direção ao para-brisas) ou por baixo do volante (cabeça em direção ao painel).

### 1.2 Impacto Lateral - Lesões esperadas:

- Hemorragias maciças;
- Fratura de clavícula;
- Fratura de costelas;
- Contusão pulmonar;
- Pneumotórax;
- Compressão de órgãos sólidos;
- Entorse contralateral do pescoço;
- Fratura de coluna cervical;
- Fratura de pelve ou acetábulo.

#### 1.2.1 Achados no veículo:

- Intrusão da porta;
- Intrusão de painel lateral.

### 1.3 Impacto Traseiro - Lesões esperadas:

- Lesão de coluna por hiperextensão (chicote).

#### 1.3.1 Achados no veículo:

- Intrusão da parte posterior do veículo alvo.



**ATENÇÃO!!!!**

- ✓ Avaliar posição ou ausência do encosto de cabeça;
- ✓ Avaliar a queixa de dor no pescoço da vítima.



Elaborado por: <b>Comissão de Revisão técnica</b>	Última versão: <b>Abril/2020</b>	Portaria: <b>340/2019</b>	Página: <b>17 de 140</b>
--	-------------------------------------	------------------------------	-----------------------------

ESTADO DE GOIÁS SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA CORPO DE BOMBEIROS MILITAR	ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
	NÚMERO DO CAPÍTULO: <b>01</b>

## NATUREZA: BIOMECÂNICA DO TRAUMA

### 1.4 Capotamento - Lesões esperadas:

- Lesões variadas derivadas dos diferentes impactos sofridos;
- Lesões de órgãos internos;
- Ejeção.

#### 1.4.1 Achados no veículo:

- Impactos de ângulos diferentes.



**ATENÇÃO!!!!**

✓ A ejeção coloca a vítima no grupo de risco de praticamente todo tipo de lesão e a mortalidade aumenta consideravelmente.

### 2. Atropelamento - Avaliar:

- Áreas de impacto no adulto: contra MMII e quadris; tronco contra o capô; vítima contra o chão;
- Peso e altura da vítima em relação à altura do veículo.

#### 2.1 Lesões esperadas:

- Hemorragias maciças
- Traumatismo craniano;
- Traumatismo raquimedular;
- Lesões torácicas e abdominais;
- Fraturas das extremidades inferiores;
- Ejeção.

#### 2.1.1 Achados no veículo:

- Intrusão da parte anterior;
- Para-brisas quebrado.

### 3. Colisões de motocicleta - Lesões esperadas:

- Traumatismo craniano;
- Traumatismo raquimedular;
- Lesão de MMII;
- Lesões torácicas e abdominais;
- Fraturas das extremidades inferiores.

#### 3.1 Achados na motocicleta:

- Sinais de impacto no capacete;
- Deformidades no guidão e outras estruturas da motocicleta.



**ATENÇÃO!!!!**

✓ Por não haver contenção, há alto risco de ejeção e suas lesões decorrentes.

✓ Informações quanto ao comportamento do motociclista para auxiliar na interpretação de lesões.



Elaborado por: <b>Comissão de Revisão técnica</b>	Última versão: <b>Abril/2020</b>	Portaria: <b>340/2019</b>	Página: <b>18 de 140</b>
--	-------------------------------------	------------------------------	-----------------------------

ESTADO DE GOIÁS SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA <u>CORPO DE BOMBEIROS MILITAR</u>	ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
	NÚMERO DO CAPÍTULO: <b>01</b>

## NATUREZA: BIOMECÂNICA DO TRAUMA

### 4. Queda - Avaliar aspectos gerais:

- a. Estimar a altura da queda, superfície sobre a qual o paciente caiu e qual a primeira parte do corpo que entrou em contato com a superfície;
- b. De alturas superiores a 2 metros é considerada grave;
- c. Em vítima idosa a queda da própria altura já é preocupante;
- d. Lesões esperadas:
  - I. Síndrome de Don Juan: quando as primeiras partes a atingirem o solo forem os pés (lesão de calcâneos, tornozelos, tíbias, fíbulas, joelhos, ossos longos e quadril);
  - II. Traumatismo craniano;
  - III. Lesões torácicas e abdominais.
  - IV. Se a vítima cair para a frente sobre as mãos espalmadas: fratura de extremidades superiores.
  - V. Se a vítima cair de cabeça: traumatismo raquimedular.

### 5. Ferimentos penetrantes: Avaliar aspectos gerais:

- a. Tipo de objeto: alta energia (fuzis e metralhadoras), média energia (revolveres e rifles) e baixa energia (faca e picador de gelo);
- b. Distância do agressor;
- c. Armas de baixa energia: sexo do agressor, lesão = trajetória, arma foi removida? Órgãos próximos?
- d. Armas de média energia: a cavidade temporária é 3 a 5 x maior que o projétil; considerar ainda perfil desconhecido do projétil, rolamento e fragmentação;
- e. Armas de alta energia: a cavidade temporária é até 25 x maior que o projétil; considerar ainda perfil desconhecido do projétil, rolamento e fragmentação;
- f. Local do ferimento (único ou múltiplo?);
- g. Características dos ferimentos externos.



Elaborado por: <b>Comissão de Revisão técnica</b>	Última versão: <b>Abril/2020</b>	Portaria: <b>340/2019</b>	Página: <b>19 de 140</b>
--	-------------------------------------	------------------------------	-----------------------------

ESTADO DE GOIÁS SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA <u>CORPO DE BOMBEIROS MILITAR</u>	<b>ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR</b>
	NÚMERO DO CAPÍTULO: <b>01</b>

## NATUREZA: BIOMECÂNICA DO TRAUMA

**6. Lesões por explosão:** Avaliar aspectos gerais:

**7.1 Primárias:** onda de pressão atinge a vítima com velocidades de até três quilômetros /segundo. Padrão de lesão: amputação traumática de membros, sangramento pulmonar, pneumotórax, embolia gasosa, laceração de pequenos vasos, rotura de tímpano, PCR e explosão de pulmão.

**7.2 Secundárias:** vítima é atingida por fragmentos primários, secundários ou ambos, que voam e podem tornar-se projeteis. Padrão de lesão: ferimentos penetrantes, lacerações e fraturas, feridas cutâneas superficiais, lesões torácicas e oculares.

**7.3 Terciárias:** quando a vítima é arremessada contra um objeto (torna-se um projétil), podendo ser atirada contra outros objetos ou ao chão. Padrão de lesão: semelhantes às lesões que ocorrem em vítimas ejetadas de um carro ou que caem de alturas significativas.

**7.4 Quaternárias:** lesões provocadas por calor e gases oriundos da explosão. Padrão de lesão: queimaduras, lesões por inalação e até asfixia.

**7.5 Quintenárias:** causadas por aditivos colocados nas bombas, como bactérias, radiação e substâncias químicas e ataque suicida com homem-bomba. Padrão de lesão: lesões por encravamento por restos humanos (ossos do homem bomba), possíveis doenças infecciosas.

4º **Observar** sempre o Algoritmo de Restrição de Movimentos da Coluna Vertebral, para nortear a decisão de estabilização, imobilização e transporte.

✓ **Suspeitar de traumatismo grave:**

- Em quedas > 1,5 vezes a altura da vítima;
- Atropelamento;
- Colisões com veículos a mais de 30 Km/hora;
- Ejeção da vítima;
- Morte de um ocupante de veículo acidentado;
- Danos graves ao veículo;
- Capotamentos;
- Ferimentos penetrantes de cabeça, pescoço, tórax, abdome, pelve e coxa.



**ATENÇÃO!!!!**



Elaborado por: <b>Comissão de Revisão técnica</b>	Última versão: <b>Abril/2020</b>	Portaria: <b>340/2019</b>	Página: <b>20 de 140</b>
--	-------------------------------------	------------------------------	-----------------------------

ESTADO DE GOIÁS SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA <u>CORPO DE BOMBEIROS MILITAR</u>	ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
	NÚMERO DO CAPÍTULO: <b>01</b>

**NATUREZA: RESTRIÇÃO DE MOVIMENTO NA COLUNA VERTEBRAL - RMC**

## **1- RECONHECIMENTO:**

Em vítimas de acidentes de trânsito, doméstico, trabalho, esportivo ou nas agressões interpessoais, que tenha sido submetida a grande descarga de energia que de acordo com a cinemática do trauma, haja risco potencial de ter sofrido alguma lesão em virtude do trauma e/ou ter seu quadro agravado em função de possíveis movimentações indevidas.

## **2- CONDUTA:**

- 1º Avaliar e priorizar a segurança no atendimento a ocorrência;
- 2º Iniciar a Avaliação Primária (**XABCDE**) e intervir conforme necessidade;
- 3º Caso a vítima apresente **alteração em “ABCD”**, isto é, vias aéreas obstruídas, respiração dificultosa/sinais de hipoxemia, hemorragia maciça não controlada/sinais de choque circulatório ou alteração de consciência, a proteção da coluna vertebral é **mandatória**, visto que sob tais condições há emergência em extricar/evacuar.
- 4º Em vítimas estáveis clinicamente, decidir quanto à necessidade de proteção de coluna vertebral seguindo o algoritmo de RMC;
- 5º Crianças abaixo dos 3 anos de idade muitas vezes não respondem adequadamente à anamnese, assim sendo, considerar imobilizá-las.
- 6º Quanto à técnica de **extricação**, sempre que em condições (**obedece a comandos, não apresenta lesões que impeçam a deambulação ou problema em “ABC”**), deve ser permitida a **auto-extricação assistida (orientada)**, sem o uso do colar cervical.
- 7º A proteção minimalista da coluna cervical, deverá ser realizada simultaneamente à abordagem do socorrista para avaliação primária.
- 8º Para a remoção da vítima no solo utilizar preferencialmente: 1º) prancha scoop, 2º) elevação a cavaleira e prancha e/ou 3º) rolamentos e prancha;
- 9º Nos deslocamentos para a unidade hospitalar, cujo tempo seja superior a 30 min, transferir a vítima da prancha longa para o colchonete da maca (coberta por lençol), fixando-a com cintos de segurança e suporte craniano.



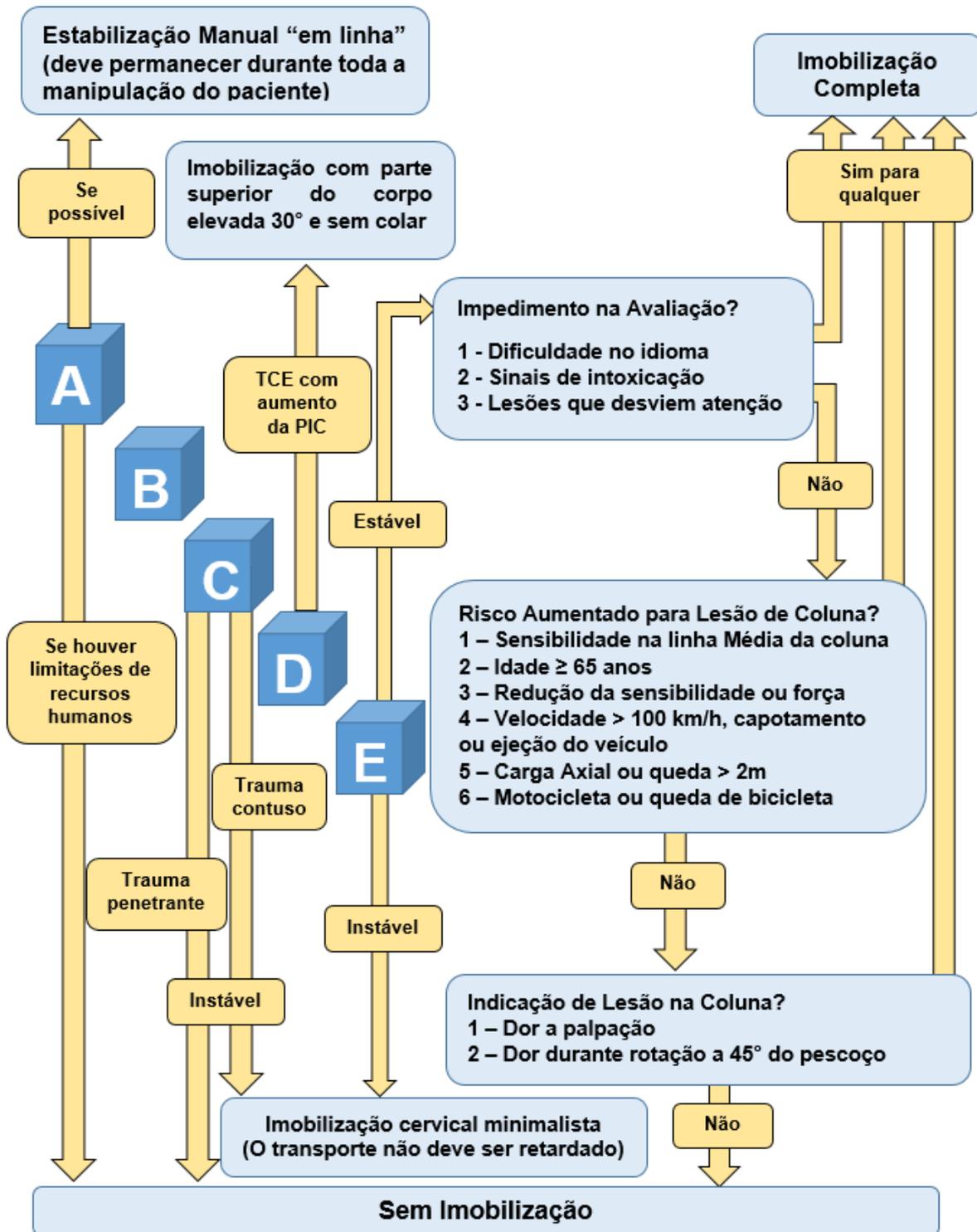
Elaborado por: <b>Comissão de Revisão técnica</b>	Última versão: <b>Abril/2020</b>	Portaria: <b>340/2019</b>	Página: <b>21 de 140</b>
--	-------------------------------------	------------------------------	-----------------------------

# RESTRIÇÃO DE MOVIMENTO NA COLUNA

ESTADO DE GOIÁS SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA CORPO DE BOMBEIROS MILITAR	ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
	NÚMERO DO CAPÍTULO: <b>01</b>

**NATUREZA: RESTRIÇÃO DE MOVIMENTO NA COLUNA VERTEBRAL - RMC**

## 3- RESTRIÇÃO DE MOVIMENTOS NA COLUNA VERTEBRAL - RMC:



Elaborado por: <b>Comissão de Revisão técnica</b>	Última versão: <b>Abril/2020</b>	Portaria: <b>340/2019</b>	Página: <b>22 de 140</b>
--	-------------------------------------	------------------------------	-----------------------------

# RESTRIÇÃO DE MOVIMENTO NA COLUNA

ESTADO DE GOIÁS  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA  
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR

ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

NÚMERO DO CAPÍTULO: **01**

**NATUREZA: RESTRIÇÃO DE MOVIMENTO NA COLUNA VERTEBRAL - RMC**



**ATENÇÃO!!!!**

✓ Algoritmo de abordagem à coluna vertebral no trauma, segue mnemônico "XABCDE" para as etapas da abordagem primária ao politrauma;

✓ As evidências demonstraram que lesões significativas de coluna vertebral em **trauma penetrante** são raras, o paciente com tais lesões, **sem queixas/sinais** atribuíveis, **não** deve ter a **coluna vertebral imobilizada**;

✓ **Proteção minimalista** da coluna vertebral **envolve** principalmente **estabilização manual continuada**, reservando a **aplicação** de colar cervical e blocos laterais de cabeça quando **na maca**.

✓ A proteção minimalista à coluna está envolvida nos "Planos B" de **extricação (rápida)**, reservados às **vítimas graves**, ao passo que os "Planos A" de **extricação (padrão)**, reservados às **vítimas estáveis**, envolvem além da estabilização de coluna, a retirada de sua posição original de forma mais alinhada possível com o eixo inicial da coluna (em "**ângulo zero**").



**ATENÇÃO!!!!**

✓ O uso prolongado da prancha longa causa ou agrava dor na coluna vertebral, uma vez que retifica suas curvaturas naturais. Além disso, pode causar lesões de pressão na pele, além de restringir a expansão torácica e aumentar a pressão intracraniana.

✓ Uma vez sobre a maca da ambulância, a vítima deve ser **rolada em bloco** e a **prancha retirada**. Manter o colar cervical e o imobilizador lateral de cabeça (montado sobre a própria maca). Exceção: quando a prancha é parte da estratégia de **imobilização de fraturas** suspeitas em ossos longos/bacia ou quando o hospital estiver a não mais que 30 minutos.



**ATENÇÃO!!!!**

✓ No hospital, a vítima com indicação de proteção à coluna vertebral é passada para o leito da emergência através de manobra de rolamento lateral com auxílio da prancha, deslizamento lateral alinhado, lona de transferência (passante) ou utilizando prancha scoop (colher)



PROTOCOLO DE SUPORTE BÁSICO DE VIDA



Elaborado por:

**Comissão de Revisão técnica**

Última versão:

**Abril/2020**

Portaria:

**340/2019**

Página:

**23 de 140**

## NATUREZA: RESTRIÇÃO DE MOVIMENTO NA COLUNA VERTEBRAL - RMC



ATENÇÃO!!!!

✓ Pacientes com **trauma contuso** e rebaixamento significativo de consciência (**Escala de Coma de Glasgow < 13**) que sugira hipertensão intracraniana, ao serem postos sobre a maca da ambulância, devem ter a **cabeceira elevada a 30° sem o uso do colar cervical** (algoritmo de RMC), o qual demonstra-se elevar a pressão intracraniana. Para tanto, o **imobilizador lateral de cabeça** (“head block”) deve ser montado diretamente no colchonete (cabeceira da maca) e utilizado para a **estabilização contra a flexão lateral/rotação excessiva**. Os cintos de segurança da maca devem ser afivelados antes do deslocamento da ambulância, por motivos de segurança de trânsito.



ATENÇÃO!!!!

✓ Quanto ao uso do colete de imobilização dorsal (K.E.D.), sua indicação rotineira em cenários de salvamento veicular fica bastante restrita, à luz dos novos conceitos aqui apresentados, limitando-se potencialmente à transposição por curtas distâncias, de vítimas com indicação de proteção da coluna vertebral, em cenários angustiados que exijam transporte na posição vertical, onde a prancha não manobre com facilidade, à critério do socorrista. Exemplo: escadas “caracol” entre dois pavimentos; traumas na região pélvica quando não dispuser de “cinta pélvica”.



ATENÇÃO!!!!

✓ Vítimas de TCE com aumento da PIC = sinais de lesão cerebral traumática com aumento da pressão intracraniana (escala de coma de Glasgow < 13, com ou sem alteração no diâmetro pupilar, com ou sem resposta de Cushing), realizar a proteção cervical minimalista = excluídos dispositivos de proteção mais complexos, como colete de imobilização dorsal (K.E.D.);

✓ Tríade de Cushing se relaciona a hipertensão intracraniana grave, composta por: hipertensão arterial sistêmica; bradicardia e dispneia.

✓ A rotação de vítima a 45 graus deve ser **ativa, não passiva**, cabendo ao socorrista que estiver estabilizando a cabeça da vítima definir antecipadamente os movimentos, confirmar se os demais socorristas entenderam e dar os respectivos comandos.



ESTADO DE GOIÁS SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA CORPO DE BOMBEIROS MILITAR	ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
	NÚMERO DO CAPÍTULO: <b>01</b>

## NATUREZA: AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

### 1- RECONHECIMENTO:

Vítima com suspeita de ter sofrido algum agravo a sua saúde e/ou integridade física, proveniente de uma emergência clínica, traumática ou psiquiátrica, ou ainda, em uma situação desconhecida (mal súbito), que seja necessário avaliar e monitorar seus sinais vitais.

### 2- CONDUTA:

1º Avaliar e priorizar a segurança no atendimento a ocorrência;

2º Iniciar a Avaliação Primária pelo mnemônico do “XABCDE”:

**X:** Priorizar o controle de grandes hemorragias (exsanguinantes):

- 1- Empregando curativos compressivos;
- 2- Empregando torniquete.

**A:** Desobstrução das vias aéreas com controle da coluna cervical.

1- Avaliar a responsividade da vítima, chamando-a e tocando-a pelos ombros. Em vítima com suspeita de trauma, executar simultaneamente a estabilização manual da cabeça com alinhamento neutro da coluna cervical. Checar ventilação (ver, ouvir e sentir) e pulso simultaneamente, esse procedimento não deve exceder 10 segundos:

- Se a vítima estiver responsiva: se apresentar, conversar com ela e prosseguir com a avaliação;
- Se a vítima não estiver responsiva, mas possuir pulso e ventilação, prosseguir com a avaliação;
- Se a vítima não estiver responsiva, sem pulso e/ou sem ventilação ou ventilação anormal (gasping). Iniciar protocolo de ressuscitação:
  - ✓ Emergência Clínica: utilizar a sequência mnemônica do CABD;
  - ✓ Emergência Traumática: seguir protocolo específico.

2- Avaliar e desobstruir as vias aéreas:

- Empregar a tração de mandíbula (Jaw Thrust) e/ou elevação da mandíbula (Chin Lift) em vítimas de trauma;



Elaborado por: <b>Comissão de Revisão técnica</b>	Última versão: <b>Abril/2020</b>	Portaria: <b>340/2019</b>	Página: <b>25 de 140</b>
--	-------------------------------------	------------------------------	-----------------------------

ESTADO DE GOIÁS SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA CORPO DE BOMBEIROS MILITAR	ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
	NÚMERO DO CAPÍTULO: <b>01</b>

**NATUREZA: AVALIAÇÃO PRIMÁRIA**

- Poderá utilizar a hiperextensão cervical com elevação do queixo em casos clínicos ou quando não houver contraindicação;
- 3- Abrir a boca da vítima:
  - Aspirar as secreções e retirar corpos estranhos da cavidade oral;
  - Executar a manobra de Heimlich em vítimas com Obstrução das Vias Aéreas por Corpo Estranho (OVACE);
- 4- Utilizar cânula orofaríngea em vítima não responsiva;
- 5- Observar o algoritmo de Restrição de Movimento de Coluna Vertebral.

**B:** Avaliar ventilação e frequência ventilatória:

- 1- Expor o tórax e avaliar a frequência ventilatória;
- 2- Observar presença de sinais de esforço ventilatório ou uso de musculatura acessória;
- 3- Avaliar a simetria bilateral na expansão torácica;
- 4- Avaliar a presença de lesões abertas e/ou fechadas no tórax;
- 5- Avaliar o posicionamento da traqueia e presença ou não de turgência jugular;
- 6- Monitorar a saturação do oxigênio através do oxímetro de pulso:
  - Fornecer suporte ventilatório (oxigenoterapia) com fluxo de oxigênio de 12 a 15 L/min via máscara não inalante para  $SatO_2 < 94\%$ ;
  - Considerar a necessidade de ventilação assistida através de AMBU com reservatório de oxigênio, para  $SatO_2 < 90\%$  ou caso a frequência ventilatória seja inferior a 08 vpm (ventilações por minuto);
  - Se for preciso iniciar protocolo de reanimação ventilatória.



**ATENÇÃO!!!!**

- ✓ Vítima com ventilação anormal realizar inspeção e palpação de todo o tórax;
- ✓ Nas vítimas estáveis, que apresentam boa saturação ( $SatO_2 \geq 94\%$ ), se disponível, poderá utilizar cateter nasal tipo óculos, com fluxo de oxigênio de 4 a 6 L/min.



Elaborado por: <b>Comissão de Revisão técnica</b>	Última versão: <b>Abril/2020</b>	Portaria: <b>340/2019</b>	Página: <b>26 de 140</b>
--	-------------------------------------	------------------------------	-----------------------------

ESTADO DE GOIÁS SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA CORPO DE BOMBEIROS MILITAR	ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
	NÚMERO DO CAPÍTULO: <b>01</b>

## NATUREZA: AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

### **C:** Avaliar a circulação (pulso e perfusão):

1- Avaliar a frequência cardíaca: pulso central (carotídeo) ou periférico (radial), em crianças (bebês) avaliar o pulso braquial:

- Vítima Responsiva: verificar pulso radial, se não estiver presente, avaliar pulso carotídeo;
- Vítima não responsiva: verificar pulso carotídeo, se for preciso iniciar Protocolo de Ressuscitação Cardiopulmonar - RCP;

2- Avaliar características da pele (temperatura, umidade e coloração);

3- Avaliar enchimento capilar periférico (considerar normal até 2 segundos);

4- Controlar sangramentos externos com compressão direta da lesão e/ou torniquete (conforme indicado);

5- Prevenir e/ou tratar Choque;

6- Se necessário, aferir a pressão arterial precocemente;

- ✓ Pulso **radial** ausente e pulso **carotídeo** presente: suspeitar e seguir com protocolo de controle/prevenção de Choque;



**ATENÇÃO!!!!**

- ✓ Pulso **radial** ausente e pulso central **ausente**: seguir com protocolo de Reanimação Cardiopulmonar (PCR);

### **D:** Avaliar o nível de resposta neurológica:

1- Escala de Coma de Glasgow;

2- Avaliação pupilar: foto-reatividade e simetria.

- ✓ A avaliação do nível de consciência, utilizando o acrônimo **AVDN** (**A**lerta, **V**erbal, **D**or e **N**ulo), foi substituído pela escala de coma de Glasgow, porém seu uso é indicado nos Incidentes com Múltiplas Vítimas;



**ATENÇÃO!!!!**

### **E:** Exposição da vítima com prevenção e controle da hipotermia:

1- Cortar as vestes da vítima sem movimentação excessiva e somente das partes necessárias, visando a avaliação e tratamento de ferimentos, traumas de extremidades, queimaduras, imobilização dentre outras que não colocam a vítima em risco iminente de morte;



Elaborado por: <b>Comissão de Revisão técnica</b>	Última versão: <b>Abril/2020</b>	Portaria: <b>340/2019</b>	Página: <b>27 de 140</b>
--	-------------------------------------	------------------------------	-----------------------------

ESTADO DE GOIÁS SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA CORPO DE BOMBEIROS MILITAR	ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
	NÚMERO DO CAPÍTULO: <b>01</b>

## NATUREZA: AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

- 2- Proteger a vítima da hipotermia com auxílio de cobertor térmico aluminizado ou cobertor de lã;
- 3- Utilizar outras medidas para prevenir a hipotermia (ex: desligar o ar condicionado da ambulância).



**ATENÇÃO!!!!**

- ✓ Durante a exposição, o socorrista deve proteger a intimidade da vítima. Sempre que possível, a vítima poderá ser acompanhada por um parente ou amigo durante o transporte até a unidade hospitalar.

- 3º Informar ao Centro de Operações a condição e o estado da vítima passando os dados de forma sistematizada;
- 4º A vítima deverá ser encaminhada para a unidade hospitalar regulada pelo Centro de Operações ou hospital de referência.

- ✓ É rotina que todo atendimento inicie com a **Avaliação Primária** seguindo o processo **mnemônico** do **XABCDE**, e as **alterações** encontradas **devem** ser **tratadas** e priorizadas **nesta sequência**.



**ATENÇÃO!!!!**

- ✓ Durante a avaliação da vítima, se ocorrerem **alterações** nas letras **“A”**, **“B”** e **“C”**, que colocam a vítima em **risco** iminente de **morte**, deve-se, portanto, ser **priorizada** a remoção **rápida** da vítima para o hospital, continuando com o atendimento e a avaliação durante o transporte.

- ✓ **Quando** houver **disponibilidade** de vários socorristas durante a avaliação da vítima, o mnemônico XABCDE **pode** ser executado **simultaneamente** pelos socorristas, mediante **coordenação daquele** que estiver estabilizando a cabeça da vítima e monitorando as vias aéreas.



- ✓ As **condutas** que requeiram a **intervenção** de Suporte **Intermediário** ou Suporte **Avançado**, deverão ser **reportadas** imediatamente ao Centro de Operações para deliberação do **médico regulador**, inclusive caso seja **necessário**, com apoio do SAMU ou de **outro serviço** que **garanta** o melhor **suporte à vítima**.



Elaborado por: <b>Comissão de Revisão técnica</b>	Última versão: <b>Abril/2020</b>	Portaria: <b>340/2019</b>	Página: <b>28 de 140</b>
--	-------------------------------------	------------------------------	-----------------------------

ESTADO DE GOIÁS SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA CORPO DE BOMBEIROS MILITAR	<b>ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR</b>  NÚMERO DO CAPÍTULO: <b>01</b>
<b>NATUREZA: AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA</b>	

## 1- RECONHECIMENTO:

Vítima com suspeita de ter sofrido algum agravo a sua saúde e/ou integridade física, proveniente de uma emergência clínica, traumática ou psiquiátrica, ou ainda, em uma situação desconhecida (mal súbito), que se necessita investigar seus sinais vitais como forma de complemento à coleta de dados, realizada durante a avaliação primária.

## 2- CONDUTA:

1º Após a realização da Avaliação Primária;

2º Identificar e colher dados da vítima:

- Nome completo, sexo, idade...



**ATENÇÃO!!!!**

- ✓ Caso a vítima **possua** nome social, o socorrista **deverá registrar na ficha de ocorrência e chamá-la** pelo seu **nome social**.

3º Verificar e anotar os sinais vitais, conforme entrevista **SAMPLA:**

**S: sinais** vitais:

1. Ventilação (frequência, ritmo e amplitude);
2. Pulso (frequência, ritmo e saturação);
3. Pressão arterial (sistólica e diastólica);
4. Pele (temperatura, cor, turgor e umidade).

**A:** possui **alergias**? Principal queixa? (História);

**M: medicamentos** em uso e/ou tratamentos em curso;

**P: passado** médico, gestação – problemas de saúde ou doença atual;

**L:** horário da última ingestão de **líquidos** ou alimentos; e

**A: ambiente** do evento.



**ATENÇÃO!!!!**

- ✓ Em vítimas não responsivas ou impossibilitadas de falar, buscar informações com familiares e terceiros.



Elaborado por: <b>Comissão de Revisão técnica</b>	Última versão: <b>Abril/2020</b>	Portaria: <b>340/2019</b>	Página: <b>29 de 140</b>
--	-------------------------------------	------------------------------	-----------------------------

ESTADO DE GOIÁS SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA CORPO DE BOMBEIROS MILITAR	<b>ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR</b>  NÚMERO DO CAPÍTULO: <b>01</b>
<b>NATUREZA: AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA</b>	

4º Avaliação complementar e continuada:

- Monitorar a oximetria de pulso;
- Aferir a glicemia capilar;
- Aferir a pressão arterial e ausculta pulmonar.

5º Avaliação complementar realizada no exame da cabeça aos pés.

Realizar um exame objetivo específico, para localizar ferimentos, sangramentos, afundamentos, desvios, hematomas, alterações na cor da pele ou mucosas, assimetrias, instabilidades, alterações de motricidade e sensibilidade, que não tenham sido identificados anteriormente pela avaliação primária, tendo como propedêuticas a serem utilizadas a inspeção seguida de palpação:

**a) Crânio e face:**

- Inspeccionar e palpar o couro cabeludo, orelhas, ossos da face, olhos, pupilas (diâmetro, reação à luz e simetria pupilar), nariz, boca;
- Observar alterações na coloração e temperatura da pele.

**b) Pescoço:**

- Avaliar região anterior e posterior;
- Avaliar, em especial, se há distensão das veias jugulares.

**c) Tórax:**

- Observar, em especial, se há uso de musculatura acessória, tiragem intercostal e de fúrcula, movimentos assimétricos;
- Presença de edema, hematoma, deformidade e crepitação óssea.

**d) Abdome:**

- Observar abdome distendido, doloroso ou com massas visíveis;
- Presença de hematomas, equimoses e sinais de cinto de segurança.

**e) Pelve:**

- Observar sangramentos, contusões ou lesões abertas;
- Realizar palpação das cristas ilíacas na busca de dor e/ou instabilidade realizando compressão láteromedial e anteroposterior.



Elaborado por:	Última versão:	Portaria:	Página:
<b>Comissão de Revisão técnica</b>	<b>Abril/2020</b>	<b>340/2019</b>	<b>30 de 140</b>

ESTADO DE GOIÁS SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA CORPO DE BOMBEIROS MILITAR	<b>ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR</b>  NÚMERO DO CAPÍTULO: <b>01</b>
<b>NATUREZA: AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA</b>	

**f) Membros superiores:**

- Observar, em especial, a palpação de pulsos distais e perfusão dos membros (enchimento capilar), sensibilidade;
- Avaliar a força motora, solicitando que a vítima aperte a mão do socorrista e/ou eleve um braço de cada vez, se descartada qualquer potencial lesão.

**g) Membros inferiores:**

- Observar, em especial, a palpação de pulsos distais e perfusão dos membros (enchimento capilar), sensibilidade;
- Avaliar a força motora, solicitando que a vítima movimente os pés e/ou eleve uma perna de cada vez, se descartada qualquer potencial lesão.

6º Realizar reavaliação continuada e monitorar a vítima durante o transporte;

7º Informar ao Centro de Operações a condição e o estado da vítima passando os dados de forma sistematizada;

8º A vítima deverá ser encaminhada para a unidade hospitalar regulada pelo Centro de Operações ou hospital de referência.

✓ Nas vítimas **estáveis** inicia-se a **Avaliação Secundária** logo após o término da **Avaliação Primária**, podendo fazê-la no interior da **viatura**, a **caminho** do hospital;



**ATENÇÃO!!!!**

✓ **Retomar** avaliação primária a **qualquer momento** se observar qualquer **deterioração** dos sinais e sintomas da **vítima**;

✓ Vítimas **instáveis** que **necessitam de manobras** para a manutenção dos **sinais vitais**, não será realizada a Avaliação Secundária, devendo priorizar o **deslocamento rápido para o hospital**;

✓ Sempre considerar a **cinemática** do trauma na **busca das lesões**;



Elaborado por: <b>Comissão de Revisão técnica</b>	Última versão: <b>Abril/2020</b>	Portaria: <b>340/2019</b>	Página: <b>31 de 140</b>
--	-------------------------------------	------------------------------	-----------------------------

ESTADO DE GOIÁS SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA CORPO DE BOMBEIROS MILITAR	<b>ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR</b> NÚMERO DO CAPÍTULO: <b>01</b>
<b>NATUREZA: AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA</b>	

### 3- PARÂMETROS DE REFERÊNCIA PARA SINAIS E SINTOMAS:

#### I. Parâmetros de Sinais Vitais:

##### a) Temperatura corporal (axilar):

Hipotermia	Normal	Febre discreta	Febre moderada	Febre Elevada	Hiperpirexia
<35°C	36,6° a 37,2°C	37,3° a 38,4°C	38,5° a 39,0°C	39,1° a 40,5°C	>40,5°C

##### b) Movimentos ventilatórios por minuto (VPM):

Adulto	Criança	Bebê	Neonato
12 a 20	15 a 30	25 a 50	30 a 60

##### c) Pulso (Frequência cardíaca normal):

Idade	Variação	Média normal
Recém-nato	De 70 a 170	120
11 meses	De 80 a 160	120
2 anos	De 80 a 130	110
4 anos	De 80 a 120	100
Adulto	De 60 a 100	80

##### d) Pressão arterial:

Pressão arterial	Adulto	Criança / Neonato
Sistólica (mm Hg)	110-140	80 + 2x Idade
Diastólica (mm Hg)	60-90	2/3 sistólica

#### II. Avaliação pelo mnemônico ACENA:

A	<u>Avaliar arredores</u> , a casa e a presença de <b>armas ou artefatos</b> que indiquem o uso de álcool e drogas; altura e a aparência da vítima.
C	<u>Observar</u> a presença de sinais de <b>conflito e crise</b> na rede social da vítima.
E	<u>Avaliar</u> as <b>expectativas</b> e a receptividade da rede social, da própria vítima e da equipe de atendimento.
N	Avaliar o <b>nível de consciência</b> , a adequação à realidade, a capacidade de escolha e o <b>nível de sofrimento</b> .
A	<u>Avaliar</u> a presença de sinais de uso de <b>álcool e drogas</b> , a presença de <b>agressividade</b> (atual ou anterior) e a presença de sinais de <b>autoagressão</b> .

Elaborado por: <b>Comissão de Revisão técnica</b>	Última versão: <b>Abril/2020</b>	Portaria: <b>340/2019</b>	Página: <b>32 de 140</b>
--	-------------------------------------	------------------------------	-----------------------------



ESTADO DE GOIÁS SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA CORPO DE BOMBEIROS MILITAR	ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR NÚMERO DO CAPÍTULO: <b>01</b>
<b>NATUREZA: AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA</b>	



✓ Utilizar a avaliação **ACENA** para a avaliar vítimas com distúrbio de comportamento, intoxicações e problemas psicológicos.

✓ Objetivo específico da avaliação secundária é localizar alterações na cor da pele ou mucosas, assimetrias morfológicas, instabilidades hemodinâmicas, ruídos anômalos emitidos pela vítima, alterações de motricidade e sensibilidade.



✓ As condutas que requeiram a intervenção de suporte intermediário ou avançado, deverão ser reportadas imediatamente ao Centro de Operações para deliberação do médico regulador, inclusive com apoio do SAMU ou de outro serviço que garanta o melhor suporte à vítima.



Elaborado por: <b>Comissão de Revisão técnica</b>	Última versão: <b>Abril/2020</b>	Portaria: <b>340/2019</b>	Página: <b>33 de 140</b>
--	-------------------------------------	------------------------------	-----------------------------

ESTADO DE GOIÁS SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA <u>CORPO DE BOMBEIROS MILITAR</u>	ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
	NÚMERO DO CAPÍTULO: <b>01</b>

**NATUREZA: INCIDENTE COM MULTIPLAS VÍTIMAS - IMV**

## 1- RECONHECIMENTO:

Ocorrência, cuja quantidade de vítimas na cena, seja superior a capacidade de resposta e transporte das guarnições no local da ocorrência, sendo necessário realizar a triagem das vítimas, solicitar reforço de equipes de APH e estabelecer uma Área de Concentração de Vítimas (ACV).

## 2- CONDUTA:

- 1º Sempre avaliar e priorizar a segurança no atendimento a ocorrência;
- 2º Informar ao Centro de Operações e solicitar auxílio e/ou reforço de equipes especializadas;
- 3º A primeira guarnição que chegar no local realizará a triagem:
  - a) Classificar as vítimas por cores, de acordo com a gravidade e prioridade de atendimento;
  - b) Adotar os fluxogramas do algoritmo de triagem de vítimas dos métodos START para vítimas adultas e JumpSTART para criança de 01 a 08 anos;
  - c) Se necessário, durante a avaliação da vítima, realizar hemostasia, manter vias aéreas desobstruídas e deixá-la em posição lateral de segurança;
  - d) A avaliação/triagem da vítima não deve ultrapassar 01 (um) minuto.
- 4º A Área de Concentração de Vítimas (ACV) deve ser montada em local seguro (Zona Fria) e de fácil acesso para as vítimas e fluxo de ambulâncias;
- 5º As guarnições que chegarem para reforço, devem priorizar a remoção das vítimas já triadas para a ACV;
- 6º Se for necessário, a reclassificação de alguma vítima ocorrerá na ACV;
- 7º Dispor as lonas conforme a classificação de cores, devendo priorizar a proximidade das lonas **vermelha** e **amarela**, podendo haver cooperação entre os profissionais empregados na assistência;
- 8º Dispor a lona **verde**, dentro do possível, em local que não permita a visualização das demais lonas, para evitar que as vítimas classificadas na **cor verde** resolvam sair à procura de parentes e amigos;



Elaborado por: <b>Comissão de Revisão técnica</b>	Última versão: <b>Abril/2020</b>	Portaria: <b>340/2019</b>	Página: <b>34 de 140</b>
--	-------------------------------------	------------------------------	-----------------------------

ESTADO DE GOIÁS SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA <u>CORPO DE BOMBEIROS MILITAR</u>	ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
	NÚMERO DO CAPÍTULO: <b>01</b>

**NATUREZA: INCIDENTE COM MULTIPLAS VÍTIMAS - IMV**

9º Dispor a lona **preta**, dentro do possível, em local que não permita a visualização das demais lonas, para evitar a visualização de eventuais amigos e/ou parentes em óbito na cena;

10º A medida que as viaturas (ambulâncias) forem chegando, devem informar ao Posto de Comando e se deslocarem para a Área de Espera;

11º Os socorristas e/ou profissionais de saúde devem deslocar para a ACV e apoiar nas ações de transporte/remoção de vítimas e assistência conforme necessidade e orientação do coordenador setorial;

12º Preferencialmente, os motoristas das viaturas deverão permanecer dentro de seus respectivos veículos na Área de Espera (E), todavia, na escassez de socorristas, os motoristas das viaturas (ambulâncias) poderão ser empregados na ACV, mas devem estar atentos para a necessidade de iniciarem o transporte das vítimas devendo buscar suas viaturas na Área de Espera.

### **3- CONDIÇÕES ESPECIAIS:**

**3.1- CONDUTA / CENÁRIO HIPOTÉTICO 1:** ocorrência em via pública ou local SEM risco potencial:

1º Avaliar e priorizar a segurança no atendimento a ocorrência;

2º A primeira guarnição que chegar ao local deverá priorizar a triagem das vítimas no tempo máximo de 01 (um) minuto por vítima.

3º As demais guarnições que chegarem à cena não devem reavaliar a classificação das vítimas, devendo focar apenas na remoção das mesmas da Zona Quente para a ACV, conforme a respectiva prioridade.

4º A triagem deverá ser realizada pela primeira equipe que chegar à cena aplicando o seguinte raciocínio:

a) **1º Socorrista:** faz a avaliação das vítimas e coloca o cartão de triagem conforme a respectiva cor classificada, orientando as vítimas classificadas na cor verde a se deslocarem sozinhas para a ACV.



Elaborado por: <b>Comissão de Revisão técnica</b>	Última versão: <b>Abril/2020</b>	Portaria: <b>340/2019</b>	Página: <b>35 de 140</b>
--	-------------------------------------	------------------------------	-----------------------------

ESTADO DE GOIÁS SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA <u>CORPO DE BOMBEIROS MILITAR</u>	ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
	NÚMERO DO CAPÍTULO: <b>01</b>

**NATUREZA: INCIDENTE COM MULTIPLAS VÍTIMAS - IMV**

b) **2º Socorrista:** auxilia o 1º Socorrista e de posse da bolsa de primeiros socorros realiza controle de hemorragias com curativos compressivos ou torniquetes. As vítimas inconscientes deverão ser colocadas na posição lateral de segurança, devendo observar a conduta de Restrição de Movimento da Coluna Vertebral (RMC). Tudo no prazo máximo de 01 (um) minuto.

c) **3º Socorrista:** permanece na Zona Fria, posiciona a viatura, solicita apoio ao Centro de Operações, define local para a montagem da ACV e começa a acolher as vítimas que foram classificadas na **cor verde**, as quais, por conseguirem andar, já foram orientadas a deslocar sozinhas para a ACV.

5º Na medida em que outras guarnições de reforço (APH ou Salvamento) forem chegando, estas deverão apoiar na assistência às vítimas na ACV, bem como, designar duplas de socorristas, portando prancha longa para começarem a remoção das vítimas que estão dentro da Zona Quente para a ACV, conforme a respectiva prioridade já classificada na sequência das cores: **vermelha, amarela e preta;**

6º A partir do momento em que a quantidade de socorristas seja suficiente, as vítimas em PCR classificadas na cor **preta**, podem receber manobras de ressuscitação cardiopulmonar, caso ainda seja viável.

**3.2 CONDUTA / CENÁRIO HIPOTÉTICO 2:** ocorrência em local de difícil acesso com riscos de desabamentos, explosões, incêndio e outros.

1º Se a primeira guarnição que chegar no local não tiver equipamento de proteção individual e/ou coletiva que garanta a segurança da guarnição, para adentrar neste ambiente (cenário) deverá:

- a) Avaliar e priorizar a segurança no atendimento a ocorrência;
- b) Informar o Centro de Operações e solicitar auxílio e/ou reforço de equipes especializadas;
- c) Definir a ACV e Área de Espera (E);
- d) Realizar o isolamento, controle e gestão do trânsito, se necessário;
- e) Acolher e tratar vítimas deambulando.



Elaborado por: <b>Comissão de Revisão técnica</b>	Última versão: <b>Abril/2020</b>	Portaria: <b>340/2019</b>	Página: <b>36 de 140</b>
--	-------------------------------------	------------------------------	-----------------------------

ESTADO DE GOIÁS SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA <u>CORPO DE BOMBEIROS MILITAR</u>	ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
	NÚMERO DO CAPÍTULO: <b>01</b>

**NATUREZA: INCIDENTE COM MULTIPLAS VÍTIMAS - IMV**

2º Com a chegada da guarnição de salvamento e/ou incêndio, a qual deverá estar devidamente paramentada (EPRA), após estabelecimento da segurança, esta deverá iniciar a remoção das vítimas da Zona Quente para a Zona Morna sem triar;

3º As vítimas serão recebidas pelas equipes de APH na Zona Morna, onde será realizada a triagem e posterior remoção para a ACV, estabelecida na Zona Fria.

**3.3 CONDOTA / CENÁRIO HIPOTÉTICO 3:** ocorrência envolvendo produtos perigosos ou risco biológico.

1º Se a primeira guarnição que chegar no local não tiver equipamento de proteção individual e/ou coletiva que garanta a segurança da guarnição, para iniciar o atendimento neste ambiente (cenário) deverá:

- a) Avaliar e priorizar a segurança no atendimento a ocorrência;
- b) Informar ao Centro de Operações e solicitar auxílio e/ou reforço de equipes especializadas;
- c) Posicionar a viatura observando a direção do vento, distância adequada e segura para a guarnição;
- d) Realizar o isolamento do local;
- e) Tentar identificar o produto perigoso envolvido na ocorrência;
- f) Iniciar o controle e gestão do trânsito, se necessário;
- g) Definir a ACV e Área de Espera (E);
- h) Acolher e tratar vítimas deambulando tendo cuidado com risco de contaminação.

2º Com a chegada da guarnição de intervenção a emergências com produtos perigosos, estando devidamente paramentada, após estabelecimento da segurança, deverá iniciar a remoção das vítimas da Zona Quente para a Zona Morna sem triar;



Elaborado por: <b>Comissão de Revisão técnica</b>	Última versão: <b>Abril/2020</b>	Portaria: <b>340/2019</b>	Página: <b>37 de 140</b>
--	-------------------------------------	------------------------------	-----------------------------

ESTADO DE GOIÁS SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA <u>CORPO DE BOMBEIROS MILITAR</u>	ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
	NÚMERO DO CAPÍTULO: <b>01</b>

**NATUREZA: INCIDENTE COM MULTIPLAS VÍTIMAS - IMV**

3º Na Zona Morna as vítimas deverão passar pelo Corredor de Redução de Contaminação - CRC, na sequência serão classificadas e triadas pelas equipes de APH e removidas para a ACV, a qual será montada na Zona Fria.

#### **4- ÁREA DE CONCENTRAÇÃO DE VÍTIMAS (ACV):**

A prioridade de atendimento será definida em função da gravidade das vítimas. Os profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) deverão ser alocados prioritariamente na **Lona Vermelha** e **Lona Amarela** respectivamente com auxílio de Socorristas.

Na **Lona Verde**, caso não haja profissionais de saúde (médicos e enfermeiros), deverá haver socorristas, podendo também haver o apoio de religiosos, psicólogos, assistentes sociais entre outros profissionais de áreas afins, os quais devem estar devidamente orientados e paramentados.

É necessário designar socorristas para o atendimento de vítimas na **Lona Preta**, podendo haver legistas, auxiliares de necropsia entre outros profissionais de áreas afins.

#### **4.1. CONDUTA DE ATENDIMENTO ÀS VÍTIMAS NA **LONA VERMELHA**:**

1º Acolher as vítimas e realizar a triagem secundária, se necessário, reclassificar;

2º Avaliar e atender as vítimas conforme conduta para os traumas identificados:

- a) Priorizar a contenção de hemorragias (hemostasia);
- b) Manter vias aéreas pérvias;
- c) Realizar reposição volêmica;
- d) Ofertar suporte ventilatório.

3º Realizar o controle das vítimas utilizando formulário SCI – 206, anotando a respectiva numeração do cartão START.

4º Coordenar a remoção das vítimas acionando viaturas (ambulâncias) da Área de Espera (E), via Posto de Comando.



Elaborado por: <b>Comissão de Revisão técnica</b>	Última versão: <b>Abril/2020</b>	Portaria: <b>340/2019</b>	Página: <b>38 de 140</b>
--	-------------------------------------	------------------------------	-----------------------------

ESTADO DE GOIÁS SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA <u>CORPO DE BOMBEIROS MILITAR</u>	ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
	NÚMERO DO CAPÍTULO: <b>01</b>

**NATUREZA: INCIDENTE COM MULTIPLAS VÍTIMAS - IMV**



**ATENÇÃO!!!!**

✓ As vítimas devem ser **estabilizadas** e **removidas** com maior brevidade possível, observando o **período de ouro**, podendo ser empregadas viaturas de **suporte** básico ou avançado conforme **disponibilidade**.

#### 4.2. CONDUTA DE ATENDIMENTO ÀS VÍTIMAS NA **LONA AMARELA**:

- 1º Acolher as vítimas e realizar a triagem secundária, se necessário, reclassificar;
- 2º Avaliar e atender as vítimas conforme conduta aos traumas identificados:
  - a) Priorizar a contenção de hemorragias (hemostasia);
  - b) Manter vias aéreas pérvias;
  - c) Realizar reposição volêmica;
  - d) Ofertar suporte ventilatório.
- 3º Realizar o controle das vítimas utilizando formulário SCI – 206, anotando a respectiva numeração do cartão START.
- 4º Aguardar a autorização do médico regulador para iniciar a remoção das vítimas para a rede hospitalar, após o término da remoção das vítimas classificadas na cor vermelha.

#### 4.3. CONDUTA DE ATENDIMENTO ÀS VÍTIMAS NA **LONA VERDE**:

- 1º Acolher as vítimas e realizar a triagem secundária, se necessário, reclassificar;
- 2º Avaliar e atender as vítimas conforme conduta aos traumas identificados:
  - a) Priorizar a contenção de hemorragias (hemostasia);
  - b) Manter vias aéreas pérvias;
  - c) Ofertar suporte ventilatório;
  - d) Realizar proteção de ferimentos (curativos).
- 3º Conversar, acalmar e orientar as vítimas;
- 4º Não permitir que as vítimas saiam da lona verde à procura de entes queridos;



Elaborado por: <b>Comissão de Revisão técnica</b>	Última versão: <b>Abril/2020</b>	Portaria: <b>340/2019</b>	Página: <b>39 de 140</b>
--	-------------------------------------	------------------------------	-----------------------------

ESTADO DE GOIÁS SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA <u>CORPO DE BOMBEIROS MILITAR</u>	ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
	NÚMERO DO CAPÍTULO: <b>01</b>

**NATUREZA: INCIDENTE COM MULTIPLAS VÍTIMAS - IMV**

5º Realizar o controle das vítimas utilizando formulário SCI – 206, anotando a respectiva numeração do cartão START.

6º Aguardar a autorização do médico regulador para iniciar a remoção das vítimas para a rede hospitalar, postos de saúde ou a sua liberação da cena (alta médica);



✓ As vítimas poderão ser transportadas por ambulâncias, ônibus ou vans se disponíveis.

#### 4.4. CONDUTA DE ATENDIMENTO ÀS VÍTIMAS NA **LONA PRETA**:

1º Acolher as vítimas e realizar a triagem secundária, se necessário, reclassificar;

2º Se houver viabilidade, vítimas em PCR poderão ser atendidas e reclassificadas para a **Lona Vermelha**;

3º As vítimas deverão ser acondicionadas preferencialmente em sacos para despojo humano;

4º Se disponível na cena, equipes do IML poderão iniciar seus protocolos;

5º Realizar o controle das vítimas utilizando formulário SCI – 206, anotando a respectiva numeração do cartão START.

6º A remoção das vítimas se dará mediante autorização do Posto de Comando, podendo iniciar independentemente da retirada das demais vítimas;

7º Para a remoção das vítimas serão empregadas preferencialmente viaturas do IML, funerárias e/ou ambulâncias após a remoção de todas as demais vítimas.

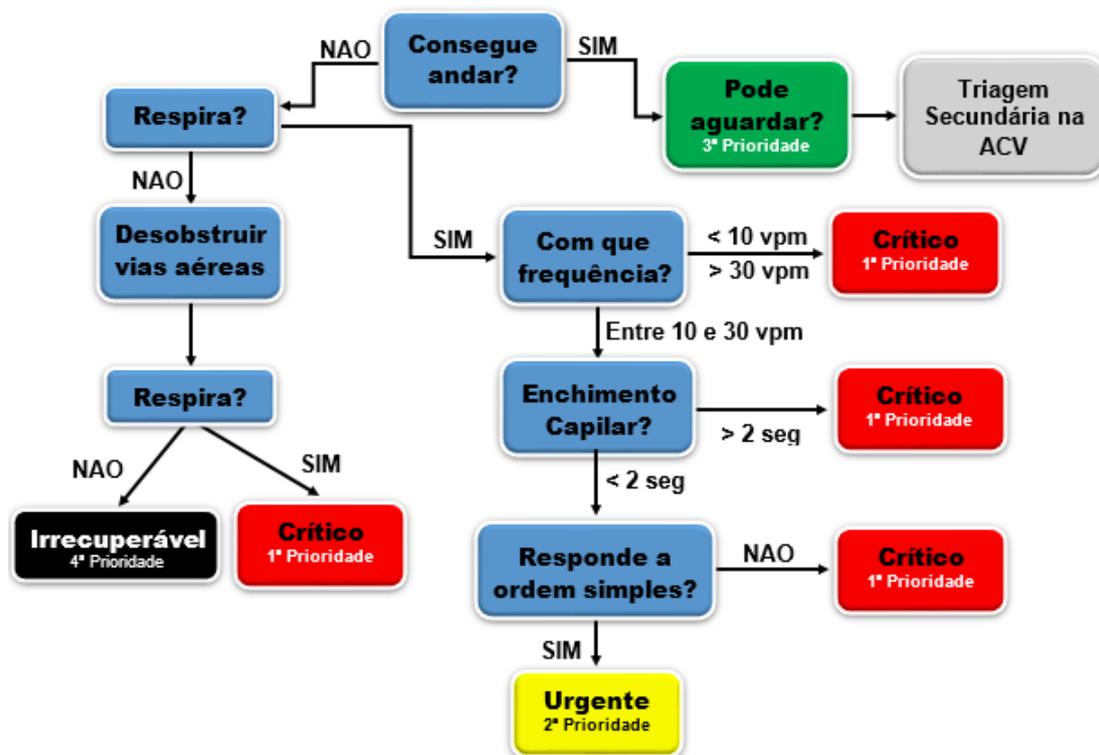


Elaborado por: <b>Comissão de Revisão técnica</b>	Última versão: <b>Abril/2020</b>	Portaria: <b>340/2019</b>	Página: <b>40 de 140</b>
--	-------------------------------------	------------------------------	-----------------------------

ESTADO DE GOIÁS SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA CORPO DE BOMBEIROS MILITAR	ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
	NÚMERO DO CAPÍTULO: <b>01</b>

NATUREZA: INCIDENTE COM MULTIPLAS VÍTIMAS - IMV

## 5- FLUXOGRAMA DO ALGORÍTIMO START:



Legenda: vpm - ventilações por minuto / seg – segundos

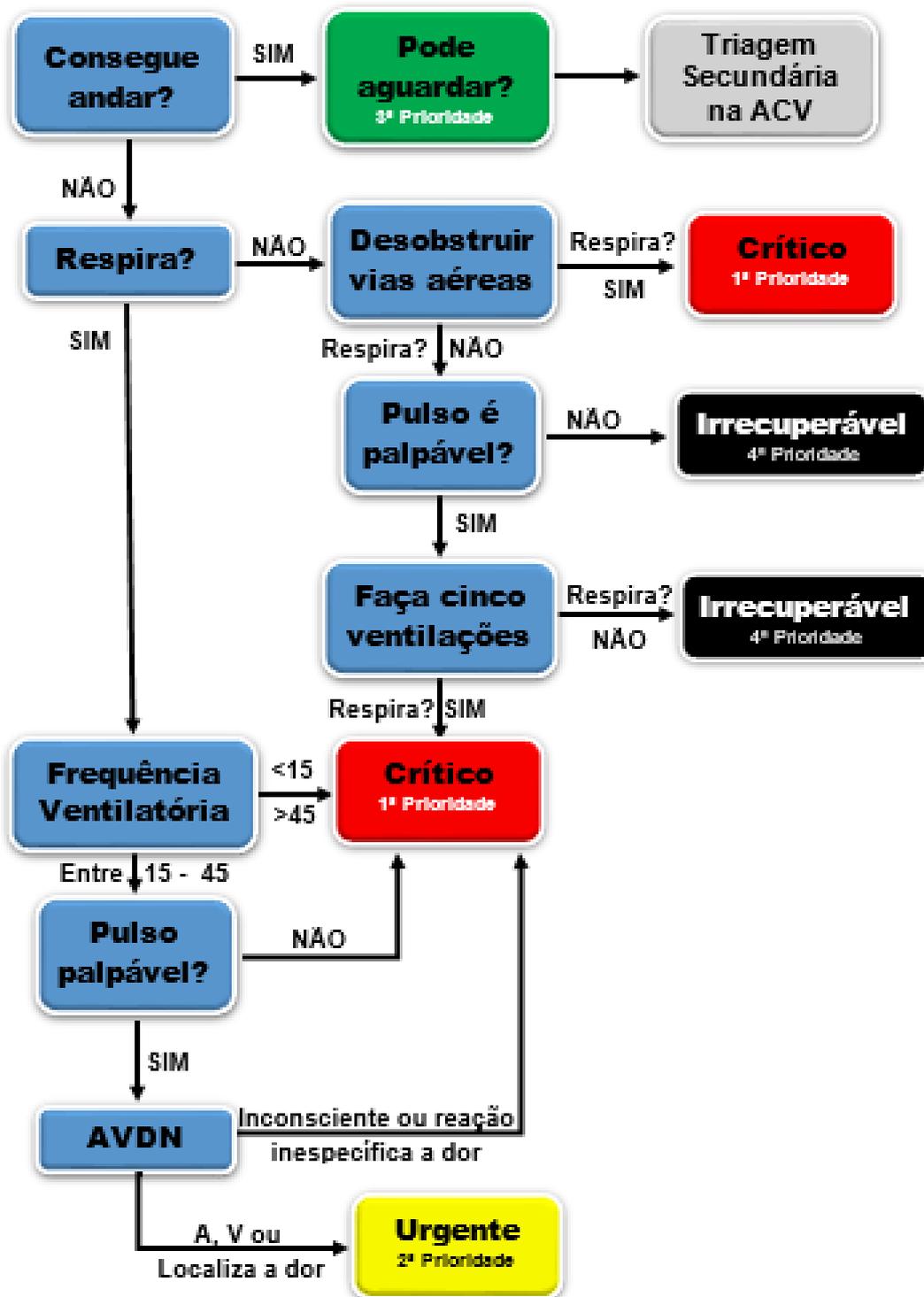


Elaborado por: <b>Comissão de Revisão técnica</b>	Última versão: <b>Abril/2020</b>	Portaria: <b>340/2019</b>	Página: <b>41 de 140</b>
--	-------------------------------------	------------------------------	-----------------------------

ESTADO DE GOIÁS SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA CORPO DE BOMBEIROS MILITAR	ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
	NÚMERO DO CAPÍTULO: <b>01</b>

**NATUREZA: INCIDENTE COM MULTIPLAS VÍTIMAS - IMV**

## 5.1 FLUXOGRAMA DO ALGORÍTIMO JumpSTART (criança de 01 a 08 anos)



Legenda: vpm - ventilações por minuto / seg – segundos



Elaborado por: Comissão de Revisão técnica	Última versão: Abril/2020	Portaria: 340/2019	Página: 42 de 140
---	------------------------------	-----------------------	----------------------

ESTADO DE GOIÁS SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA CORPO DE BOMBEIROS MILITAR	ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
	NÚMERO DO CAPÍTULO: <b>02</b>

**NATUREZA: OBSTRUÇÃO DE VIA AÉREA POR CORPO ESTRANHO**

**1- RECONHECIMENTO:**

Episódio testemunhado (ou referido) de engasgo com ou sem tosse e/ou sinais de sufocação, onde a vítima apresenta dificuldade para respirar espontaneamente, inquietação, não conseguindo falar, cianose, podendo estar com as mãos posicionadas na garganta.

**2- CONDUTA:**

- 1º Sempre avaliar e priorizar a segurança no atendimento a ocorrência;
- 2º Iniciar a Avaliação Primária (**XABCDE**) e intervir conforme necessidade;
- 3º O atendimento a OVACE inicia-se na letra “**A**” da avaliação inicial;
- 4º Obstrução leve (parcial): vítima adulta ou criança, capaz de responder se está engasgado, consegue tossir, falar e respirar:

I. Inicialmente não realizar manobras de desobstrução (não interferir);

II. Acalmar a vítima;

III. Incentivar tosse vigorosa;

IV. Monitorar e oferecer suporte de oxigênio, se necessário;

V. Observar a saída do corpo estranho;

VI. Se não desobstruir, seguir conduta para obstrução grave.

5º Obstrução grave (total): vítima adulta ou criança, que não consegue falar, podendo apresentar ventilação ruidosa, tosse silenciosa:

**a) Vítima adulta ou crianças maiores que um ano consciente:**

I. Abra a boca da vítima e tente visualizar o corpo estranho e tente retirá-lo;

II. Não realize exploração digital às cegas, isso poderá pressionar o corpo estranho para uma posição ainda mais de difícil remoção;

III. Efetuar 04 ou 05 tapotagens entre as omoplatas;

IV. Caso a vítima ainda continue engasgada, abrace a vítima por trás e com o punho cerrado no estômago, faça 05 (cinco) compressões abdominais (manobra de Heimlich) ou no esterno (gestantes, obesos e em vítimas que a manobra de Heimlich não for indicada ou eficaz);

V. Repita os passos nas ações 1, 2, 3 e 4, caso não obtenha sucesso;

Elaborado por: <b>Comissão de Revisão técnica</b>	Última versão: <b>Abril/2020</b>	Portaria: <b>340/2019</b>	Página: <b>43 de 140</b>
--	-------------------------------------	------------------------------	-----------------------------



ESTADO DE GOIÁS SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA <u>CORPO DE BOMBEIROS MILITAR</u>	ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
	NÚMERO DO CAPÍTULO: <b>02</b>

**NATUREZA: OBSTRUÇÃO DE VIA AÉREA POR CORPO ESTRANHO**

✓ **O socorrista deve** abraçar a vítima por trás para executar a compressão abdominal (manobra de Heimlich), podendo em vítimas de baixa estatura (criança) ficar ajoelhado;



**ATENÇÃO!!!!**

✓ **Conduta** para a execução da **manobra de Heimlich**:

1. Posicionar-se por trás da vítima, com seus braços à altura da crista ilíaca;
2. Posicionar a mão dominante fechada, com a face do polegar encostada na parede abdominal, entre apêndice xifoide e a cicatriz umbilical;
3. Com a outra mão, não dominante, deverá estar espalmada sobre a primeira, devendo comprimir o abdome em movimentos rápidos, direcionados para dentro e para cima (formando um J);
4. Repetir a manobra até a desobstrução total, intercalando com tapotagens ou a vítima tornar-se não responsiva.

✓ **Em vítimas obesas e gestantes**, realize as compressões sobre o esterno (linha intermamilar) e não sobre o abdome.

**b) Vítima adulta ou crianças maiores que um ano inconsciente:**

- I. Posicionar a vítima em decúbito dorsal em uma superfície rígida;
- II. Abra a boca da vítima e tente visualizar o corpo estranho, caso o encontre, tente retirá-lo;
- III. Não realize exploração digital às cegas, isso poderá pressionar o corpo estranho para uma posição ainda mais de difícil remoção;
- IV. Executar compressões torácicas com objetivo de remoção do corpo estranho e ventilações, conforme protocolo de RCP;
- V. Após dois minutos de RCP, repetir os passos I e II, se nada encontrado, realizar 1 insuflação e se o ar não passar ou o tórax não expandir, reposicionar a cabeça e insuflar novamente;
- VI. Reiniciar a RCP e considerar o transporte imediato mantendo as manobras básicas de desobstrução e ressuscitação;
- 5º Prevenir choque e fornecer suporte ventilatório conforme demanda;
- 6º Se necessário, peça auxílio do Suporte Intermediário ou Avançado;
- 7º Realizar a avaliação secundária, se a vítima estiver estável;



Elaborado por: <b>Comissão de Revisão técnica</b>	Última versão: <b>Abril/2020</b>	Portaria: <b>340/2019</b>	Página: <b>44 de 140</b>
--	-------------------------------------	------------------------------	-----------------------------

ESTADO DE GOIÁS SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA <u>CORPO DE BOMBEIROS MILITAR</u>	<b>ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR</b>
	NÚMERO DO CAPÍTULO: <b>02</b>

**NATUREZA: OBSTRUÇÃO DE VIA AÉREA POR CORPO ESTRANHO**

8º Estabilizar e priorizar a movimentação: 1º) prancha scoop, 2º) elevação a cavaleira, 3º) rolamentos no solo e posicioná-la sobre prancha longa;  
9º Observar o algoritmo de Restrição de Movimentos na Coluna Vertebral;  
10º Informar as condições da vítima ao Centro de Operações, pedir suporte avançado e/ou transportá-la para o hospital regulado ou de referência.

**ATENÇÃO!!!!**

✓ Não se realiza compressões abdominais (manobra de Heimlich) em vítima inconsciente, devendo realizar compressões torácicas equivalentes à RCP.

**3- SITUAÇÕES ESPECIAIS:**

De igual forma, na vítima pediátrica (bebê menor que 1 ano de idade) com obstrução leve, não se realiza manobras de desobstrução quando o bebê está responsivo. O socorrista deverá tentar acalmar a vítima, permitir tosse vigorosa e observar atenta e constantemente a evolução. Já em caso de obstrução grave em bebê responsivo, o profissional deve sentar-se para realizar a manobra da seguinte maneira:

**a) Vítima: criança menor que um ano (bebê) consciente:**

- I. Pegue a criança, posicione em decúbito dorsal e verifique a cavidade oral, removendo corpos estranhos ou aspirando secreções, não sendo possível;
- II. Posicione a criança em decúbito ventral em seu antebraço, com a cabeça mais baixa que o tronco, podendo apoiá-la em seus membros inferiores;
- III. Efetue cinco tapotagens entre as escapulas;
- IV. Caso não obtenha sucesso, vire a criança em decúbito dorsal em superfície rígida e realize cinco compressões no esterno;
- V. Não realize exploração digital às cegas, isso poderá pressionar o corpo estranho para uma posição ainda mais difícil de remoção;
- VI. Se não obtiver sucesso, repita as ações I, II, III e IV quantas vezes for necessário, até a chegada do Suporte Avançado, se disponível.

**ATENÇÃO!!!!**

✓ Em pacientes obesas e gestantes no último trimestre, realize as compressões sobre o esterno (linha intermamilar) e não sobre o abdome.



Elaborado por: <b>Comissão de Revisão técnica</b>	Última versão: <b>Abril/2020</b>	Portaria: <b>340/2019</b>	Página: <b>45 de 140</b>
--	-------------------------------------	------------------------------	-----------------------------

ESTADO DE GOIÁS SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA <u>CORPO DE BOMBEIROS MILITAR</u>	<b>ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR</b>
	NÚMERO DO CAPÍTULO: <b>02</b>

**NATUREZA: OBSTRUÇÃO DE VIA AÉREA POR CORPO ESTRANHO****b) Vítima criança menor que um ano (bebê) inconsciente:**

I. Pegue a vítima (criança) e posicione em decúbito dorsal em superfície rígida e realize 4 ou 5 compressões no esterno;

II. Verifique a cavidade oral se há algum corpo estranho, caso tenha, retire;

III. Não realize exploração digital às cegas, isso poderá pressionar o corpo estranho para uma posição ainda mais de difícil remoção;

IV. Realize as compressões torácicas com 2 dedos (15 compressões para cada 2 ventilações), mantendo a frequência de compressão de no mínimo 100 e no máximo 120 compressões por minuto, semelhante a RCP;

✓ O **Videofonista do COB** deverá acalmar e orientar o solicitante, quanto as condutas de primeiros socorros em caso de OVACE, durante o deslocamento até a chegada da equipe de APH;

✓ São **sinais de OVACE em lactente**: cianose e olhos arregalados, além da dificuldade de chorar, tossir e emitir sons.

**ATENÇÃO!!!!**

✓ Em lactente e neonato, fazer somente compressões torácicas com dois dedos e mantendo a cabeça mais baixa que os pés;

✓ O socorrista deve tomar cuidado quanto a cabeça da criança, devendo apoiá-la e evitar chicote.



Elaborado por: <b>Comissão de Revisão técnica</b>	Última versão: <b>Abril/2020</b>	Portaria: <b>340/2019</b>	Página: <b>46 de 140</b>
--	-------------------------------------	------------------------------	-----------------------------

ESTADO DE GOIÁS SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA CORPO DE BOMBEIROS MILITAR	ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
	NÚMERO DO CAPÍTULO: <b>02</b>

## NATUREZA: PARADA RESPIRATÓRIA

### 1- RECONHECIMENTO:

Vítima não responsiva, com pulso presente (batimento cardíaco), em apneia (parada ventilatória), sem movimentos de expansão torácica e pele de cor arroxeada nos lábios e extremidades (cianótica).

### 2- CONDUTA:

- 1º Sempre avaliar e priorizar a segurança no atendimento a ocorrência;
- 2º Iniciar a Avaliação Primária (**XABCDE**) e intervir conforme necessidade;
- 3º O atendimento a parada respiratória inicia-se na letra "**A**";
- 4º "**A**" Verifique a responsividade da vítima enquanto simultaneamente avalia pulso e ventilações ou se a mesma é anormal:
  - I. Estabilize a coluna cervical usando as mãos;
  - II. Se não houver história de trauma: Desobstrua as vias aéreas com a extensão da cabeça e elevação do queixo;
  - III. Na presença de história de trauma: Desobstrua as vias aéreas sem a extensão da cabeça, utilizando a tração da mandíbula;
  - IV. Constatado pulso presente e ventilações ausente.
- 5º Abra a boca da vítima e avalie a necessidade de desobstrução com aspiração de secreção ou retirada de corpos estranhos;
- 6º "**B**" efetuar 02 (duas) ventilações de Resgate, cada ventilação deve ser administrada em 1 segundo e deve produzir expansão torácica. Se o tórax não expandir apesar das manobras anteriores, seguir protocolo de obstrução de vias aéreas por corpo estranho (OVACE);
- 7º "**C**" verifique pulso central (adulto: carotídeo ou femoral; criança: braquial);
- 8º Se houver pulso, continue administrando 01 (uma) ventilação a cada:
  - ⇒ 5 segundos em vítimas adultas;
  - ⇒ 3, 4 ou 5 segundos para as vítimas {de 1 ano (criança) até adolescência}, dependendo da estatura e idade da vítima;
  - ⇒ 3 segundos para Bebês (menores de um ano exceto neonatos);
  - ⇒ 1,5 segundos para bebês recém-nascido (neonatos).



Elaborado por: <b>Comissão de Revisão técnica</b>	Última versão: <b>Abril/2020</b>	Portaria: <b>340/2019</b>	Página: <b>47 de 140</b>
--	-------------------------------------	------------------------------	-----------------------------

ESTADO DE GOIÁS SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA <u>CORPO DE BOMBEIROS MILITAR</u>	<b>ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR</b>
	NÚMERO DO CAPÍTULO: <b>02</b>

**NATUREZA: PARADA RESPIRATÓRIA**

9º Cheque pulso central a cada 2 minutos. Na ausência de pulso iniciar Protocolo de Reanimação Cardiopulmonar (RCP).

10º Prevenir choque e fornecer suporte ventilatório conforme demanda;

11º Realizar a avaliação secundária, se a vítima estiver estável;

1º Estabilizar e priorizar a movimentação: 1º prancha scoop, 2º elevação a cavaleira, 3º rolamentos no solo e posicioná-la sobre prancha longa;

2º Observar o algoritmo de Restrição de Movimentos na Coluna Vertebral;

3º Informar as condições da vítima ao Centro de Operações, pedir suporte avançado e/ou transportá-la para o hospital regulado ou de referência.

**3- CONDIÇÕES ESPECIAIS:**

**3.1. CONDUTA PARA VENTILAÇÃO BOCA A BOCA:**

A ventilação boca a boca só deverá ser feita caso o socorrista não disponha de material adequado (AMBU ou Pocket Mask) para atendimento de emergência, seu emprego é um meio de fortuna, devendo seguir a mesma conduta de reanimação para a parada ventilatória, substituindo o AMBU, pelo selo da boca do socorrista com a boca da vítima:

I. Se não houver contraindicação, realizar extensão da cabeça;

II. Ocluir as narinas com o polegar e indicador com uma mão e tracionar o queixo da vítima para cima;

III. Inspirar normalmente (não realizar inspiração máxima);

IV. Soprar o ar contido em seu tórax na boca da vítima, mantendo selo entre os lábios da vítima e do socorrista de modo que não se perca ventilação pelo vazamento de ar. Após ter insuflado o tórax da vítima, deixar que ocorra espontaneamente a expiração;

V. Repetir o procedimento na frequência ventilatória definida pela idade da vítima.

VI. Checar pulso central a cada 02 (dois) minutos, se pulso ausente iniciar Protocolo de Reanimação Cardiopulmonar (RCP);



Elaborado por: <b>Comissão de Revisão técnica</b>	Última versão: <b>Abril/2020</b>	Portaria: <b>340/2019</b>	Página: <b>48 de 140</b>
--	-------------------------------------	------------------------------	-----------------------------

ESTADO DE GOIÁS SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA CORPO DE BOMBEIROS MILITAR	ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
	NÚMERO DO CAPÍTULO: <b>02</b>

## NATUREZA: PARADA RESPIRATÓRIA

VII. Se pulso presente, manter as ventilações até o retorno da ventilação espontânea ou chegada da guarnição de Resgate.

### 3.2. CONDUTA PARA VENTILAÇÃO BOCA NARIZ:

Seguir a mesma conduta de reanimação para a parada ventilatória, substituindo o AMBU, pelo selo da boca do socorrista com o nariz da vítima:

I. Em crianças com face pequena, o socorrista faz selo entre a sua boca e a boca e o nariz da vítima;

II. Soprar somente a quantidade de ar necessária para insuflar o tórax da vítima (acompanhar a insuflação do tórax durante o procedimento com a visão periférica).

✓ A manobra de ventilação boca a boca ou boca nariz, deve ser empregada como meio de fortuna, em último caso, cabendo ao socorrista a decisão de executá-la;



**ATENÇÃO!!!!**

✓ Compete a guarnição de Resgate ou Guarda-Vidas em prevenção, possuir AMBU ou pocket mask em seu kit de primeiros socorros, no local da ocorrência para prevenir o contato boca a boca ou boca nariz durante manobras de reanimação;

✓ Em vítima adulta, com trauma na região maxilar onde há dificuldade para ventilação boca a boca, pode-se proceder a ventilação boca nariz.

✓ Apesar da importância de se realizar as ventilações boca a boca, não é recomendado pelo risco biológico, todavia não existem dados significativos de contaminação de socorristas ao executá-la.

### 3.3. CONDUTA PARA VENTILAÇÃO BOCA MÁSCARA:

Seguir a mesma conduta de reanimação para a parada ventilatória, substituindo o AMBU, pela “Pocket Mask”, a qual isola a boca do socorrista do contato com a boca da vítima:

I. Selecionar a máscara adequada;

II. Colocar a porção mais estreita da máscara sobre o nariz da vítima;



Elaborado por: <b>Comissão de Revisão técnica</b>	Última versão: <b>Abril/2020</b>	Portaria: <b>340/2019</b>	Página: <b>49 de 140</b>
--	-------------------------------------	------------------------------	-----------------------------

ESTADO DE GOIÁS SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA <u>CORPO DE BOMBEIROS MILITAR</u>	ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
	NÚMERO DO CAPÍTULO: <b>02</b>

## NATUREZA: PARADA RESPIRATÓRIA

III. Posicionar a máscara no rosto, fixando-a com as mãos de modo a conseguir um selo que impeça o vazamento de ar.

IV. Ventilar como descrito no procedimento para ventilação boca a boca;

V. Se a máscara possuir entrada de oxigênio complementar, deve ser utilizado se disponível no local da ocorrência;



**ATENÇÃO!!!!**

✓ A “Pocket Mask” pode ser utilizada em bebês ou crianças pequenas invertendo a posição da máscara em relação ao nariz, posicionando a porção mais estreita da máscara sobre o queixo do bebê ou criança;

### 3.4 CONDUTA PARA VENTILAÇÃO COM AMBU (UM SOCORRISTA):

A conduta de reanimação ventilatória, segue a mesma sequência, cabendo ao socorrista, realizar a fixação da máscara do AMBU com uma das mãos e apertar o reservatório com a outra, no ritmo compatível com a faixa etária da vítima.

I. Selecionar o AMBU adulto ou infantil;

II. Posicionar atrás da vítima e estabilize a cabeça com os joelhos;

III. Colocar a máscara sobre a boca e nariz e faça pressão para baixo com o polegar e indicador para adaptar a máscara na face da vítima. Os outros dedos são distribuídos pela mandíbula e fazem tração em direção à máscara para puxar a mandíbula e manter a via aérea aberta;

IV. Comprimir o reservatório com a outra mão para enviar seu volume para o tórax da vítima. A insuflação deve ser realizada em 1 segundo e produzir elevação visível do tórax.

### 3.5 CONDUTA PARA VENTILAÇÃO COM AMBU (DOIS SOCORRISTA):

A conduta de reanimação ventilatória, segue a mesma sequência. Um socorrista realizar a fixação da máscara do AMBU com as duas mãos e o outro socorrista aperta o reservatório, no ritmo compatível com a faixa etária da vítima.

I. Um socorrista ajoelha-se atrás da vítima, e com as duas mãos posiciona a máscara sobre a boca e nariz. Os polegares e indicadores das duas mãos



Elaborado por: <b>Comissão de Revisão técnica</b>	Última versão: <b>Abril/2020</b>	Portaria: <b>340/2019</b>	Página: <b>50 de 140</b>
--	-------------------------------------	------------------------------	-----------------------------

ESTADO DE GOIÁS SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA <u>CORPO DE BOMBEIROS MILITAR</u>	<b>ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR</b>
	NÚMERO DO CAPÍTULO: <b>02</b>

## NATUREZA: PARADA RESPIRATÓRIA

fixam a máscara e aplicam pressão em direção a face. Os outros dedos são distribuídos pela mandíbula e a tracionam para cima para manter a via aérea aberta.

II.O segundo socorrista fica encarregado de aplicar pressão no reservatório para insuflação do tórax. A insuflação deve ser realizada em 01 (um) segundo e produzir elevação visível do tórax.

### 3.6 CONSIDERAÇÕES SOBRE SUPORTE VENTILATÓRIO:

A ventilação deve ser ofertada para todas as vítimas, conforme respectiva necessidade, buscando prevenir que a vítima entre em Choque, melhorar a oxigenação tecidual e evitar hipóxia.

#### 3.6.1 ASSISTÊNCIA VENTILATÓRIA OU OXIGENOTERAPIA:

O AMBU é constituído por uma bolsa dotada de válvula unidirecional permitindo criar um fluxo contínuo através de sua compressão, visando fornecer uma oxigenação adequada aos tecidos, garantindo um suporte ventilatório nas dispneias, paradas respiratórias ou durante a reanimação cardiopulmonar;

#### 3.6.2 ASSISTÊNCIA QUANTO À FREQUÊNCIA VENTILATÓRIA:

1º Vítimas com ventilação normal de 12 a 20 por minuto, utilizar de cateter nasal com oxigênio na proporção de 4 a 6 L/min;

2º Vítimas com bradipnéia, menos que 10 ventilações por minuto ou ausente, deve-se providenciar assistência ventilatória com AMBU acoplado com reservatório conectado ao oxigênio na proporção de 12 a 15L/min;

3º Vítimas com taquipneia entre 20 a 30 ventilações por minuto: usar máscara não reinalante com reservatório de oxigênio, para obter saturação de oxigênio (FIO<sub>2</sub>) acima de 85%;

4º Vítimas com taquipneia severa (ventilação ofegante) acima de 30 ventilações por minuto: providenciar assistência ventilatória



Elaborado por: <b>Comissão de Revisão técnica</b>	Última versão: <b>Abril/2020</b>	Portaria: <b>340/2019</b>	Página: <b>51 de 140</b>
--	-------------------------------------	------------------------------	-----------------------------

ESTADO DE GOIÁS SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA CORPO DE BOMBEIROS MILITAR	ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
	NÚMERO DO CAPÍTULO: <b>02</b>

## NATUREZA: PARADA RESPIRATÓRIA

preferencialmente com AMBU acoplado com reservatório conectado ao oxigênio na proporção de 12 a 15L/min.



**ATENÇÃO!!!!**

✓ Sempre que possível, adotar ventilação assistida com oxigênio na proporção de 15 L/min em todos atendimentos.

### 3.6.3 ASSISTÊNCIA QUANTO À SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO:

CONDUTA A SER ADOTADA PARA OFERTADO DE OXIGÊNIO À VÍTIMA		
Saturação de O <sub>2</sub>	Classificação	Cuidado geral com a vítima (conduta)
> 94%	Normal	Administre oxigênio via cateter nasal (4 a 6 L/min) ou máscara (12 a 15 L/min), se necessário.
< 94% e >90%	Hipóxia "Leve"	Administre oxigênio via máscara 12 a 15 L/min.
≤ 90%	Hipóxia Significativa	Administre O <sub>2</sub> a 100% com AMBU e reservatório (15 L/min), seguir conduta parada respiratória.
≤ 85%	Hipóxia Severa "Grave"	Administre O <sub>2</sub> a 100% com AMBU e reservatório (15 L/min), seguir conduta parada respiratória (atenção para risco PCR).



**ATENÇÃO!!!!**

✓ Alteração na saturação da vítima, ofertar inicialmente oxigênio via máscara não reinalante. Caso não tenha uma resposta satisfatória de melhora, iniciar a ventilação com AMBU e reservatório de O<sub>2</sub>.

### 3.6.4 PARÂMETROS DO PERCENTUAL DE OXIGÊNIO:

Dispositivo	Régua de fluxo*	Concentração O <sub>2</sub> *
<b>SEM OXIGÊNIO SUPLEMENTAR</b>		
Ventilação boca-boca	N/A	15 a 16 %
Ventilação Boca-máscara	N/A	15 a 16 %
Ventilação AMBU	N/A	21 %
<b>COM OXIGÊNIO SUPLEMENTAR</b>		
Ventilação - Cânula nasal	1-6 l	24-45%
Boca-máscara	10 l	50%
Máscara facial simples	8-10 l	40-60%
Ventilação AMBU s/reservatório	8-10 l	40-60%
Ventilação AMBU c/reservatório	10-15 l	90-100%
Válvula de demanda	N/A	90-100%
Ventilador	N/A	21-100%

\*litros por minutos (L/min), as porcentagens são valores aproximados, N/A - não se aplica.

Elaborado por: <b>Comissão de Revisão técnica</b>	Última versão: <b>Abril/2020</b>	Portaria: <b>340/2019</b>	Página: <b>52 de 140</b>
--	-------------------------------------	------------------------------	-----------------------------



ESTADO DE GOIÁS SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA <u>CORPO DE BOMBEIROS MILITAR</u>	ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
	NÚMERO DO CAPÍTULO: <b>02</b>

**NATUREZA: PARADA CARDIORESPIRATÓRIA – PCR**

## 1- RECONHECIMENTO:

Vítima não responsiva, ventilações ausentes ou respiração agônica (gasping), sem pulso central palpável.

Crianças menores de 1 ano de idade, com frequência cardíaca inferior a 60 bpm, deve ser interpretado como ritmo de parada cardiorrespiratória - PCR e iniciar manobras de Reanimação Cardiopulmonar - RCP.

## 2- CONDUTA PARA A RCP EM EMERGÊNCIA CLÍNICA:

- 1º Sempre avaliar e priorizar a segurança no atendimento a ocorrência;
- 2º Iniciar a Avaliação Primária (**XABCDE**) e intervir conforme necessidade;
- 3º O atendimento à PCR (parada cardiorrespiratória) inicia-se na letra “**A**”;
- 4º Em um processo único e dinâmico o **1º Socorrista** deverá avaliar a responsividade da vítima:
  - Chamando-a e tocando-a pelos ombros - “Ei senhor (a)!”;
  - Checar a ventilação (ver, ouvir e sentir) e pulso simultaneamente, esse procedimento não deve exceder 10 segundos.
  - Se a vítima não estiver responsiva, sem pulso e/ou sem ventilação ou ventilação anormal (gasping).
  - Posicionar a vítima em decúbito dorsal sobre superfície plana, rígida e seca e iniciar protocolo de reanimação cardiorrespiratória (**CABD**).
- 5º Simultaneamente e no curto prazo que o 1º Socorrista está avaliando a vítima, o **2º Socorrista** deverá, caso não haja pulso ou se houver dúvidas:
  - Selecionar e preparando os materiais necessários: AMBU com reservatório, kit de oxigênio portátil, cânula orofaríngea e o Desfibrilador Externo Automático - DEA;
  - Expor o tórax da vítima;
  - Após a confirmação da PCR pelo 1º Socorrista, iniciar a massagem cardíaca com 30 compressões no centro do tórax (esterno), mantendo as mãos espalmadas, sobrepostas e com os braços esticados.



Elaborado por: <b>Comissão de Revisão técnica</b>	Última versão: <b>Abril/2020</b>	Portaria: <b>340/2019</b>	Página: <b>53 de 140</b>
--	-------------------------------------	------------------------------	-----------------------------

ESTADO DE GOIÁS SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA <u>CORPO DE BOMBEIROS MILITAR</u>	ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
	NÚMERO DO CAPÍTULO: <b>02</b>

**NATUREZA: PARADA CARDIORESPIRATÓRIA – PCR**

- Comprimir **rápido** (na frequência de 100 a 120 compressões/minuto) e **forte** (deprimindo o tórax em 5 a 6 cm), deverá permitir que o tórax retorne totalmente à sua posição normal entre as compressões e evitar interrupções;
- 6º Simultaneamente à execução das compressões pelo 2º Socorrista, o 1º **Socorrista** deve:
  - Desobstruir as vias aéreas da vítima e inserir a cânula orofaríngea;
  - Em vítimas de emergência clínica e que não receberam descarga de energia poderá realizar hiperextensão cervical (pescoço);
  - Após as primeiras 30 compressões realizadas pelo 2º Socorrista, iniciar as ventilações com O2 (duas) insuflações eficientes (de 1 seg cada e com elevação visível do tórax) utilizando AMBU com reservatório e oxigênio adicional, já conectado ao cilindro de oxigênio com fluxo regulado entre 12 a 15 L/min);
- 7º Após as 02 insuflações o 2º **Socorrista** reinicia as massagens cardíacas executando 30 compressões;
- 8º A reanimação cardiopulmonar será realizada pelo 1º e 2º Socorrista devendo manter o ritmo de 30 (trinta) compressões para 02 (duas) insuflações, com checagem do pulso a cada 02 minutos ou 05 (cinco) ciclos;
- 9º O 3º **Socorrista** após informar ao COB e solicitar apoio do Suporte Avançado, de posse do Desfibrilador Externo Automático - DEA assim que possível, posiciona precocemente as pás no tórax da vítima:
  - Instalar os eletrodos de adulto do DEA no tórax desnudo, raspado e seco da vítima sem interromper as compressões torácica;
  - Com o posicionamento dos eletrodos o DEA deverá ser ligado;
  - Os 1º e 2º Socorristas devem interromper a RCP e não tocar na vítima, enquanto o equipamento estiver analisando o ritmo cardíaco;
  - Após a análise do ritmo cardíaco, seguir orientação do DEA (se houver indicação de choque, solicitar que todos se afastem da vítima e disparar o choque quando indicado pelo DEA);



Elaborado por: <b>Comissão de Revisão técnica</b>	Última versão: <b>Abril/2020</b>	Portaria: <b>340/2019</b>	Página: <b>54 de 140</b>
--	-------------------------------------	------------------------------	-----------------------------

ESTADO DE GOIÁS SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA <u>CORPO DE BOMBEIROS MILITAR</u>	ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
	NÚMERO DO CAPÍTULO: <b>02</b>

**NATUREZA: PARADA CARDIORESPIRATÓRIA – PCR**

10º Reiniciar a RCP, no ritmo de 30 compressões para 02 insuflações, sem desconectar o DEA e avaliar o pulso a cada 02 minutos ou 05 (cinco) ciclos;  
11º Após 02 (dois) minutos de compressões e insuflações eficientes, checar novamente o ritmo com o DEA:

- Se choque for indicado, siga as orientações do equipamento. Em seguida, reinicie imediatamente a RCP com ciclo de 30 (trinta) compressões para 2 (duas) insuflações;
- Se choque não for indicado, checar pulso carotídeo e, se pulso ausente, reiniciar imediatamente a RCP com ciclo de 30 (trinta) compressões para 2 (duas) insuflações.

12º Checar pulso carotídeo a cada 2 minutos, se a vítima não voltar a ter sinais vitais e o DEA não for indicado, manter a RCP, no ritmo de 30 compressões para 02 insuflações a cada 02 minutos ou 05 (cinco) ciclos;

13º Manter a RCP e avaliação do pulso a cada 2 minutos até a chegada do Suporte Avançado de Vida, chegada ao hospital ou até a vítima apresentar sinais de circulação (respiração, tosse e/ou movimento);

14º Se houver retorno da circulação espontânea, seguir Protocolo de cuidados pós RCP;

15º Na ausência de retorno a circulação espontânea ou outras condições de risco, considerar Protocolo de Interrupção da RCP;

16º Prevenir choque e fornecer suporte ventilatório conforme demanda;

17º Realizar a avaliação secundária, se a vítima estiver estável;

18º Estabilizar e priorizar a movimentação: 1º) prancha scoop, 2º) elevação a cavaleira, 3º) rolamentos no solo e posicioná-la sobre prancha longa;

19º Observar o algoritmo de Restrição de Movimentos na Coluna Vertebral;

20º Informar as condições da vítima ao Centro de Operações, pedir suporte avançado e/ou transportá-la para o hospital regulado ou de referência.



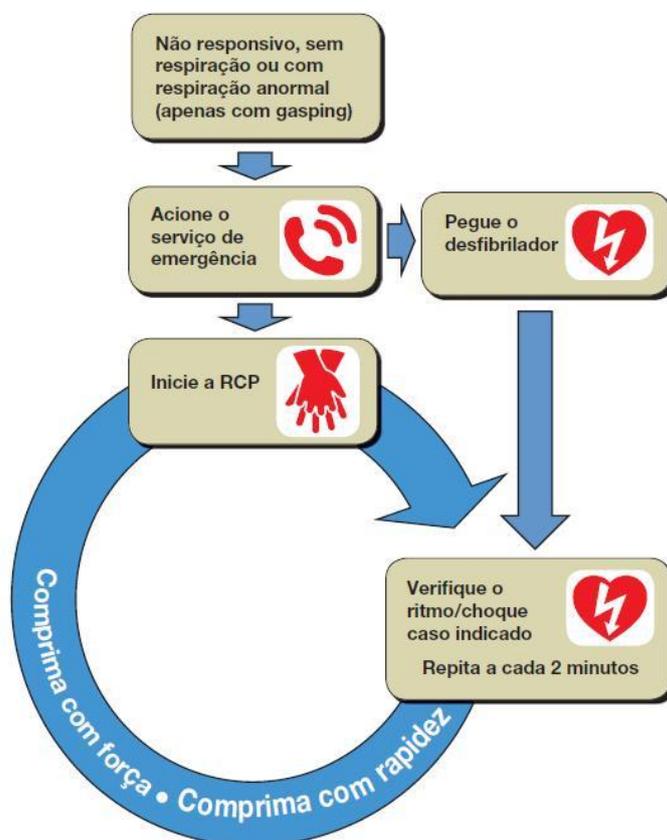
Elaborado por: <b>Comissão de Revisão técnica</b>	Última versão: <b>Abril/2020</b>	Portaria: <b>340/2019</b>	Página: <b>55 de 140</b>
--	-------------------------------------	------------------------------	-----------------------------

**NATUREZA: PARADA CARDIORESPIRATÓRIA – PCR**

- ✓ Assim que constado o pulso AUSENTE na vítima, o Centro de Operações deve ser informado imediatamente e solicitando apoio de suporte avançado na cena;
- ✓ A checagem pulso (central): carotídeo na vítima adulta e braquial na vítima pediátrica, não deve exceder a 10 segundos.
- ✓ Obrigatoriamente, durante a RCP, as posições entre os socorristas devem ser alternadas a cada 2 minutos para minimizar a fadiga.
- ✓ Na impossibilidade ou inexistência do 3º Socorrista para apoiar durante a RCP, o 1º e 2º Socorrista deverão realizar a rotina completa da RCP com o uso do DEA;
- ✓ Sempre que possível, priorizar a realização da RCP com a viatura parada;
- ✓ Os eletrodos do DEA deverão ser posicionados na posição: anterolateral em vítima adulta e anteroposterior em vítimas pediátricas e/ou portadoras de marca-passo.
- ✓ Na ausência de atenuador de carga ou eletrodos específicos para vítima pediátrica, poderão ser utilizados os eletrodos para vítima adulta.



**ATENÇÃO!!!!**



ESTADO DE GOIÁS SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA <u>CORPO DE BOMBEIROS MILITAR</u>	ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
	NÚMERO DO CAPÍTULO: <b>02</b>

**NATUREZA: PARADA CARDIORESPIRATÓRIA – PCR**

### **3- CONDUTA PARA A RCP EM CRIANÇA / BEBÊ / NEONATO:**

- 1º Sempre avaliar e priorizar a segurança no atendimento a ocorrência;
- 2º Iniciar a Avaliação Primária (**XABCDE**) e intervir conforme necessidade;
- 3º O atendimento a parada cardiorrespiratória inicia-se na letra “**A**”;
- 4º Em um processo único e dinâmico verifique a responsividade (no máximo 10 segundos) checando ventilação e pulso simultaneamente, caso não haja pulso ou se houver dúvidas, solicite apoio de Suporte Avançado de Vida;
- 5º Posicione a criança em decúbito dorsal em superfície plana e rígida;
- 6º **Se for 01 (um) socorrista:**
  - I. Inicie RCP com 30 compressões torácicas e 02 ventilações, produza elevação visível do tórax;
  - II. Continue o procedimento de 30x02 até que o DEA esteja disponível e com as pás conectadas (precocemente) na vítima;
- 7º **Se forem 02 (dois) socorristas:**
  - I. Inicie RCP com 15 compressões torácicas e 02 ventilações, produza elevação visível do tórax;
  - II. Continue o procedimento de 15x02 até que o DEA esteja disponível e com as pás conectadas (precocemente) na vítima;
- 8º Após a análise do DEA seguir suas orientações;
- 9º Se indicado, reiniciar a RCP 30x02 (01 Socorrista) ou 15x02 (02 Socorristas) por dois minutos ou na sequência de 05 (cinco) ou 10 (dez) ciclos respectivamente, na sequência aguardar a análise do DEA;
- 10º Checar pulso a cada 02 minutos; se ausente, reiniciar a RCP;
- 11º Se houver retorno da circulação espontânea, seguir Protocolo de cuidados pós RCP;
- 12º Prevenir choque e fornecer suporte ventilatório conforme demanda;
- 13º Realizar a avaliação secundária, se a vítima estiver estável;
- 14º Estabilizar e priorizar a movimentação: 1º) prancha scoop, 2º) elevação a cavaleira, 3º) rolamentos no solo e posicioná-la sobre prancha longa;



Elaborado por: <b>Comissão de Revisão técnica</b>	Última versão: <b>Abril/2020</b>	Portaria: <b>340/2019</b>	Página: <b>57 de 140</b>
--	-------------------------------------	------------------------------	-----------------------------

ESTADO DE GOIÁS SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA <u>CORPO DE BOMBEIROS MILITAR</u>	ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
	NÚMERO DO CAPÍTULO: <b>02</b>

## NATUREZA: PARADA CARDIORESPIRATÓRIA – PCR

15º Observar o algoritmo de Restrição de Movimentos na Coluna Vertebral;  
 16º Na ausência de retorno à circulação espontânea ou outras condições de risco, considerar Protocolo de Interrupção da RCP;  
 17º Informar as condições da vítima ao Centro de Operações, pedir suporte avançado e/ou transportá-la para o hospital regulado ou de referência.

- ✓ Segundo a AHA, as faixas etárias são: 0 a 28 dias (neonato), 29 dias a 1 ano (lactente), 1 a 8 anos (criança) e acima de 8 anos (adulto).
- ✓ Para fins de SBV, no entanto, a faixa etária da criança é de 1 ano até a puberdade e do adulto da puberdade em diante. As demais faixas etárias permanecem inalteradas.



**ATENÇÃO!!!!**

- ✓ **Ao checar a responsividade em crianças**, chame-a tocando em seus ombros - “Ei você está bem?”, nos **bebês** (lactentes) toque em seus pés;
- ✓ Durante a avaliação da responsividade observar: expansão do tórax, temperatura e coloração da pele, se constatar: ausência de movimentos torácicos, pele fria, pálida e com cianose na face, não estiver responsiva, sem pulso e/ou sem ventilação ou ventilação anormal (gasping) suspeitar de PCR;
  - I. Posicionar a vítima em decúbito dorsal sobre superfície plana, rígida e seca e iniciar protocolo de reanimação cardiopulmonar (**CABD**).
  - II. As compressões no bebê são realizadas na linha intermamilar com 02 dedos ou com uma ou duas mãos (criança), conforme a tamanho da vítima;
  - III. As insuflações devem produzir elevação visível no tórax
- ✓ Para **evitar** o risco de **isquemia** cerebral, **não** checar pulso **carotídeo** em **bebês** (lactente) e **neonato**, prefira sempre **checar** pulso **braquial**;
- ✓ Execute compressões rápidas e fortes, com no mínimo 100 e no máximo 120 por minuto, deprimindo o esterno 5 cm em criança e 4 cm em lactente.
- ✓ Permita o retorno completo do tórax após cada compressão.
- ✓ Minimizar as interrupções entre os ciclos de compressões.
- ✓ Evite excesso de ventilação (hiperventilação)
- ✓ O desfibrilador externo automático – DEA, pode ser usado em bebês ou crianças, com atenuador de carga ou pás pediátricas;
- ✓ Na ausência de pás pediátricas pode-se utilizar as pás de vítima adulta.



**ATENÇÃO!!!!**

Elaborado por: <b>Comissão de Revisão técnica</b>	Última versão: <b>Abril/2020</b>	Portaria: <b>340/2019</b>	Página: <b>58 de 140</b>
--	-------------------------------------	------------------------------	-----------------------------



ESTADO DE GOIÁS SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA <u>CORPO DE BOMBEIROS MILITAR</u>	ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
	NÚMERO DO CAPÍTULO: <b>02</b>

**NATUREZA: PARADA CARDIORESPIRATÓRIA – PCR**

## 4- CONDUITA PARA A RCP EM EMERGÊNCIA TRAUMÁTICA:

- 1º Sempre avaliar e priorizar a segurança no atendimento a ocorrência;
- 2º Iniciar a Avaliação Primária (**XABCDE**) e intervir conforme necessidade;
- 3º Posicionar a vítima em decúbito dorsal sobre superfície plana, rígida e seca, mantendo a estabilização da coluna cervical com as mãos e posteriormente com os joelhos;
- 4º Priorizar e controlar as grandes hemorragias;
- 5º O atendimento a parada cardiorrespiratória inicia-se na letra “**A**”;
- 6º Avaliar a responsividade da vítima:
  - Chamando-a e tocando-a pelos ombros - “Ei senhor (a)!”;
  - Checar ventilação (ver, ouvir e sentir) e pulso simultaneamente, esse procedimento não deve exceder 10 segundos;
  - Se a vítima não estiver responsiva, sem pulso e/ou sem ventilação ou ventilação anormal (gasping).
- 7º Observar e contextualizar a PCR com a cinemática do trauma;
- 8º Informar ao COB e solicitar apoio do Suporte Avançado;
- 9º Desobstruir as vias aéreas com controle de coluna cervical, se necessário, aspirar secreções e/ou remover corpos estranhos;
- 10º Inserir cânula orofaríngea;
- 11º Iniciar as ventilações com O<sub>2</sub> insuflações (ventilação de resgate), utilizando AMBU com reservatório de oxigênio, fluxo de 15 L/min;
- 12º Expor o tórax da vítima;
  - Se necessário realizar curativo valvulado (três pontos) e imobilizar objetos empalados (**não remover**);
- 13º Na sequência, adotar a frequência de 01 insuflação a cada 06 segundos;
- 14º Não demorar na cena, priorizar a remoção da vítima, mantendo as ventilações durante o transporte;
- 15º Continuar com a avaliação primária, no interior da viatura, se necessário e possível, realizar curativos, imobilizações e outras condutas (massagem);



Elaborado por: <b>Comissão de Revisão técnica</b>	Última versão: <b>Abril/2020</b>	Portaria: <b>340/2019</b>	Página: <b>59 de 140</b>
--	-------------------------------------	------------------------------	-----------------------------

ESTADO DE GOIÁS SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA <b>CORPO DE BOMBEIROS MILITAR</b>	<b>ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR</b>
	NÚMERO DO CAPÍTULO: <b>02</b>

## NATUREZA: PARADA CARDIORESPIRATÓRIA – PCR

16º Se houver retorno da circulação espontânea, seguir Protocolo de cuidados pós RCP;

17º Prevenir choque e fornecer suporte ventilatório conforme demanda;

18º Realizar a avaliação secundária, se a vítima estiver estável;

19º Estabilizar e priorizar a movimentação: 1º) prancha scoop, 2º) elevação a cavaleira, 3º) rolamentos no solo e posicioná-la sobre prancha longa

20º Observar o algoritmo de Restrição de Movimentos na Coluna Vertebral;

21º Informar as condições da vítima ao Centro de Operações, pedir suporte avançado e/ou transportá-la para o hospital regulado ou de referência.

✓ A massagem cardíaca durante uma PCR traumática não é proibida, todavia, não é prioridade na cena, devendo priorizar as ventilações com vias aéreas pérvias e deslocamento rápido ao encontro do Suporte Avançado;

✓ As principais causas da PCR no trauma contuso ou penetrante são: Hipóxia; Hipovolemia; Tamponamento cardíaco e Pneumotórax hipertensivo;



**ATENÇÃO!!!!**

✓ O uso do DEA na PCR oriunda de trauma contuso ou penetrante não é prioridade, salvo nos casos de suspeita de emergência clínica primária, antecedendo ao trauma;

✓ Vítimas em PCR traumática oriundas de choque elétrico e/ou descargas atmosféricas, deve-se adotar o protocolo para a RCP em emergência clínica;

✓ Vítimas em PCR traumática oriundas de **“Comotio cordis”** ou Trauma Crânio encefálico (TCE), cujo DEA sugere choque, deve-se adotar o protocolo para a RCP em emergência clínica.

✓ Todas as vítimas em PCR, necessitam da assistência e da **intervenção** do **Suporte Avançado de Vida**, devendo ser **reportado** imediatamente ao Centro de Operações para deliberação do **médico regulador**;



✓ Sendo viável e estando disponível, o serviço aeromédico deverá ser designado para a ocorrência.

✓ Na ausência de equipes de Suporte Avançado de Vida do CBMGO/SIATE, deve-se solicitar o apoio do SAMU ou de **outro serviço** que **garanta** o melhor **suporte à vítima**;



Elaborado por: <b>Comissão de Revisão técnica</b>	Última versão: <b>Abril/2020</b>	Portaria: <b>340/2019</b>	Página: <b>60 de 140</b>
--	-------------------------------------	------------------------------	-----------------------------

ESTADO DE GOIÁS SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA CORPO DE BOMBEIROS MILITAR	ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
	NÚMERO DO CAPÍTULO: <b>02</b>

**NATUREZA: PARADA CARDIORESPIRATÓRIA – PCR**

## **5- CONDUTA PARA A RCP NO AFOGAMENTO**

- 1º Sempre avaliar e priorizar a segurança no atendimento a ocorrência;
- 2º Após o salvamento, posicionar a vítima em decúbito dorsal sobre superfície plana, rígida e seca, mantendo a estabilização da coluna cervical com as mãos e posteriormente com os joelhos;
- 3º Iniciar a Avaliação Primária (**XABCDE**) e intervir conforme necessidade;
- 4º O atendimento a parada cardiorrespiratória inicia-se na letra “A”;
- 5º Priorizar e controlar as grandes hemorragias;
- 6º Avaliar a responsividade da vítima:
  - I. Chamando-a e tocando-a pelos ombros - “Ei senhor (a)!”;
  - II. Desobstruir as vias aéreas com controle de coluna cervical, se necessário, aspirar secreções e/ou remover corpos estranhos, inserir cânula orofaríngea;
- 7º Checar ventilação (ver, ouvir e sentir), se ausente:
  - I. Iniciar as ventilações com 05 insuflações (ventilação de resgate), utilizando AMBU com *reservatório de oxigênio*, *fluxo de 15 L/min*;
  - II. Se estiver dentro d’água (salvamento), faça 10 insuflações.
- 8º Checar preferencialmente pulso central (carotídeo):
  - I. Pulso presente: adotar a frequência de 01 insuflação a cada 06 segundos até o retorno da ventilação espontânea;
  - II. Pulso ausente: iniciar massagem cardíaca com 30 compressões e alterne com 02 insuflações até o retorno da função cardiopulmonar;
- 9º Checar pulso a cada 02 minutos, se necessário continuar com a RCP;
- 10º O emprego do DEA deve ser precoce, todavia, sua indicação é para quando houver suspeita de mal súbito anterior ao afogamento. Na dúvida utilizar sempre e seguir orientações do equipamento;
- 11º Se houver retorno da circulação espontânea, seguir Protocolo de cuidados pós RCP;
- 12º Prevenir choque e fornecer suporte ventilatório conforme demanda;
- 13º Realizar a avaliação secundária, se a vítima estiver estável;



Elaborado por: <b>Comissão de Revisão técnica</b>	Última versão: <b>Abril/2020</b>	Portaria: <b>340/2019</b>	Página: <b>61 de 140</b>
--	-------------------------------------	------------------------------	-----------------------------

ESTADO DE GOIÁS SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA <u>CORPO DE BOMBEIROS MILITAR</u>	ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
	NÚMERO DO CAPÍTULO: <b>02</b>

**NATUREZA: PARADA CARDIORESPIRATÓRIA – PCR**

14º Estabilizar e priorizar a movimentação: 1º) prancha scoop, 2º) elevação a cavaleira, 3º) rolamentos no solo e posicioná-la sobre prancha longa;  
15º Observar o algoritmo de Restrição de Movimentos na Coluna Vertebral;  
16º Informar as condições da vítima ao Centro de Operações, pedir suporte avançado e/ou transportá-la para o hospital regulado ou de referência.

- ✓ A principal **causa** da PCR no **afogamento** é a **hipóxia**, devido a imersão em meio líquido;
- ✓ Vítima de **afogamento**: sem pulso, cujo tempo de submersão **seja superior a 01 hora** ou com rigidez cadavérica, decomposição corporal e/ou livores, **não se realiza a RCP**;
- ✓ Para as vítimas de **enforcamento**, adotar o mesmo **protocolo** da RCP para **afogamento**;
- ✓ O **salvamento** da vítima no meio líquido, deve ser realizado preferencialmente pela **guarnição de salvamento**, devidamente equipada e treinada;
- ✓ **Ainda dentro da água**, se **não** houver risco de **trauma** vertebromedular, se a ventilação estiver ausente, **faça 10 insuflações** boca-a-máscara ou boca-a-boca;
- ✓ A **ventilação boca-a-boca** durante a PCR é **eficiente** e indicada na **ausência** de equipamento adequado;
- ✓ A execução das ventilações pelas **equipes de APH**, devem ser realizadas com **AMBU** ou “**pocket mask**” segundo protocolo;



**ATENÇÃO!!!!**



Elaborado por: <b>Comissão de Revisão técnica</b>	Última versão: <b>Abril/2020</b>	Portaria: <b>340/2019</b>	Página: <b>62 de 140</b>
--	-------------------------------------	------------------------------	-----------------------------

ESTADO DE GOIÁS SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA <u>CORPO DE BOMBEIROS MILITAR</u>	ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
	NÚMERO DO CAPÍTULO: <b>02</b>

## NATUREZA: INTERRUPTÃO OU SUSPENSÃO DA RCP

### 1- RECONHECIMENTO:

RCP em andamento sem indicação de choque pelo DEA acompanhada de exaustão da equipe e após autorização do Médico Regulador (condição obrigatória).

RCP em andamento quando as condições ambientais se tornam inseguras e/ou muito insalubres ou quando as condições de segurança para a guarnição na cena se tornam comprometidas.

### 2- CONDUTA:

1º Na condição de exaustão da equipe: contatar o Centro de Operações e falar com a regulação médica antes de tomar a decisão de interromper a RCP, para informar os motivos e receber orientações e ou definição do encaminhamento e/ou unidade de saúde de destino;

2º Na condição de riscos para a equipe por cena ou ambientes inseguros:

- Se possível e sem oferecer maiores riscos para a equipe: remover o paciente para local mais seguro, o mais rápido possível e continuar com as manobras de RCP;
- Se não for possível remover o paciente: realizar contato com a central de regulação médica, o quanto antes, para informar os motivos que levaram a interrupção da RCP e receber orientações / definição do encaminhamento e/ou unidade de destino.

3º Sempre que possível, orientar os familiares quanto aos procedimentos que serão adotados.

✓ Os esforços de reanimação cardiopulmonar devem ser mantidos enquanto a vítima apresentar ritmo chocável (pelo DEA).



**ATENÇÃO!!!!**

✓ Não há parâmetro de tempo de RCP para a tomada de decisão sobre a interrupção dos esforços.

✓ Os esforços de RCP devem ser mais prolongados em vítimas de afogamento, que apresentam hipotermia, que sofreram overdose de drogas ou outras causas potencialmente reversíveis de PCR.



Elaborado por: <b>Comissão de Revisão técnica</b>	Última versão: <b>Abril/2020</b>	Portaria: <b>340/2019</b>	Página: <b>63 de 140</b>
--	-------------------------------------	------------------------------	-----------------------------

ESTADO DE GOIÁS SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA <u>CORPO DE BOMBEIROS MILITAR</u>	ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
	NÚMERO DO CAPÍTULO: <b>02</b>

**NATUREZA: SEM INDICAÇÃO DE REANIMAÇÃO**

## 1- RECONHECIMENTO:

Sinais de morte evidente (rigidez cadavérica, livores de hipostase, decapitação, carbonização, segmentação do tronco);

Risco evidente de injúria ou de perigo para a equipe (cena insegura);

Presença de diretiva antecipada de vontade de não reanimação (Resolução 1.995 – CFM, de 09 de agosto de 2012).

## 2- CONDUTA:

1º Em situações de risco à equipe, assegurar-se primeiramente das condições de segurança;

2º Não iniciar manobras de RCP;

3º Repassar a situação à regulação médica;

4º Realizar contato com o Centro de Operações e passar os dados de forma sistematizada;

5º Seguir com as orientações do Centro de Operações, se chegar apoio policial que garanta a segurança na cena, iniciar o atendimento à vítima e seguir o Protocolo de Suporte Básico de Vida;

✓ Após a **constatação** de óbito pelo médico no local, **orientar** os familiares quanto aos **procedimentos** formais e **legais**.

✓ Na presença de **diretiva** antecipada de **vontade** para **não** realizar a **reanimação**: manifestação do **paciente** maior de **18 anos** ou **emancipado**, em pleno gozo de suas faculdades mentais, escrita em **prontuário** médico ou documento **registrado** em cartório – os familiares **não** podem **contestar**.



**ATENÇÃO!!!!**

✓ **Atenção!!!** Todas as vítimas de emergência clínica ou traumática, **sem sinais vitais**, mas que não apresentam lesões incompatíveis com a vida ou sinais clássicos de morte aparente, **devem receber reanimação** cardiopulmonar e **serem removidas com prioridade**, para a unidade **hospitalar** de referência.



Elaborado por: <b>Comissão de Revisão técnica</b>	Última versão: <b>Abril/2020</b>	Portaria: <b>340/2019</b>	Página: <b>64 de 140</b>
--	-------------------------------------	------------------------------	-----------------------------

ESTADO DE GOIÁS SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA CORPO DE BOMBEIROS MILITAR	ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
	NÚMERO DO CAPÍTULO: <b>02</b>

**NATUREZA: RETORNO DA CIRCULAÇÃO ESPONTÂNEA E CUIDADOS PÓS PARADA CARDIORESPIRATÓRIA - PCR**

## **1- RECONHECIMENTO:**

Paciente com retorno da circulação espontânea, após a desfibrilação ou após as manobras de Reanimação Cardiopulmonar.

## **2- CONDUTA:**

- 1º Manter os eletrodos do DEA instalados no tórax da vítima;
- 2º Otimizar a ventilação e oxigenação com ênfase para:
  - I. Manter permeabilidade da via aérea;
  - II. Monitorar, ofertar oxigênio e manter a  $\text{SatO}_2 \geq 94\%$ ;
  - III. Se a vítima estiver em parada ventilatória, iniciar as ventilações utilizando AMBU com ritmo de 01 insuflação conforme a faixa etária respectiva (cuidado para não hiperventilar).
- 3º Avaliar e monitorar os sinais vitais;
- 4º Monitorar e manter atenção para a recorrência de PCR e a necessidade de reiniciar RCP;
- 5º Prevenir choque e fornecer suporte ventilatório conforme demanda;
- 6º Realizar a avaliação secundária, se a vítima estiver estável;
- 7º Estabilizar e priorizar a movimentação: 1º) prancha scoop, 2º) elevação a cavaleira, 3º) rolamentos no solo e posicioná-la sobre prancha longa;
- 8º Observar o algoritmo de Restrição de Movimentos na Coluna Vertebral;
- 9º Informar as condições da vítima ao Centro de Operações, pedir suporte avançado e/ou transportá-la para o hospital regulado ou de referência.



**ATENÇÃO!!!!**

✓ Além de colocar a guarnição em risco de acidente, a massagem cardíaca com a viatura em movimento não possui a eficiência necessária, sendo preferível a execução da RCP na cena e só iniciar o deslocamento após o retorno da circulação espontânea ou se possuir dispositivos de compressão automática por cinta ou pistão.



Elaborado por: <b>Comissão de Revisão técnica</b>	Última versão: <b>Abril/2020</b>	Portaria: <b>340/2019</b>	Página: <b>65 de 140</b>
--	-------------------------------------	------------------------------	-----------------------------

ESTADO DE GOIÁS SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA CORPO DE BOMBEIROS MILITAR	ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
	NÚMERO DO CAPÍTULO: <b>02</b>

**NATUREZA: ORIENTAÇÕES AO VIDEOFONISTA DO COB - CENTRAL 193**

## **1- RECONHECIMENTO:**

Pedido de ajuda via telefone de emergência 193, relatando que a vítima apresenta sinais característicos de uma PCR.

## **2- CONDUTA:**

Os Videofonistas do COB (linha 193) deverão orientar/instruir os solicitantes/testemunhas presentes no local da ocorrência a identificar se a vítima está sem resposta, se não respira ou se está agonizando. Caso a vítima não responda ou não respira ou se está com “gasp” agônico (respiração de um agonizante) o Videofonista deverá orientar o solicitante de como agir nas seguintes hipóteses:

### **1º Solicitante não possui treinamento para realizar a RCP:**

Orientar a executar a RCP, sem executar respiração boca-boca, usando **somente as mãos**, enfatizando que a compressão deverá ser rápida e forte aplicada no centro do tórax (sem interrupções), até a chegada da equipe de Resgate do Corpo de Bombeiros Militar/SIATE ou SAMU.

### **2º Se existir um desfibrilador disponível no local:**

Orientar a executar a RCP como item anterior enquanto o solicitante/testemunha prepara o equipamento.

### **3º Solicitante possui treinamento para realizar a RCP**

Orientar a **iniciar com as compressões** da RCP, na proporção de 30X2 (30 compressões para 02 ventilações tanto para adultos quanto para crianças);

Orientar que deverá executar no **mínimo** 100 e no **máximo** 120 compressões por minuto;

Enfatizar que a cada 2 minutos deverá ser checado pulso carotídeo e trocar/inverter o socorrista que realiza as massagens (máximo 10 segundos);



Elaborado por: <b>Comissão de Revisão técnica</b>	Última versão: <b>Abril/2020</b>	Portaria: <b>340/2019</b>	Página: <b>66 de 140</b>
--	-------------------------------------	------------------------------	-----------------------------

ESTADO DE GOIÁS SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA <u>CORPO DE BOMBEIROS MILITAR</u>	ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
	NÚMERO DO CAPÍTULO: <b>02</b>

**NATUREZA: ORIENTAÇÕES AO VIDEOFONISTA DO COB - CENTRAL 193**

Após 02 minutos, caso não haja pulso e houver desfibrilador disponível, aplicar um choque e reiniciar a RCP, devendo a cada 2 minutos intercalar o choque, se necessário, com a RCP até a chegada da equipe de Resgate do Corpo de Bombeiros Militar/SIATE ou SAMU.



**ATENÇÃO!!!!**

- ✓ Em toda a vítima que houver suspeita ou dúvida de estar com parada cardiorrespiratória, deverá iniciar a RCP;
- ✓ Traz mais malefícios demorar o início do atendimento (reanimação), do que iniciar a RCP em uma vítima com batimentos – na dúvida executar o RCP.



Elaborado por: <b>Comissão de Revisão técnica</b>	Última versão: <b>Abril/2020</b>	Portaria: <b>340/2019</b>	Página: <b>67 de 140</b>
--	-------------------------------------	------------------------------	-----------------------------

ESTADO DE GOIÁS SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA <u>CORPO DE BOMBEIROS MILITAR</u>	ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
	NÚMERO DO CAPÍTULO: <b>02</b>

**NATUREZA: HEMORRAGIA EXTERNA****1- RECONHECIMENTO:**

Presença de sangue oriundo de ferimentos observadas preferencialmente durante a Avaliação Primária, com ou sem os sinais de palidez, sudorese, taquipneia e taquicardia.

**2- CONDUTA:**

1º Sempre avaliar e priorizar a segurança no atendimento a ocorrência;  
2º Iniciar a Avaliação Primária (**XABCDE**) e intervir conforme necessidade;  
3º O controle das grandes hemorragias (exanguinantes) deve ser prioridade e executado na letra “**X**” da Avaliação Primária:

I. Primeiramente o socorrista deverá realizar a compressão direta (manual) utilizando gazes, ataduras ou compressas de campo, se houver saturação com sangue, deverá ser acrescentada mais ataduras e gazes, não retirando as saturadas, para não perder o processo de coagulação. A compressão deverá ser no mínimo de 10 minutos, devendo ser realizada mediante curativo compressivo.

II. Caso a compressão direta não seja efetiva e considerando lesões de extremidades, faça um torniquete, seguindo as seguintes etapas:

- 1 – Aplique o torniquete proximal a virilha ou axila do membro lesionado, podendo ser aplicado um segundo torniquete a 5 cm acima do local da lesão;
- 2 – Aperte o torniquete até que a hemorragia cesse;
- 3 – Deixe o torniquete visível e mantenha monitoração constante.
- 4 – Anotar a hora de aplicação e fixá-lo no torniquete;
- 5 – O torniquete poderá ser mantido por até 120 minutos, sem risco de lesão em nervos e músculos (gangrena);
- 6 – A cada 120 min (duas horas) o torniquete deve ser afrouxado, até que ocorra a irrigação do membro, se a hemorragia parou faça um curativo compressivo e monitore, caso a hemorragia não tenha parado, reapertar o torniquete por mais duas horas e monitore;



Elaborado por: <b>Comissão de Revisão técnica</b>	Última versão: <b>Abril/2020</b>	Portaria: <b>340/2019</b>	Página: <b>68 de 140</b>
--	-------------------------------------	------------------------------	-----------------------------

ESTADO DE GOIÁS SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA <b>CORPO DE BOMBEIROS MILITAR</b>	<b>ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR</b>
	NÚMERO DO CAPÍTULO: <b>02</b>

## NATUREZA: HEMORRAGIA EXTERNA

- 7 – Caso seja necessário imobilize o membro afetado, evitando o agravamento da lesão;
- 8 – O torniquete deverá ser mantido até que a equipe de saúde assuma a vítima e adote a melhor conduta que o caso requeira;
- 4º Prevenir choque e fornecer suporte ventilatório conforme demanda;
- 5º Realizar a avaliação secundária, se a vítima estiver estável;
- 6º Estabilizar e priorizar a movimentação: 1º) prancha scoop, 2º) elevação a cavaleira, 3º) rolamentos no solo e posicioná-la sobre prancha longa;
- 7º Observar o algoritmo de Restrição de Movimentos na Coluna Vertebral;
- 8º Informar as condições da vítima ao Centro de Operações, pedir suporte avançado e/ou transportá-la para o hospital regulado ou de referência.

- ✓ Para o torniquete, preferencialmente deve-se utilizar o torniquete (tático) seguindo orientações do fabricante ou utiliza-se um meio de fortuna, como uma faixa de tecido de 10 cm de largura (ex. bandagem triangular);
- ✓ Não utilizar arame, fios ou similares para não agravar as lesões.;
- ✓ O socorrista poderá realizar uma compressão arterial anterior ao ferimento antes que seja colocado o torniquete;
- ✓ O manguito do esfigmomanômetro é um recurso viável e disponível na UR;
- ✓ Apesar de poder utilizar a compressão direta nestes casos, não se deve perder tempo ou retardar para colocação do torniquete, pois cada hemácia é importante no processo de hemostasia;
- ✓ Caso a hemorragia seja em áreas de transição (pescoço, ombro, axila e virilha) deve ser realizada a compressão direta.



**ATENÇÃO!!!!**

### 3- FLUXOGRAMA DE HEMOSTASIA



Elaborado por: <b>Comissão de Revisão técnica</b>	Última versão: <b>Abril/2020</b>	Portaria: <b>340/2019</b>	Página: <b>69 de 140</b>
--	-------------------------------------	------------------------------	-----------------------------



ESTADO DE GOIÁS SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA CORPO DE BOMBEIROS MILITAR	ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
	NÚMERO DO CAPÍTULO: <b>02</b>

**NATUREZA: HEMORRAGIA INTERNA****1- RECONHECIMENTO:**

Observar a cinemática e a queixa da vítima, rigidez abdominal, sinais e sintomas de choque: pele pálida; fria e úmida; hipotensão; sudorese; taquipneia; hematomas; fraqueza; tonteira; sede; ansiedade; alteração do nível de consciência, sem causa aparente.

**2- CONDUTA:**

- 1º Sempre avaliar e priorizar a segurança no atendimento a ocorrência;
- 2º Iniciar a Avaliação Primária (**XABCDE**) e intervir conforme necessidade;
- 3º O controle das grandes hemorragias (exangüinantes) deve ser prioridade e executado na letra "X" da Avaliação Primária;
- 4º Posicionar a vítima em decúbito dorsal;
- 5º Remover roupas molhadas (água, sangue etc.) da vítima para prevenir hipotermia;
- 6º Aplicar compressa fria sobre o possível local da hemorragia (hematomas), não aplicar a compressa diretamente sobre a pele;
- 7º Aquecer a vítima com cobertor ou manta aluminizada;
- 8º Não oferecer nada para a vítima ingerir;
- 9º Prevenir choque e fornecer suporte ventilatório conforme demanda;
- 10º Imobilizar fraturas, caso haja, para reduzir lesões internas;
- 11º Realizar a avaliação secundária, se a vítima estiver estável;
- 12º Estabilizar e priorizar a movimentação: 1º) prancha scoop, 2º) elevação a cavaleira, 3º) rolamentos no solo e posicioná-la sobre prancha longa;
- 13º Observar o algoritmo de Restrição de Movimentos na Coluna Vertebral;
- 14º Informar as condições da vítima ao Centro de Operações, pedir suporte avançado e/ou transportá-la para o hospital regulado ou de referência.



- ✓ Sendo vítimas pediátricas o atendimento e transporte deve ser com a presença de um responsável legal;
- ✓ No caso de hemorragia incoercível, não retardar o transporte, risco de choque.



Elaborado por: <b>Comissão de Revisão técnica</b>	Última versão: <b>Abril/2020</b>	Portaria: <b>340/2019</b>	Página: <b>70 de 140</b>
--	-------------------------------------	------------------------------	-----------------------------

ESTADO DE GOIÁS SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA <u>CORPO DE BOMBEIROS MILITAR</u>	<b>ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR</b>
	NÚMERO DO CAPÍTULO: <b>02</b>

**NATUREZA: HEMORRAGIAS: CONDIÇÕES ESPECIAIS****1- RECONHECIMENTO:**

Hemorragias com características especiais, oriundas de orifícios naturais do corpo humano, provenientes de lesões externas ou internas.

**2- CONDUTA:**

1º Sempre avaliar e priorizar a segurança no atendimento a ocorrência;  
 2º Realizar a avaliação e intervir conforme o mnemônico do “**XABCDE**”;  
 3º **EPISTAXE**: Sangramento pelas fossas nasais, relacionada ou não a trauma craniano, introdução de corpo estranho na cavidade nasal, tumor, uso de medicação anticoagulante, infecções e ou história de alterações sanguíneas: **CONDUTA:**

- I. Manter vias aéreas pérvias, aspirando a cavidade oral, se necessário;
- II. Realizar compressão digital por 5 a 10 min no dorso nasal;
- III. Aplicar compressa gelada no dorso nasal, se disponível.
- IV. Se houver saída de LCR (líquido cefalorraquidiano), não ocluir o nariz;
- V. Manter cabeceira da maca elevada ou transportar a vítima sentada.

4º **OTORRAGIA**: Sangramento pelos ouvidos proveniente de lesão no pavilhão auricular ou trauma crânio-encefálico com ou sem LCR.

**CONDUTA:**

- I. Manter vias aéreas pérvias, aspirando a cavidade oral, se necessário;
- II. Não tamponar a saída de sangue ou LCR (líquido cefalorraquidiano);
- III. Aplicar curativo oclusivo com gaze e fixar com esparadrapo;
- IV. Manter cabeceira da maca elevada ou transportar a vítima sentada.

5º **HEMOPTISE**: Sangramento expectorado pela boca e nariz de cor vermelho vivo com aspecto espumoso (aerado) proveniente dos pulmões traqueia e brônquios, acompanhado de tosse. **CONDUTA:**

- I. Manter vias aéreas pérvias, aspirando a cavidade oral, se necessário;
- II. Manter cabeceira da maca elevada ou transportar a vítima sentada;



Elaborado por: <b>Comissão de Revisão técnica</b>	Última versão: <b>Abril/2020</b>	Portaria: <b>340/2019</b>	Página: <b>71 de 140</b>
--	-------------------------------------	------------------------------	-----------------------------

ESTADO DE GOIÁS SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA <u>CORPO DE BOMBEIROS MILITAR</u>	<b>ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR</b>
	NÚMERO DO CAPÍTULO: <b>02</b>

**NATUREZA: HEMORRAGIAS: CONDIÇÕES ESPECIAIS**

6º **HEMATÊMESE:** Sangramento de cor escura (borra de café) pela boca, proveniente de ulcera gástrica. **CONDUTA:**

- I. Manter vias aéreas pérvias, aspirando a cavidade oral, se necessário;
- II. Aplicar compressa gelada no abdômen, se disponível.
- III. Manter cabeceira da maca elevada ou transportar a vítima sentada;

7º **METRORRAGIA:** Sangramento vaginal, proveniente de parto, aborto ou violência sexual. **CONDUTA:**

- I. Controlar o sangramento com pressão direta com absorvente íntimo ou com bandagens e ataduras;
- II. Nas contusões use bolsa de gelo ou água fria;
- III. Não remova objetos transfixados;
- IV. Solicite a presença de um familiar da vítima, para acompanhá-la.

8º **HEMORRAGIA POR FISTULA ARTERIOVASCULAR:** sangramento pulsante em grande quantidade, pele vermelha, edema, veias salientes e vasos sanguíneos cianóticos. **CONDUTA:**

- I. Realizar compressão direta, utilizando gazes e esparadrapo sem envolver todo o membro;
- II. Não realizar curativos compressivos;
- III. Não realizar curativos circulares envolvendo o membro com ataduras;
- IV. Não posicionar a vítima em decúbito lateral sobre a fistula;
- V. Não realizar torniquete, salvo em último caso.

9º Prevenir choque e fornecer suporte ventilatório conforme demanda;

10º Realizar a avaliação secundária, se a vítima estiver estável;

11º Estabilizar e priorizar a movimentação: 1º) prancha scoop, 2º) elevação a cavaleira, 3º) rolamentos no solo e posicioná-la sobre prancha longa;

12º Observar o algoritmo de Restrição de Movimentos na Coluna Vertebral;

13º Informar as condições da vítima ao Centro de Operações, pedir suporte avançado e/ou transportá-la para o hospital regulado ou de referência.



Elaborado por: <b>Comissão de Revisão técnica</b>	Última versão: <b>Abril/2020</b>	Portaria: <b>340/2019</b>	Página: <b>72 de 140</b>
--	-------------------------------------	------------------------------	-----------------------------

ESTADO DE GOIÁS SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA CORPO DE BOMBEIROS MILITAR	ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
	NÚMERO DO CAPÍTULO: <b>02</b>

**NATUREZA: CHOQUE****1- RECONHECIMENTO:**

Vítima apresenta nível de consciência alterado; coloração pele pálida ou cianótica; frequência ventilatória alterada (< 8 vpm ou > 28 vpm); frequência cardíaca aumentada (> 100 bpm); temperatura da pele: fria, úmida, pegajosa; enchimento capilar > 2 seg; pressão arterial diminuída (PAS < 90 mmHg);

**ATENÇÃO!!!!**

✓ No APH, a conduta mais segura durante a avaliação de uma vítima de trauma, com sinais e sintomas de choque, é considerar como causa principal a hipovolemia ou hipóxia, até prova em contrário.

**2- CONDUTA:**

1º Sempre avaliar e priorizar a segurança no atendimento a ocorrência;

2º Iniciar a Avaliação Primária (**XABCDE**) e intervir conforme necessidade;

3º A conduta de **prevenção ao Choque** inicia-se na letra “**C**”:

I. Estabilização neutra da cervical se houver suspeita de trauma;

II. Manter vias aéreas pérvias, aspirando a cavidade oral, se necessário;

III. Fornecer oxigênio, fluxo de 12 a 15 L/min via máscara, se SatO<sub>2</sub> < 94%;

IV. Identificar e controlar os sangramentos, se pertinente (considerar compressão, torniquete, imobilização de pelve e membros, se necessário).

V. Monitorar oximetria de pulso, saturação de oxigênio e sinais vitais;

VI. Afrouxar roupas, retirar adornos (anéis, relógio, pulseiras, etc);

VII. Remover roupas molhadas;

VIII. Prevenir hipotermia (com cobertor térmico aluminizado);

IX. Manter e transportar a vítima em decúbito dorsal e elevar as pernas;

4º Realizar a avaliação secundária, se a vítima estiver estável;

5º Estabilizar e priorizar a movimentação: 1º) prancha scoop, 2º) elevação a cavaleira, 3º) rolamentos no solo e posicioná-la sobre prancha longa;

6º Observar o algoritmo de Restrição de Movimentos na Coluna Vertebral;

7º Informar as condições da vítima ao Centro de Operações, pedir suporte avançado e/ou transportá-la para o hospital regulado ou de referência.

Elaborado por: <b>Comissão de Revisão técnica</b>	Última versão: <b>Abril/2020</b>	Portaria: <b>340/2019</b>	Página: <b>73 de 140</b>
--	-------------------------------------	------------------------------	-----------------------------



ESTADO DE GOIÁS SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA <b>CORPO DE BOMBEIROS MILITAR</b>	<b>ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR</b>
	NÚMERO DO CAPÍTULO: <b>02</b>

**NATUREZA: CHOQUE**

**3- PARÂMETROS PARA CLASSIFICAÇÃO DE CHOQUE:**

a) Classificação da gravidade do choque hipovolêmico em adultos:

CHOQUE	Classe I	Classe II	Classe III	Classe IV
<b>Perda sangüínea (ml)</b>	700 – 750 ml	750 - 1500 ml	1500 - 2000 ml	> 2000 ml
<b>Perda sangüínea (%)</b>	Até 15%	15 -30%	30-40%	> 40%
<b>Frequência de pulso</b>	< 100	Entre 100 -120	>120	>140
<b>Pressão Arterial</b>	Normal	Normal	Diminuída	Muito Diminuída
<b>Frequência Ventilatória</b>	12-20	20-30	30-40	>35
<b>Estado Mental</b>	Ansiedade Leve	Ansiedade Moderada	Ansioso e Confuso	Ansioso e Letárgico

b) Classificação quanto a resposta hemodinâmica do choque hipovolêmico:

SINAIS VITAIS	COMPENSADO	DESCOMPENSADO
<b>Nível de consciência</b>	Inalterado	Alterado: agitação, agressividade, inconsciência (indo ao coma)
<b>Pulso</b>	Alto (taquicardia)	Muito alto, taquicardia evoluindo a uma bradicardia (PCR).
<b>Cor da pele</b>	Pálida, fria e úmida	Pálida, fria e cérea
<b>Pressão arterial</b>	Normal	Baixa

c) Classificação quanto aos tipos de choque por parâmetros de sinais vitais:

SINAIS	HIPOVOLÊMICO E CARDIOGÊNICO	NEUROGÊNICO	SÉPTICO
<b>Temperatura da pele</b>	Fria e pegajosa	Quente e seca	Fria e pegajosa
<b>Coloração da Pele</b>	Pálida e cianótica	Rosada	Pálida e pontilhada
<b>Pressão Arterial</b>	Diminuída	Diminuída	Diminuída
<b>Nível de consciência</b>	Alterado	Lúcido	Alterado
<b>Enchimento Capilar</b>	Retardado	Normal	Retardado



Elaborado por: <b>Comissão de Revisão técnica</b>	Última versão: <b>Abril/2020</b>	Portaria: <b>340/2019</b>	Página: <b>74 de 140</b>
--	-------------------------------------	------------------------------	-----------------------------

ESTADO DE GOIÁS SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA CORPO DE BOMBEIROS MILITAR	ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
	NÚMERO DO CAPÍTULO: <b>02</b>

**NATUREZA: CHOQUE ANAFILÁTICO****1- RECONHECIMENTO:**

Vítima apresentando reação alérgica, após consumo ou contato com substâncias (frutos do mar; mordida ou picada de insetos e/ou animais; medicações), apresentando os seguintes sinais e sintomas: urticária; prurido ou rubor; edema de face e lábios, língua ou úvula; alterações respiratórias (dispneia, broncoespasmo, hipoxemia); sintomas de choque; sintomas gastrointestinais persistentes (dor abdominal, diarreia, vômitos).

**2- CONDUTA:**

- 1º Sempre avaliar e priorizar a segurança no atendimento a ocorrência;
- 2º Iniciar a Avaliação Primária (**XABCDE**) e intervir conforme necessidade;
- 3º A conduta de atendimento ao **Choque Anafilático** inicia-se na letra **"A"**:
  - I. Manter vias aéreas pérvias, aspirando a cavidade oral, se necessário;
  - II. Fornecer oxigênio, fluxo de 12 a 15 L/min via máscara, se  $\text{SatO}_2 < 94\%$ ;
  - III. Afrouxar roupas, retirar adornos (anéis, relógio, pulseiras, etc.);
  - IV. Deitar a vítima em decúbito dorsal e elevar membros inferiores;
  - V. Se apresentar dispneia ou vômitos, colocar em posição confortável.
- 4º Continuar a avaliação primária;
- 5º Realizar a avaliação secundária, se a vítima estiver estável;
  - I. Entrevista SAMPLA;
  - II. Monitorar Pressão Arterial e oximetria de pulso.
- 6º Estabilizar e priorizar a movimentação: 1º) prancha scoop, 2º) elevação a cavaleira, 3º) rolamentos no solo e posicioná-la sobre prancha longa;
- 7º Observar o algoritmo de Restrição de Movimentos na Coluna Vertebral;
- 8º Informar as condições da vítima ao Centro de Operações, pedir suporte avançado e/ou transportá-la para o hospital regulado ou de referência.

**ATENÇÃO!!!!**

- ✓ Vítima com choque anafilático tem risco de obstrução das vias aéreas por edema de glote, solicitar auxílio do Suporte Avançado.



Elaborado por: <b>Comissão de Revisão técnica</b>	Última versão: <b>Abril/2020</b>	Portaria: <b>340/2019</b>	Página: <b>75 de 140</b>
--	-------------------------------------	------------------------------	-----------------------------

ESTADO DE GOIÁS SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA <u>CORPO DE BOMBEIROS MILITAR</u>	ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
	NÚMERO DO CAPÍTULO: <b>03</b>

## NATUREZA: TRAUMA CRÂNIO-ENCEFÁLICO - TCE

### 1- RECONHECIMENTO:

Suspeita-se de TCE em todos os pacientes de trauma com alteração do nível de consciência. Observar na avaliação da cinemática do trauma se há acometimento direto ou indireto da região craniofacial por mecanismos de aceleração e desaceleração.

Se sinais e sintomas do TCE: ferimento externo no couro cabeludo ou testa; deformidade do crânio; dor ou inchaço no local da lesão; hematoma nas pálpebras; pupilas anisocóricas; saídas de sangue ou líquido cefalorraquidiano pelo nariz ou ouvidos; tontura, desmaio e sonolência; paralisia unilateral; confusão mental progressiva; pulso lento e forte; dispneia, náuseas, vômitos incontrolláveis sem náusea; alterações respiratórias e visão dupla ou cegueira;



**ATENÇÃO!!!!**

- ✓ Cuidado! A vítima pode ficar agitada devido à hipóxia.
- ✓ Queixa de dor de cabeça, vômitos em jato, mesmo sem náusea e bradicardia, suspeitar de aumento da **PIC** (pressão intracraniana )

### 2- CONDUTA:

- 1º Sempre avaliar e priorizar a segurança no atendimento a ocorrência;
- 2º Iniciar a Avaliação Primária (**XABCDE**) e intervir conforme necessidade;
- 3º Estabilizar a coluna cervical, mantendo as vias aéreas pérvias e aspirando a cavidade oral, se necessário;
- 4º Fornecer oxigênio, fluxo de 12 a 15 L/min via máscara, se SatO<sub>2</sub> <94%;
- 5º Não obstruir a saída de sangue ou líquido cefalorraquidiano dos ouvidos ou nariz, se necessário fazer curativos oclusivos;
- 6º Proteger ferimentos na cabeça com curativos (bandagem ou ataduras);
- 7º Posicionar a vítima na maca, sem prancha em decúbito dorsal, cabeceira elevada com suporte craniano fixado na maca;
- 8º Mantenha a vítima coberta, porém não superaquecida;
- 9º Monitor a saturação do oxigênio com oxímetro de pulso;
- 10º Avaliar precocemente a Escala de Coma de Glasgow;

Elaborado por: <b>Comissão de Revisão técnica</b>	Última versão: <b>Abril/2020</b>	Portaria: <b>340/2019</b>	Página: <b>76 de 140</b>
--	-------------------------------------	------------------------------	-----------------------------



ESTADO DE GOIÁS SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA <u>CORPO DE BOMBEIROS MILITAR</u>	ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
	NÚMERO DO CAPÍTULO: <b>03</b>

**NATUREZA: TRAUMA CRÂNIO-ENCEFÁLICO - TCE**

- 11º Prevenir choque e fornecer suporte ventilatório conforme demanda;
- 12º Realizar a avaliação secundária, se a vítima estiver estável;
- 13º Estabilizar e priorizar a movimentação: 1º) prancha scoop, 2º) elevação a cavaleira, 3º) rolamentos no solo e posicioná-la sobre prancha longa;
- 14º Observar o algoritmo de Restrição de Movimentos na Coluna Vertebral;
- 15º Informar as condições da vítima ao Centro de Operações, pedir suporte avançado e/ou transportá-la para o hospital regulado ou de referência.

✓ No exame da cabeça e pescoço, manter atenção para a ocorrência de sinais de gravidade do TCE:



**ATENÇÃO!!!!**

- Sinais de perda de LCR (líquido cefalorraquidiano);
- Presença de fraturas abertas;
- Exposição de tecido cerebral;
- Ferimentos extensos de couro cabeludo; e
- Sinais de fratura de base de crânio.

✓ Se  $\text{SatO}_2 < 94\%$ , se Escala de Coma de Glasgow  $< 10$ , se sinais vitais alterados, informar precocemente a regulação médica.



Elaborado por: <b>Comissão de Revisão técnica</b>	Última versão: <b>Abril/2020</b>	Portaria: <b>340/2019</b>	Página: <b>77 de 140</b>
--	-------------------------------------	------------------------------	-----------------------------

ESTADO DE GOIÁS SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA CORPO DE BOMBEIROS MILITAR	ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
	NÚMERO DO CAPÍTULO: <b>03</b>

## NATUREZA: TRAUMA DE FACE

### 1- RECONHECIMENTO:

Traumas diretos na face, com queixa de dor e presença de edema, ferimentos, sangramentos, deformidades, hematomas, equimoses, alterações visuais e de abertura bucal.

### 2- CONDUTA:

- 1º Sempre avaliar e priorizar a segurança no atendimento a ocorrência;
- 2º Iniciar a Avaliação Primária (**XABCDE**) e intervir conforme necessidade;
- 3º Estabilizar a coluna cervical, mantendo as vias aéreas pÉrvias;
- 4º Avaliar a presença de secreções e aspirar a cavidade oral, se necessário;
- 5º Fornecer oxigênio, fluxo de 12 a 15 L/min via máscara, se SatO<sub>2</sub> <94%;
- 6º Controlar hemorragias, cobrindo as feridas com gazes ou compressas;
- 7º Imobilizar com bandagens ou faixas, envolvendo a mandíbula e o crânio;
- 8º Manter atenção para a ocorrência de sinais e sintomas de choque e/ou rebaixamento da consciência;
- 9º Prevenir choque e fornecer suporte ventilatório conforme demanda;
- 10º Realizar a avaliação secundária, se a vítima estiver estável;
- 11º Estabilizar e priorizar a movimentação: 1º) prancha scoop, 2º) elevação a cavaleira, 3º) rolamentos no solo e posicioná-la sobre prancha longa;
- 12º Observar o algoritmo de Restrição de Movimentos na Coluna Vertebral;
- 13º Informar as condições da vítima ao Centro de Operações, pedir suporte avançado e/ou transportá-la para o hospital regulado ou de referência.



**ATENÇÃO!!!!**

✓ Nos traumas de face há risco de comprometimento das vias aéreas, devendo monitorar e aspirar as secreções durante o transporte.



Elaborado por: <b>Comissão de Revisão técnica</b>	Última versão: <b>Abril/2020</b>	Portaria: <b>340/2019</b>	Página: <b>78 de 140</b>
--	-------------------------------------	------------------------------	-----------------------------

ESTADO DE GOIÁS SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA <b>CORPO DE BOMBEIROS MILITAR</b>	<b>ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR</b>
	NÚMERO DO CAPÍTULO: <b>03</b>

**NATUREZA: TRAUMA OCULAR**

## **1- RECONHECIMENTO:**

Trauma no olho com ferimento, queimadura, corpo estranho, hematoma, sangramento e/ou enucleação / protrusão.

## **2- CONDUTA:**

- 1º Avaliar e priorizar a segurança no atendimento a ocorrência;
- 2º Iniciar a Avaliação Primária (**XABCDE**) e intervir conforme necessidade;
- 3º Estabelecer a conduta adequada para cada situação:

### **a) Ferimentos nos olhos:**

- I. Retirar corpo estranho apenas na conjuntiva e esclerótica se não estiverem transfixados;
- II. Lavar com soro fisiológico ou água em abundância nos casos que não haja transfixação;
- III. Aplicar atadura oclusiva em ambos os olhos;
- IV. Não retirar objetos transfixados;
- V. Caso o globo ocular esteja protuso, protegê-lo com atadura e gases embebidos em soro fisiológico e ocluir ambos olhos;
- VI. Em caso de extrusão completa do globo ocular não tentar recoloca-lo, proceder a oclusão bilateral com gaze umedecida;
- VII. Remoção de lente de contato somente em vítimas inconscientes com tempo de transporte prolongado;

### **b) Queimadura química:**

- I. Realizar irrigação abundante com água ou soro fisiológico, iniciando o mais rápido possível por um tempo mínimo de 10 a 15 min ou mantendo a irrigação durante o trajeto para o hospital;
- II. Cuidar para que o outro olho não seja atingido pelo líquido da irrigação, realizando a lavagem do canto nasal para o canto auricular;
- III. Nas lesões por qualquer produto químico em pó, realizar limpeza mecânica cuidadosa das pálpebras e face com gaze e depois iniciar a irrigação contínua dos olhos, mantendo-a durante o trajeto para o hospital;



Elaborado por: <b>Comissão de Revisão técnica</b>	Última versão: <b>Abril/2020</b>	Portaria: <b>340/2019</b>	Página: <b>79 de 140</b>
--	-------------------------------------	------------------------------	-----------------------------

ESTADO DE GOIÁS SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA <b>CORPO DE BOMBEIROS MILITAR</b>	<b>ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR</b>
	NÚMERO DO CAPÍTULO: <b>03</b>

## NATUREZA: TRAUMA OCULAR

### c) Queimadura térmica:

- I. Resfriar irrigando com soro fisiológico por 10 a 15min;
- II. Realizar curativo oclusivo em os ambos os olhos com gaze umedecida em soro fisiológico.

### d) Corpo estranho:

- I. Não remover o corpo estranho ou só fazê-lo se estiver solto usando irrigação com soro fisiológico;
- II. Se corpo estranho estiver cravado, estabilizar o objeto (no mínimo em 1/3 da porção externa do objeto);
- III. Não exercer pressão direta sobre qualquer ferimento no globo ocular;
- IV. Não fazer curativo compressivo em olho com sangramento;
- V. Cobrir ambos os olhos com curativo estéril para impedir movimento ocular.

### e) Enucleação:

- I. Não tentar recolocar o globo ocular enucleado dentro da órbita;
- II. Cobrir o globo ocular com gaze umedecida com soro fisiológico e proteger o local, realizando curativo oclusivo em ambos os olhos.
- 4º Prevenir choque e fornecer suporte ventilatório conforme demanda;
- 5º Realizar a avaliação secundária, se a vítima estiver estável;
- 6º Estabilizar e priorizar a movimentação: 1º) prancha scoop, 2º) elevação a cavaleira, 3º) rolamentos no solo e posicioná-la sobre prancha longa;
- 7º Observar o algoritmo de Restrição de Movimentos na Coluna Vertebral;
- 8º Informar as condições da vítima ao Centro de Operações, pedir suporte avançado e/ou transportá-la para o hospital regulado ou de referência.



**ATENÇÃO!!!!**

- ✓ Nas lesões de globo ocular, priorizar a remoção da vítima para hospitais de referências a atendimento oftalmológico;
- ✓ Se não houver contraindicação, as vítimas de trauma ocular devem ser transportadas preferencialmente sentadas.



Elaborado por: <b>Comissão de Revisão técnica</b>	Última versão: <b>Abril/2020</b>	Portaria: <b>340/2019</b>	Página: <b>80 de 140</b>
--	-------------------------------------	------------------------------	-----------------------------

ESTADO DE GOIÁS SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA <u>CORPO DE BOMBEIROS MILITAR</u>	<b>ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR</b>
	NÚMERO DO CAPÍTULO: <b>03</b>

**NATUREZA: TRAUMA VERTEBROMEDULAR**

**1- RECONHECIMENTO:**

Observar a cinemática do trauma associando o acidente com a possibilidade da lesão (acidentes automobilísticos, atropelamentos, quedas de altura, mergulho raso, enfim, todo acidente em que a vítima recebeu alta descarga de energia); dor intensa no local (em forma de cinturão); deformação; perda da sensibilidade e/ou mobilidade nos membros; somente respiração abdominal; perda de controle urinário e intestinal; vítima caída de costas com os braços mantidos estendidos acima da cabeça; em homens: priapismo (ereção persistente e sem estímulo sexual); sinais e sintomas de choque neurogênico (ver estado de choque) e inconsciência.

**2- CONDUTA:**

- 1º Sempre avaliar e priorizar a segurança no atendimento a ocorrência;
- 2º Iniciar a Avaliação Primária (**XABCDE**) e intervir conforme necessidade;
- 3º Estabilizar a coluna cervical, mantendo as vias aéreas pérvias e aspirando a cavidade oral, se necessário;
- 4º Fornecer oxigênio, fluxo de 12 a 15 L/min via máscara, se SatO<sub>2</sub> <94%;
- 5º Realizar curativos e as imobilizações necessárias;
- 6º Prevenir choque e fornecer suporte ventilatório conforme demanda;
- 7º Realizar a avaliação secundária, se a vítima estiver estável;
- 8º Estabilizar e priorizar a movimentação: 1º) prancha scoop, 2º) elevação a cavaleira, 3º) rolamentos no solo e posicioná-la sobre prancha longa;
- 9º Observar o algoritmo de Restrição de Movimentos na Coluna Vertebral;
- 10º Informar as condições da vítima ao Centro de Operações, pedir suporte avançado e/ou transportá-la para o hospital regulado ou de referência.



- ✓ Na suspeita de lesão na coluna, realizar a imobilização completa da vítima;
- ✓ O alinhamento da cabeça está contraindicado e deve ser interrompido quando ocorrer piora da dor, padrão respiratório, resistência voluntária ao movimento, início ou aumento de déficit neurológico e espasmos musculares.



Elaborado por: <b>Comissão de Revisão Técnica</b>	Última versão: <b>abril/2020</b>	Portaria:	Página: <b>81 de 140</b>
--	-------------------------------------	-----------	-----------------------------

<p>ESTADO DE GOIÁS SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA <u>CORPO DE BOMBEIROS MILITAR</u></p>	<p><b>ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR</b></p> <p>NÚMERO DO CAPÍTULO: <b>03</b></p>
<p><b>NATUREZA: PNEUMOTÓRAX</b></p>	

## **1- RECONHECIMENTO:**

Pneumotórax simples (fechado): Dor torácica em pontada, ventilatório-dependente, dispneia, redução do murmúrio vesicular no hemitórax da lesão, hipertimpanismo local, hipersonoridade durante a percussão da região superior do tórax.

Pneumotórax hipertensivo (aberto): Lesão no tórax com fraca comunicação entre o ar ambiente e a cavidade pleural, evidenciada pela visível passagem do ar através do ferimento. Geralmente é produzido por objetos perfurantes ou lesões por armas de fogo ou arma branca e, ocasionalmente, por trauma contuso. Podendo apresentar ainda, desvio da traqueia, dilatação das veias do pescoço (jugular) e sinais de choque.

## **2- CONDUTA:**

1º Sempre avaliar e priorizar a segurança no atendimento a ocorrência;

2º Iniciar a Avaliação Primária (**XABCDE**) e intervir conforme necessidade;

3º O atendimento ao pneumotórax inicia-se na letra "**B**":

I. Manter vias aéreas pérvias, aspirando a cavidade oral, se necessário;

II. Fornecer oxigênio, fluxo de 12 a 15 L/min via máscara, se SatO<sub>2</sub> <94%;

III. Observar sinais de insuficiência ventilatória, em caso de hipoxemia (saturação de oxigênio menor que 90%) associado à redução da frequência ventilatória, administrar ventilações com AMBU e reservatório de oxigênio;

IV. Avaliar a parede torácica (anterior e posterior), se possível, para detecção do ferimento;

V. Cobrir imediatamente o ferimento com curativo oclusivo, três pontos/lados de fixação, com plástico ou papel metálico, mantendo a abertura para baixo;

VI. Se a vítima já possuir curativo em alguma lesão penetrante do tórax retira-lo imediatamente para a liberação da pressão (descompressão) e oclui-lo novamente (isso pode ser repetido periodicamente);

4º Solicitar apoio da equipe de suporte avançado de vida ou iniciar a remoção da cena precocemente;



<p>Elaborado por: <b>Comissão de Revisão Técnica</b></p>	<p>Última versão: <b>abril/2020</b></p>	<p>Portaria: <b>340/2019</b></p>	<p>Página: <b>82 de 140</b></p>
--	---	--------------------------------------	-------------------------------------

ESTADO DE GOIÁS SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA CORPO DE BOMBEIROS MILITAR	ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
	NÚMERO DO CAPÍTULO: <b>03</b>

## NATUREZA: PNEUMOTÓRAX

- 5º Se conseguir descomprimir, monitorar para a ocorrência de novo esforço respiratório após essa abordagem inicial;
- 6º Em caso de piora do esforço respiratório, remover o curativo de 3 pontos para permitir a descompressão da tensão acumulada, fixando-o novamente em seguida;
- 7º Considerar a possibilidade de ocorrência de parada respiratória. Nesse caso, iniciar ventilação sob pressão positiva utilizando AMBU com reservatório após aplicação do curativo valvulado (três pontos);
- 8º Continuar com a avaliação primária, não demorar na cena;
- 9º Prevenir choque e fornecer suporte ventilatório conforme demanda;
- 10º Realizar a avaliação secundária, somente se a vítima estiver estável;
- 11º Estabilizar e priorizar a movimentação: 1º) prancha scoop, 2º) elevação a cavaleira, 3º) rolamentos no solo e posicioná-la sobre prancha longa;
- 12º Observar o algoritmo de Restrição de Movimentos na Coluna Vertebral;
- 13º Informar as condições da vítima ao Centro de Operações, pedir suporte avançado e/ou transportá-la para o hospital regulado ou de referência.



**ATENÇÃO!!!!**

- ✓ Vítima com pneumotórax requer intervenção de suporte avançado com urgência.



Elaborado por: <b>Comissão de Revisão Técnica</b>	Última versão: <b>abril/2020</b>	Portaria: <b>340/2019</b>	Página: <b>83 de 140</b>
--	-------------------------------------	------------------------------	-----------------------------

ESTADO DE GOIÁS SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA <u>CORPO DE BOMBEIROS MILITAR</u>	ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
	NÚMERO DO CAPÍTULO: <b>03</b>

## NATUREZA: TRAUMA ABDOMINAL FECHADO

### 1- RECONHECIMENTO

Lesão fechada no abdome, com mecanismo de trauma sugestivo (acidentes com veículos a motor, atropelamento, violência interpessoal e outros), associado a alguns dos seguintes sinais ou sintomas: **equimoses**, contusões, **escoriações**; **dor** e sensibilidade à **palpação**; **rigidez** ou distensão abdominal; sinais de **choque** sem **causa** aparente ou mais grave do que o **explicado** por outras **lesões**.

### 2- CONDUTA:

- 1º Sempre avaliar e priorizar a segurança no atendimento a ocorrência;
- 2º Iniciar a Avaliação Primária (**XABCDE**) e intervir conforme necessidade;
- 3º Manter a estabilização manual da coluna cervical;
- 4º Manter vias aéreas pérvias, aspirando a cavidade oral, se necessário;
- 5º Fornecer oxigênio, fluxo de 12 a 15 L/min via máscara, se SatO<sub>2</sub> <94%;
- 6º Observar sinais de insuficiência ventilatória, em caso de hipoxemia (saturação de oxigênio menor que 90%) associado à redução da frequência ventilatória, administrar ventilações com AMBU e reservatório oxigênio;
- 7º Avaliar a parede abdominal e interpretar lesões relacionando com a cinemática do trauma;
- 8º Monitorizar a saturação através da oximetria de pulso;
- 9º Realizar a avaliação secundária, somente se a vítima estiver estável;
- 10º Estabilizar e priorizar a movimentação: 1º) prancha scoop, 2º) elevação a cavaleira, 3º) rolamentos no solo e posicioná-la sobre prancha longa;
- 11º Observar o algoritmo de Restrição de Movimentos na Coluna Vertebral;
- 12º Informar as condições da vítima ao Centro de Operações, pedir suporte avançado e/ou transportá-la para o hospital regulado ou de referência.



**ATENÇÃO!!!!**

- ✓ Não realizar a palpação profunda quando houver evidência franca de lesão, pois ela pode aumentar hemorragias e piorar outras lesões.
- ✓ Pode haver associação de trauma raquimedular neste tipo de trauma.



Elaborado por: <b>Comissão de Revisão Técnica</b>	Última versão: <b>abril/2020</b>	Portaria: <b>340/2019</b>	Página: <b>84 de 140</b>
--	-------------------------------------	------------------------------	-----------------------------

ESTADO DE GOIÁS SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA CORPO DE BOMBEIROS MILITAR	ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
	NÚMERO DO CAPÍTULO: <b>03</b>

## NATUREZA: TRAUMA ABDOMINAL ABERTO

### 1- RECONHECIMENTO:

Lesão aberta no abdome, com mecanismo de trauma sugestivo, como os causados por arma de fogo, arma branca, acidentes com veículos a motor, atropelamentos e outros podendo apresentar exposição de vísceras.

### 2- CONDUTA:

- 1º Sempre avaliar e priorizar a segurança no atendimento a ocorrência;
- 2º Iniciar a Avaliação Primária (**XABCDE**) e intervir conforme necessidade;
- 3º Manter a estabilização manual da coluna cervical;
- 4º Manter vias aéreas pervias, aspirando a cavidade oral, se necessário;
- 5º Fornecer oxigênio, fluxo de 12 a 15 L/min via máscara, se SatO<sub>2</sub> <94%;
- 6º Observar sinais de insuficiência ventilatória, em caso de hipoxemia (saturação de oxigênio menor que 90%) associado à redução da frequência ventilatória, administrar ventilações com AMBU e reservatório oxigênio;
- 7º Controlar sangramentos externos;
- 8º Avaliar a parede abdominal e providenciar cuidados adequados para os ferimentos (eviscerações) e objetos encravados/empalados:

#### 9º **Objetos encravados/empalados no abdome:**

- I. Não devem ser movidos ou removidos durante atendimento, fixa-lo para evitar movimentação durante o transporte;
- II. Se ocorrer sangramento ao redor do objeto, fazer pressão direta sobre o ferimento ao redor do objeto (com a própria mão e/ou compressas);
- III. Não palpar o abdome para evitar maior laceração de vísceras.

#### 10º **Eviscerações:**

- I. Não tentar recolocar os órgãos (vísceras) de volta na cavidade abdominal, manter como encontrado;
- II. Remover apenas objetos soltos;
- III. Umedecer as vísceras com soro fisiológico;
- IV. Se disponível colocar sobre as vísceras expostas com filme de PVC;



Elaborado por: <b>Comissão de Revisão Técnica</b>	Última versão: <b>abril/2020</b>	Portaria: <b>340/2019</b>	Página: <b>85 de 140</b>
--	-------------------------------------	------------------------------	-----------------------------

ESTADO DE GOIÁS SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA CORPO DE BOMBEIROS MILITAR	ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
	NÚMERO DO CAPÍTULO: <b>03</b>

## NATUREZA: TRAUMA ABDOMINAL ABERTO

V. Realizar curativo oclusivo, utilizando compressas de campo, bandagens, gazes ou ataduras embebidas em soro fisiológico (se for possível/disponível compressas esterilizadas);

VI. Se não houver contraindicações (fraturas), manter as pernas da vítima flexionadas (fletidas) durante o atendimento e transporte;

VII. A unidade hospitalar de destino precisa ser informada sobre a lesão;

VIII. Não demorar na cena, solicitar apoio de suporte avançado, se possível, peça remoção aeromédica;

11º Monitorizar a saturação através da oximetria de pulso;

12º Realizar a avaliação secundária, somente se a vítima estiver estável;

13º Estabilizar e priorizar a movimentação: 1º) prancha scoop, 2º) elevação a cavaleira, 3º) rolamentos no solo e posicioná-la sobre prancha longa;

14º Observar o algoritmo de Restrição de Movimentos na Coluna Vertebral;

15º Informar as condições da vítima ao Centro de Operações, pedir suporte avançado e/ou transportá-la para o hospital regulado ou de referência.



**ATENÇÃO!!!!**

✓ Atentar para as lesões torácicas abaixo da linha mamária anteriormente, dorso abaixo da linha infra escapular e flanco (definido como área entre as linhas axilar anterior e posterior, do 6º espaço intercostal até a crista ilíaca), pois podem haver lesões de órgãos intra-abdominais.



Elaborado por: <b>Comissão de Revisão Técnica</b>	Última versão: <b>abril/2020</b>	Portaria: <b>340/2019</b>	Página: <b>86 de 140</b>
--	-------------------------------------	------------------------------	-----------------------------

ESTADO DE GOIÁS SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA CORPO DE BOMBEIROS MILITAR	ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
	NÚMERO DO CAPÍTULO: <b>03</b>

## NATUREZA: FRATURA DE PELVE

### 1- RECONHECIMENTO:

Sinais clássicos de trauma de pelve (pés rodados) associado a alguns dos sinais ou sintomas: queixa de dor à palpação do púbis e cristas ilíacas; crepitação, instabilidade e/ou hematomas; perda de mobilidade dos membros inferiores; deformidades, e presença de choque hipovolêmico.

### 2- CONDUTA:

- 1º Avaliar e priorizar a segurança no atendimento a ocorrência;
- 2º Iniciar a Avaliação Primária (**XABCDE**) e intervir conforme necessidade;
- 3º A estabilização pélvica inicia-se na letra “E” da avaliação inicial;
- 4º Realizar a estabilização pélvica com a cinta pélvica ou talas moldáveis, podendo ainda utilizar o KED (invertido), conforme disponibilidade;
- 5º Priorizar a movimentação da vítima: 1º) prancha scoop; 2º) elevação a cavaleira e posicioná-la sobre prancha longa;

#### 6º Estabilização com uso do KED invertido sobre prancha longa:

- I. Coloque o coxim do KED entre os membros inferiores e una as pernas da vítima com ataduras ou bandagens;
  - II. Posicionar o KED invertido sobre a prancha longa;
  - III. Elevar a vítima a cavaleira (monobloco), inserir a prancha por baixo e descer a vítima sobre a prancha;
  - IV. Fixar a vítima na prancha longa com tirantes;
- 7º Fornecer oxigênio, fluxo de 12 a 15 L/min via máscara, se SatO<sub>2</sub> <94%;
  - 8º Observar o algoritmo de Restrição de Movimentos na Coluna Vertebral;
  - 9º Informar ao Centro de Operações e transportar para a unidade hospitalar regulada ou hospital de referência.

✓ Não tentar alinhar os pés da vítima ou qualquer outra manipulação desnecessária, apenas realizar a imobilização cuidadosamente.

✓ Caso não tenha o KED disponível, com a vítima deitada de costas, improvisar um coxim (coloque um cobertor dobrado, travesseiro ou roupas) entre as pernas, elevar a cavaleira e fixá-la em sobre a prancha longa;



Elaborado por: <b>Comissão de Revisão Técnica</b>	Última versão: <b>abril/2020</b>	Portaria: <b>340/2019</b>	Página: <b>87 de 140</b>
--	-------------------------------------	------------------------------	-----------------------------

ESTADO DE GOIÁS SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA <u>CORPO DE BOMBEIROS MILITAR</u>	ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
	NÚMERO DO CAPÍTULO: <b>03</b>

## NATUREZA: TRAUMA DE EXTREMIDADES (FRATURAS)

### **1- RECONHECIMENTO:**

Vítima de trauma nas extremidades apresentando algum dos seguintes sinais ou sintomas: dor local; deformidade; ferimento; hemorragia; exposição do osso (fratura exposta); edema; hematoma; crepitação óssea; encurtamento; alterações sensitivas, vasculares e incapacidade funcional ou mobilidade anormal.

### **2- CONDUTA:**

- 1º Avaliar e priorizar a segurança no atendimento a ocorrência;
- 2º Iniciar a Avaliação Primária (**XABCDE**) e intervir conforme necessidade;
- 3º A estabilização de fraturas inicia-se na letra “E” da avaliação inicial;
- 4º **Fratura em Membros Superiores:**
  - I. Sempre imobilize a fratura envolvendo as articulações proximal e distal;
  - II. Verificar motricidade, sensibilidade, pulso radial e perfusão capilar do membro afetado antes e após a imobilização;
  - III. Use talas, bandagens e ataduras conforme disponibilidade e necessidade;
  - IV. As ataduras (faixas) não devem envolver todo o membro como um processo de mumificação, priorize as articulações e extremidades;
  - V. Nas fraturas de clavícula, escápula e cabeça do úmero ou para fazer tipoias, utilizar bandagem triangular, se disponível;
- 5º **Fratura em Membros Inferiores:**
  - I. Sempre imobilize a fratura envolvendo as articulações proximal e distal;
  - II. Verificar motricidade, sensibilidade, pulso pedioso ou tibial posterior e perfusão capilar do membro afetado antes e após a imobilização;
  - III. Use talas, bandagens e ataduras conforme disponibilidade e necessidade;
  - IV. As ataduras (faixas) não devem envolver todo o membro como um processo de mumificação, priorize as articulações e extremidades;
  - V. Nas fraturas do joelho e tornozelo imobilize na posição em que se encontram;



Elaborado por: <b>Comissão de Revisão Técnica</b>	Última versão: <b>abril/2020</b>	Portaria: <b>340/2019</b>	Página: <b>88 de 140</b>
--	-------------------------------------	------------------------------	-----------------------------

ESTADO DE GOIÁS SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA <u>CORPO DE BOMBEIROS MILITAR</u>	ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
	NÚMERO DO CAPÍTULO: <b>03</b>

## NATUREZA: TRAUMA DE EXTREMIDADES (FRATURAS)

- VI. Fraturas de perna angulada, gentilmente tente alinhar, com leve tração e apenas uma única tentativa;
- VII. Usar tala de tração femoral, se disponível, em fraturas de fêmur exceto quando:
- Vítimas instável, com lesões que comprometam a vida (priorizar as lesões mais importantes) e retirada rápida da cena;
  - Suspeita de fratura de pelve e colo do fêmur;
  - Avulsão ou amputação do tornozelo;
  - Fraturas adjacentes ao tornozelo;
- VIII. Fratura de fêmur com coxa angulada não tente alinhar. Imobilize na posição em que se encontra, com no mínimo duas talas rígidas até o nível das costelas com duas bandagens/ataduras entre a cintura pélvica e o início das costelas. Uma tala deverá apoiar o membro na parte inferior.
- 6º Nas fraturas em articulações imobilize na posição em que se encontra;
- 7º Nas fraturas anguladas, gentilmente tente alinhar o membro (leve tração e apenas uma única tentativa) antes de imobilizar;
- 8º Se encontrar resistência para o alinhamento ou dor, imobilize na posição em que se encontra e prefira talas moldáveis;
- 9º Em fraturas expostas, controlar sangramento externo com curativo compressivo, preferencialmente, estéril;
- 10º Considerar breve limpeza/enxágue dos ferimentos abertos com soro fisiológico em caso de sujidade grosseira;
- 11º Monitorizar a saturação através da oximetria de pulso;
- 12º Realizar a avaliação secundária, somente se a vítima estiver estável;
- 13º Estabilizar e priorizar a movimentação: 1º) prancha scoop, 2º) elevação a cavaleira, 3º) rolamentos no solo e posicioná-la sobre prancha longa;
- 14º Observar o algoritmo de Restrição de Movimentos na Coluna Vertebral;
- 15º Informar as condições da vítima ao Centro de Operações, pedir suporte avançado e/ou transportá-la para o hospital regulado ou de referência.



Elaborado por: <b>Comissão de Revisão Técnica</b>	Última versão: <b>abril/2020</b>	Portaria: <b>340/2019</b>	Página: <b>89 de 140</b>
--	-------------------------------------	------------------------------	-----------------------------

ESTADO DE GOIÁS SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA <u>CORPO DE BOMBEIROS MILITAR</u>	ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
	NÚMERO DO CAPÍTULO: <b>03</b>

**NATUREZA: TRAUMA DE EXTREMIDADES**

**1- RECONHECIMENTO:**

Paciente de trauma de extremidades apresentando algum dos seguintes sinais ou sintomas:

**Luxação:** Deformidade acentuada da articulação e dor a qualquer tentativa de movimentação da articulação.

**Entorse:** Deformidade e dor intensa no local da lesão; hematomas e edema (Inchaço).

**2- CONDUTA:**

- 1º Avaliar e priorizar a segurança no atendimento a ocorrência;
- 2º Iniciar a Avaliação Primária (**XABCDE**) e intervir conforme necessidade;
- 3º A estabilização de luxações e entorses inicia-se na letra “**E**”;
- 4º Aplicação de frio (gelo ou compressas úmidas e frias);
- 5º Imobilizar a articulação com talas e ataduras conforme disponibilidade e necessidade;
- 6º As ataduras (faixas) não devem envolver todo o membro como um processo de mumificação, priorize a articulação lesionada;
- 7º Após a imobilização verificar a sensibilidade, pulso periférico e perfusão capilar;
- 8º Monitorizar a saturação através da oximetria de pulso;
- 9º Realizar a avaliação secundária, somente se a vítima estiver estável;
- 10º Estabilizar e priorizar a movimentação: 1º) prancha scoop, 2º) elevação a cavaleira, 3º) rolamentos no solo e posicioná-la sobre prancha longa;
- 11º Observar o algoritmo de Restrição de Movimentos na Coluna Vertebral;
- 12º Informar as condições da vítima ao Centro de Operações, pedir suporte avançado e/ou transportá-la para o hospital regulado ou de referência.



**ATENÇÃO!!!!**

✓ **Não é rotina** e muito menos **competência** da equipe de **Suporte Básico:** Unidade de Resgate ou Motorresgate, **realizarem alinhamento** de luxações.



Elaborado por: <b>Comissão de Revisão Técnica</b>	Última versão: <b>abril/2020</b>	Portaria: <b>340/2019</b>	Página: <b>90 de 140</b>
--	-------------------------------------	------------------------------	-----------------------------

ESTADO DE GOIÁS SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA CORPO DE BOMBEIROS MILITAR	ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
	NÚMERO DO CAPÍTULO: <b>03</b>

**NATUREZA: LESÃO NOS TECIDOS MOLES (FERIMENTOS)**

## **1- RECONHECIMENTO:**

Lesão na integridade de pele, seguida ou não por hemorragias, queixa de dor localizada na área de lesão, secção de segmento do corpo (amputação) ou objeto transfixado (empalado) no corpo da vítima.

## **2- CONDUTA:**

- 1º Avaliar e priorizar a segurança no atendimento a ocorrência;
- 2º Iniciar a Avaliação Primária (**XABCDE**) e intervir conforme necessidade;
- 3º Os ferimentos são tratados na letra “**E**” da avaliação inicial;

### **4º FERIMENTOS SUPERFICIAIS ABERTOS:**

- I. As condutas no atendimento a ferimentos iniciarão a partir da letra “**E**” da Avaliação Primária;
- II. Adotar a conduta de hemostasia adequada;
- III. Expor a ferida e limpar ao redor, retirando detritos e objetos soltos com irrigação de soro fisiológico;
- IV. Não remover coágulos sanguíneos;
- V. Fazer curativo compressivo com ataduras, gases e/ou bandagem triangular;

### **5º FERIMENTOS SUPERFICIAIS NA CABEÇA:**

- I. Observar a conduta para vítimas de Traumatismo Crânio-Encefálico;
- II. Não aplicar compressão excessiva;
- III. Efetue tamponamento se não observar fragmentos de ossos, afundamento ou exposição de tecido cerebral;
- IV. Empregue para tamponamento ataduras, gases e/ou bandagem triangular;
- V. Não conter hemorragias ou saída de líquido claro pelos ouvidos ou nariz;

### **6º OBJETOS TRANSFIXADOS (EMPALAMENTOS):**

- I. Conter hemorragias (hemostasia);
- II. Não tente remover o objeto do local (exceto objetos na bochecha);



Elaborado por: <b>Comissão de Revisão Técnica</b>	Última versão: <b>abril/2020</b>	Portaria: <b>340/2019</b>	Página: <b>91 de 140</b>
--	-------------------------------------	------------------------------	-----------------------------

**NATUREZA: LESÃO NOS TECIDOS MOLES (FERIMENTOS)**

- III. Imobilizar e proteger o objeto de movimentações;
- IV. Objetos grandes, se possível, podem ser cortados;
- 7º Continuar com o atendimento e avaliação durante o transporte.
- 8º Monitorizar a saturação através da oximetria de pulso;
- 9º Prevenir choque e fornecer suporte ventilatório conforme demanda;
- 10º Realizar a avaliação secundária, somente se a vítima estiver estável;
- 11º Estabilizar e priorizar a movimentação: 1º) prancha scoop, 2º) elevação a cavaleira, 3º) rolamentos no solo e posicioná-la sobre prancha longa;
- 12º Observar o algoritmo de Restrição de Movimentos na Coluna Vertebral;
- 13º Informar as condições da vítima ao Centro de Operações, pedir suporte avançado e/ou transportá-la para o hospital regulado ou de referência.



**ATENÇÃO!!!!**

- ✓ Os ferimentos mais graves, que requerem intervenção cirúrgica, devem ser atendidos por equipe de suporte avançado e o hospital de referência deve ser informado precocemente para preparar o centro cirúrgico.
- ✓ Nos ferimentos perfuro-contundentes (armas de fogo) o socorrista deverá observar a possibilidade de existência de orifícios de entrada e saída.



ESTADO DE GOIÁS SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA <u>CORPO DE BOMBEIROS MILITAR</u>	<b>ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR</b>
	NÚMERO DO CAPÍTULO: <b>03</b>

**NATUREZA: AMPUTAÇÃO**

**1- RECONHECIMENTO:**

Quando na avaliação de um membro traumatizado, o profissional se deparar com a perda/remoção de uma extremidade do corpo (total ou parcial).

**2- CONDUTA:**

- 1º Avaliar e priorizar a segurança no atendimento a ocorrência;
- 2º Iniciar a Avaliação Primária (**XABCDE**) e intervir conforme necessidade;
- 3º As amputações são tratadas na letra “**X**” da avaliação inicial;
- 4º Evitar manipular a lesão que não sangra (pode ser rompido o coágulo sanguíneo e ocorrer novo sangramento);
- 5º Fornecer suporte ventilatório (oxigenoterapia) com fluxo de oxigênio de 12 a 15 L/min via máscara se SatO<sub>2</sub> < 94%;
- 6º Amputação ou avulsão completa:
  - I. Caso haja hemorragia intensa não controlada por outros meios usar o torniquete;
  - II. Limpar cuidadosamente o segmento amputado/avulsionado com soro fisiológico e proteja o local ferido (curativo);
  - III. Envolver o segmento amputado/avulsionado em gazes ou atadura umedecida em soro fisiológico;
  - IV. Coloque o membro se possível em um saco plástico com cuidado de “não” manter ar ou líquido dentro do saco;
  - V. Não congelar o segmento amputado/avulsionado colocando-a diretamente no gelo ou acrescentando outro agente de resfriamento, como gelo seco;
  - VI. Logo após, coloque o membro em recipiente com gelo, ou água gelada, sem que o membro tenha contato direto com estes líquidos;
- 7º Continuar com o atendimento e avaliação durante o transporte;
- 8º Monitorizar a saturação através da oximetria de pulso;
- 9º Prevenir choque e fornecer suporte ventilatório conforme demanda;
- 10º Realizar a avaliação secundária, somente se a vítima estiver estável;



Elaborado por: <b>Comissão de Revisão Técnica</b>	Última versão: <b>abril/2020</b>	Portaria: <b>340/2019</b>	Página: <b>93 de 140</b>
--	-------------------------------------	------------------------------	-----------------------------

ESTADO DE GOIÁS SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA <u>CORPO DE BOMBEIROS MILITAR</u>	<b>ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR</b>
	NÚMERO DO CAPÍTULO: <b>03</b>

## NATUREZA: AMPUTAÇÃO

11º Estabilizar e priorizar a movimentação: 1º) prancha scoop, 2º) elevação a cavaleira, 3º) rolamentos no solo e posicioná-la sobre prancha longa;  
12º Observar o algoritmo de Restrição de Movimentos na Coluna Vertebral;  
13º Informar as condições da vítima ao Centro de Operações, pedir suporte avançado e/ou transportá-la para o hospital regulado ou de referência.

✓ Na identificação deve constar, no mínimo:

- Nome do paciente (se disponível);
- Segmento ou parte amputada; e
- Data e hora do evento.



**ATENÇÃO!!!!**

✓ Os cuidados com a parte amputada visam aumentar o tempo de viabilidade do segmento amputado em caso de eventual reimplante.

✓ Não retardar o transporte na tentativa de localizar a parte amputada. Policiais ou outros auxiliares devem permanecer no local para procurá-la e devem ser orientados quanto aos cuidados e à forma de transportá-la, sendo informados sobre o hospital de destino do paciente.



Elaborado por: <b>Comissão de Revisão Técnica</b>	Última versão: <b>abril/2020</b>	Portaria: <b>340/2019</b>	Página: <b>94 de 140</b>
--	-------------------------------------	------------------------------	-----------------------------

ESTADO DE GOIÁS SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA CORPO DE BOMBEIROS MILITAR	ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
	NÚMERO DO CAPÍTULO: <b>03</b>

**NATUREZA: SÍNDROME COMPARTIMENTAL**

## 1- RECONHECIMENTO:

Paciente de trauma em extremidades decorrente de fraturas, traumas contusos de alta energia, esmagamento e queimaduras, dentre outros, acompanhados dos seguintes sinais e sintomas: dor intensa e desproporcional à lesão e/ou parestesia (sinais precoces); ausência de pulso, palidez e/ou paralisia (sinais tardios).

## 2- CONDUTA:

- 1º Avaliar e priorizar a segurança no atendimento a ocorrência;
- 2º Iniciar a Avaliação Primária (**XABCDE**) e intervir conforme necessidade;
- 3º Avaliar e remover imobilizações ou enfaixamentos circulares apertados;
- 4º Reavaliar a perfusão distal constantemente;
- 5º Continuar com o atendimento e avaliação durante o transporte;
- 6º Monitorizar a saturação através da oximetria de pulso;
- 7º Prevenir choque e fornecer suporte ventilatório conforme demanda;
- 8º Realizar a avaliação secundária, somente se a vítima estiver estável;
- 9º Estabilizar e priorizar a movimentação: 1º) prancha scoop, 2º) elevação a cavaleira, 3º) rolamentos no solo e posicioná-la sobre prancha longa;
- 10º Observar o algoritmo de Restrição de Movimentos na Coluna Vertebral;
- 11º Informar as condições da vítima ao Centro de Operações, pedir suporte avançado e/ou transportá-la para o hospital regulado ou de referência.



**ATENÇÃO!!!!**

✓ Considerar que imobilizações aplicadas por tempo prolongado e/ou enfaixamento circular muito apertado (inclusive aparelho gessado) também podem levar à síndrome compartimental.



Elaborado por: <b>Comissão de Revisão Técnica</b>	Última versão: <b>abril/2020</b>	Portaria: <b>340/2019</b>	Página: <b>95 de 140</b>
--	-------------------------------------	------------------------------	-----------------------------

ESTADO DE GOIÁS SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA CORPO DE BOMBEIROS MILITAR	ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
	NÚMERO DO CAPÍTULO: <b>03</b>

## NATUREZA: SÍNDROME DE ESMAGAMENTO

### 1- RECONHECIMENTO:

Paciente de trauma por mecanismo de compressão de grande massa muscular de extremidades (ex. coxa e panturrilha), causado por soterramento prolongado (colapso de estrutura), contenção em ferragens ou outro mecanismo que comprometa a circulação do membro e concorra para tempo prolongado de desencarceramento.

### 2- CONDUTA:

- 1º Avaliar e priorizar a segurança no atendimento a ocorrência;
- 2º Iniciar a Avaliação Primária (**XABCDE**) e intervir conforme necessidade;
- 3º Fornecer suporte ventilatório (oxigenoterapia) com fluxo de oxigênio de 12 a 15 L/min via máscara se SatO<sub>2</sub> < 94%;
- 4º Solicitar apoio de equipes de Suporte Avançado de Vida;
- 5º Continuar com o atendimento e avaliação durante o transporte;
- 6º Monitorizar a saturação através da oximetria de pulso;
- 7º Prevenir choque e fornecer suporte ventilatório conforme demanda;
- 8º Realizar a avaliação secundária, somente se a vítima estiver estável;
- 9º Estabilizar e priorizar a movimentação: 1º) prancha scoop, 2º) elevação a cavaleira, 3º) rolamentos no solo e posicioná-la sobre prancha longa;
- 10º Observar o algoritmo de Restrição de Movimentos na Coluna Vertebral;
- 11º Informar as condições da vítima ao Centro de Operações, pedir suporte avançado e/ou transportá-la para o hospital regulado ou de referência.



✓ A síndrome do esmagamento é decorrente de traumas que geram pressão contínua e prolongada sobre uma extremidade corpórea e tem alta mortalidade. Devendo relatar ao médico receptor no hospital de destino o tempo aproximado de encarceramento;



- ✓ Iniciar precocemente a **reanimação fluida** com soro fisiológico na taxa de 1500 ml por hora;
- ✓ Não deve ser ministrado Ringer Lactato devido ao excesso de potássio.

Elaborado por: <b>Comissão de Revisão Técnica</b>	Última versão: <b>abril/2020</b>	Portaria: <b>340/2019</b>	Página: <b>96 de 140</b>
--	-------------------------------------	------------------------------	-----------------------------



ESTADO DE GOIÁS SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA <u>CORPO DE BOMBEIROS MILITAR</u>	<b>ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR</b>
	NÚMERO DO CAPÍTULO: <b>03</b>

**NATUREZA: TRAUMA EM GESTANTE**

## **1- RECONHECIMENTO:**

Resguardadas as particularidades anatômicas e fisiológicas, as prioridades no atendimento à gestante traumatizada são as mesmas da mulher não grávida.

## **2- CONDUTA:**

- 1º Avaliar e priorizar a segurança no atendimento a ocorrência;
- 2º Iniciar a Avaliação Primária (**XABCDE**) e intervir conforme necessidade;
- 3º Seguir protocolo de Restrição de Movimento de Coluna Vertebral – RMC;
- 4º Por excelência, a posição mais indicada ao transporte é a de decúbito lateral esquerdo, todavia caso tal conduta não seja possível em razão do trauma, o socorrista deve manter a paciente em decúbito dorsal, deslocando manualmente o útero para o lado esquerdo;
- 5º A possibilidade de elevação da cabeceira da maca em 45º deve ser considerada, com o objetivo de atenuar o desconforto da posição de decúbito dorsal;
- 6º Em caso de vômito, aspirar imediatamente a via aérea superior;
- 7º Sempre que necessário, suplementar oxigênio via máscara;
- 8º Procurar indícios de sangramento vaginal e, caso ocorra, promover o controle do sangramento utilizando o absorvente e ou compressas do kit parto;
- 9º Monitorar sinais vitais, com atenção especial para os parâmetros relacionados aos indicativos de choque;
- 10º Utilizar o cobertor térmico aluminizado para a manutenção da temperatura corporal da gestante;
- 11º Em caso de PCR, os socorristas devem adotar o protocolo específico de RCP em gestantes;
- 12º Observar o algoritmo de Restrição de Movimentos na Coluna Vertebral;
- 13º Informar as condições da vítima ao Centro de Operações, pedir suporte avançado e/ou transportá-la para o hospital regulado ou de referência.



Elaborado por: <b>Comissão de Revisão Técnica</b>	Última versão: <b>abril/2020</b>	Portaria: <b>340/2019</b>	Página: <b>97 de 140</b>
--	-------------------------------------	------------------------------	-----------------------------

ESTADO DE GOIÁS SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA CORPO DE BOMBEIROS MILITAR	ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
	NÚMERO DO CAPÍTULO: <b>04</b>

**NATUREZA: ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL - AVC**

### **1- RECONHECIMENTO:**

Alterações do nível de consciência; **paralisia** ou perda de expressão **facial** e/ou desvio de rima labial; impossibilidade ou **dificuldade** de **falar**; perda da coordenação motora; hemiparesia (paralisia ou enfraquecimento parcial de um lado do corpo); **hemiplegia** (paralisia de um lado do corpo); parestesia (sensação de formigamento ou dormência, usualmente das extremidades); alteração visual súbita (visão dupla e/ou embaçada); **anisocoria** (diferença no tamanho das pupilas); movimento ocular involuntário horizontal ou vertical repetitivo; ptose palpebral (queda da pálpebra); cefaleia intensa; crise convulsiva sem história prévia de trauma ou episódio anterior.

### **2- CONDUTA:**

- 1º Avaliar e priorizar a segurança no atendimento a ocorrência;
- 2º Iniciar a Avaliação Primária (**XABCDE**) e intervir conforme necessidade;
- 3º Desobstruir as vias aéreas, se necessário, aspirar secreções e/ou remover corpos estranhos;
- 4º Em caso de vômito, posicionar a vítima em decúbito lateral e aspirar orofaringe, se necessário;
- 5º Avaliar estado neurológico (Escala de Cincinnati e Escala de Glasgow);
- 6º Buscar determinar o tempo de início dos sinais e sintomas;
- 7º Monitorizar a saturação através da oximetria de pulso;
- 8º Continuar com o atendimento e avaliação durante o transporte;
- 9º Prevenir choque e fornecer suporte ventilatório conforme demanda;
- 10º Realizar a avaliação secundária, somente se a vítima estiver estável;
- 11º Estabilizar e priorizar a movimentação: 1º) prancha scoop, 2º) elevação a cavaleira, 3º) rolamentos no solo e posicioná-la sobre prancha longa;
- 12º Observar o algoritmo de Restrição de Movimentos na Coluna Vertebral;
- 13º Posicionar a vítima na maca, sem prancha em decúbito dorsal, cabeceira elevada com suporte craniano fixado na maca;

Elaborado por: <b>Comissão de Revisão Técnica</b>	Última versão: <b>abril/2020</b>	Portaria: <b>340/2019</b>	Página: <b>98 de 140</b>
--	-------------------------------------	------------------------------	-----------------------------



ESTADO DE GOIÁS SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA CORPO DE BOMBEIROS MILITAR	ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
	NÚMERO DO CAPÍTULO: <b>04</b>

**NATUREZA: ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL - AVC**

14º Informar as condições da vítima ao Centro de Operações, pedir suporte avançado e/ou transportá-la para o hospital regulado ou de referência.

### **3- CONDIÇÕES ESPECIAIS / ESCALA CINCINNATI DO AVC:**

Realizar três testes, com foco de avaliar presença de:

**I. Assimetria facial** (pedir para a vítima mostrar os dentes ou sorrir):

Normalidade: ambos os lados da face se movem igualmente;

Anormalidade: um dos lados da face não se move como o outro.

**II. Debilidade dos braços** (pedir para a vítima fechar os olhos, elevar os braços até a altura dos ombros e mantê-los estendidos por dez segundos):

Normalidade: ambos os braços se movem igualmente;

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

**III. Fala anormal** (pedir para a vítima dizer: “o rato roeu a roupa do rei de Roma” ou outra frase similar):

Normalidade: a vítima pronuncia de forma clara e corretamente;

Anormalidade: a vítima pronuncia palavras ininteligíveis, incorretas ou é incapaz de falar.

✓ O AVC é também denominado AVE (Acidente Vascular Encefálico).

✓ A presença de anormalidade em um dos parâmetros avaliados leva a 72% de probabilidade de ocorrência de um AVC;

✓ A janela de emergência do AVC é de no máximo três horas, devendo o atendimento clínico por neurologista iniciar-se precocemente.



**ATENÇÃO!!!!**



Elaborado por: <b>Comissão de Revisão Técnica</b>	Última versão: <b>abril/2020</b>	Portaria: <b>340/2019</b>	Página: <b>99 de 140</b>
--	-------------------------------------	------------------------------	-----------------------------

ESTADO DE GOIÁS SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA CORPO DE BOMBEIROS MILITAR	ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
	NÚMERO DO CAPÍTULO: <b>04</b>

**NATUREZA: ANGINA PECTORIS****1- RECONHECIMENTO:**

Dor ou desconforto retroesternal, desencadeada por exercício ou estresse emocional, que diminui com o repouso (diferente do infarto) e que reduz de intensidade com o uso de medicamentos vasodilatadores coronarianos.

**2- CONDUTA:**

- 1º Avaliar e priorizar a segurança no atendimento a ocorrência;
- 2º Iniciar a Avaliação Primária (**XABCDE**) e intervir conforme necessidade;
- 3º Se a vítima possuir e fizer uso habitual de medicação sublingual, e ainda não tiver usado a medicação, o socorrista pode auxiliar para sua administração;
- 4º Afrouxar as roupas e transmitir segurança;
- 5º Iniciar suporte básico de vida em caso de parada cardiorrespiratória;
- 6º Acionar suporte avançado de vida (toda dor torácica de grande intensidade deve ser considerada infarto do miocárdio);
- 7º Monitorizar a saturação através da oximetria de pulso;
- 8º Prevenir choque e fornecer suporte ventilatório conforme demanda;
- 9º Realizar a avaliação secundária, somente se a vítima estiver estável;
- 10º Não elevar os membros inferiores (o aumento de retorno do sangue venoso pode piorar a congestão pulmonar);
- 11º Continuar com o atendimento e avaliação durante o transporte;
- 12º Estabilizar e priorizar a movimentação: 1º) prancha scoop, 2º) elevação a cavaleira, 3º) rolamentos no solo e posicioná-la sobre prancha longa;
- 13º Observar o algoritmo de Restrição de Movimentos na Coluna Vertebral;
- 14º Posicionar a vítima na maca, sem prancha em decúbito dorsal, cabeça elevada com suporte craniano fixado na maca;
- 15º Informar as condições da vítima ao Centro de Operações, pedir suporte avançado e/ou transportá-la para o hospital regulado ou de referência.



Elaborado por: <b>Comissão de Revisão Técnica</b>	Última versão: <b>abril/2020</b>	Portaria: <b>340/2019</b>	Página: <b>100 de 140</b>
--	-------------------------------------	------------------------------	------------------------------

ESTADO DE GOIÁS SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA <u>CORPO DE BOMBEIROS MILITAR</u>	ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
	NÚMERO DO CAPÍTULO: <b>04</b>

**NATUREZA: INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO - IAM**

### **1- RECONHECIMENTO:**

Dor intensa no peito, podendo irradiar-se para ombros, região cervical, mandíbula, abdômen e braço esquerdo; dificuldade respiratória; pele fria, úmida e pálida; fraqueza, perda da consciência; ansiedade, náuseas e vômitos; pulso fraco e parada cardiopulmonar.

### **2- CONDUTA:**

- 1º Avaliar e priorizar a segurança no atendimento a ocorrência;
- 2º Colocar a vítima em repouso, transmitindo segurança a mesma;
- 3º Iniciar a Avaliação Primária (**XABCDE**) e intervir conforme necessidade;
- 4º Solicitar apoio da equipe de Suporte Avançado de Vida;
- 5º Ofertar suporte ventilatório, via máscara não reinalante, administrando de 12 a 15 litros de oxigênio por minuto, buscando manter saturação > 94%;
- 6º Afrouxar as vestes da vítima (roupas apertadas);
- 7º Posicionar na maca, sem prancha, em decúbito dorsal com cabeceira elevada;
- 8º Não elevar os membros inferiores (o aumento de retorno do sangue venoso pode piorar a congestão pulmonar);
- 9º Se a vítima possuir e fizer uso habitual de medicação sublingual, e ainda não tiver usado a medicação, o socorrista pode auxiliar para sua administração;
- 10º Iniciar Suporte Básico de Vida em caso de parada respiratória ou cardiorrespiratória;
- 11º Informar ao Centro de Operações a condição e o estado da vítima passando os dados de forma sistematizada;
- 12º A vítima deverá ser encaminhada para a unidade hospitalar regulada pelo Centro de Operações ou hospital de referência.



Elaborado por: <b>Comissão de Revisão Técnica</b>	Última versão: <b>abril/2020</b>	Portaria: <b>340/2019</b>	Página: <b>101 de 140</b>
--	-------------------------------------	------------------------------	------------------------------

ESTADO DE GOIÁS SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA <u>CORPO DE BOMBEIROS MILITAR</u>	ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
	NÚMERO DO CAPÍTULO: <b>04</b>

**NATUREZA: INSUFICIÊNCIA VENTILATÓRIA (RESPIRATÓRIA)****1- RECONHECIMENTO:**

Vítima não responde ao estímulo, com respiração agônica ou ausente, com pulso central palpável; antecedente de crises semelhantes; cianose; dificuldade ventilatória (dispnéia); formigamento e contratura muscular em extremidades, na dispnéia de origem psicogênica (causada por fatores emocionais); sensação de cansaço e ansiedade ou agitação (devido à falta de oxigênio no sistema nervoso central); sons atípicos durante a respiração e tosse.

**2- CONDUTA:**

- 1º Avaliar e priorizar a segurança no atendimento a ocorrência;
- 2º Iniciar a Avaliação Primária (**XABCDE**) e intervir conforme necessidade;
- 3º Manter vias aéreas pérvias, aspirando a cavidade oral, se necessário;
- 4º Colocar a vítima em repouso, afrouxar suas vestes;
- 5º Fornecer suporte ventilatório, via máscara não reinalante, administrando de 12 a 15 litros de oxigênio a por minuto, buscando manter saturação >94%;
- 6º Monitorar e observar sinais de insuficiência ventilatória, em caso de hipoxemia (saturação de oxigênio menor que 90%), associada à redução da frequência ventilatória, iniciar ventilação utilizando AMBU com reservatório de oxigênio, com fluxo de 15 litros de oxigênio por minuto;
- 7º Permitir que a vítima, caso possuir e fizer uso habitual de medicação inalatória em spray ou em cápsula realize uma dose antes do transporte;
- 8º Monitorizar a saturação através da oximetria de pulso;
- 9º Prevenir choque e fornecer suporte ventilatório conforme demanda;
- 10º Realizar a avaliação secundária, somente se a vítima estiver estável;
- 11º Continuar com o atendimento e avaliação durante o transporte;
- 12º Observar o algoritmo de Restrição de Movimentos na Coluna Vertebral;
- 13º Informar as condições da vítima ao Centro de Operações, pedir suporte avançado e/ou transportá-la para o hospital regulado ou de referência.



Elaborado por: <b>Comissão de Revisão Técnica</b>	Última versão: <b>abril/2020</b>	Portaria: <b>340/2019</b>	Página: <b>102 de 140</b>
--	-------------------------------------	------------------------------	------------------------------

ESTADO DE GOIÁS SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA CORPO DE BOMBEIROS MILITAR	ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
	NÚMERO DO CAPÍTULO: <b>04</b>

**NATUREZA: CRISE CONVULSIVA****1- RECONHECIMENTO:**

Perda súbita e temporária da consciência, acompanhada de contrações musculares involuntárias, lábios e dentes cerrados e salivação intensa; cianose; incontinência fecal e urinária; cefaleia e confusão mental temporária; sonolência e letargia pós- crise; abdome contraído, globoso ou escavado; dor referida em todo o abdome ou em região específica; *status epilepticus* ou crise convulsiva subentrante (convulsões acompanhadas por intensas contrações musculares, que não se interrompem espontaneamente e impedem a respiração adequada).

**2- CONDOTA:**

- 1º Avaliar e priorizar a segurança no atendimento a ocorrência;
- 2º Iniciar a Avaliação Primária (**XABCDE**) e intervir conforme necessidade;
- 3º Manter a permeabilidade das vias aéreas (em caso de secreção na boca, aspirar e/ou lateralizar a vítima);
- 4º Proteger a cabeça da vítima, sem conter seus movimentos;
- 5º Afastar objetos e móveis ao redor da vítima, para não haver contato;
- 6º Aguardar a duração normal da crise (1 a 5 minutos);
- 7º Afrouxar as vestes da vítima (roupas apertadas);
- 8º Manter a vítima em posição confortável (decúbito dorsal ou semi-reclinado);
- 9º Aguardar a recuperação da confusão mental, após a crise e solicitar que procure assistência médica ambulatorial;
- 10º Não há necessidade de transporte para hospital nestas condições;
- 11º **Necessidade de suporte avançado:**
  - I. Caso a crise tenha duração superior a 5 minutos (há necessidade de medicamentos anticonvulsivantes);
  - II. Vítima não respira ou com dificuldade respiratória;
  - III. Inconsciência prolongada após a crise (> 5 minutos);
- 12º Monitorizar a saturação através da oximetria de pulso;



Elaborado por: <b>Comissão de Revisão Técnica</b>	Última versão: <b>abril/2020</b>	Portaria: <b>340/2019</b>	Página: <b>103 de 140</b>
--	-------------------------------------	------------------------------	------------------------------

ESTADO DE GOIÁS SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA <u>CORPO DE BOMBEIROS MILITAR</u>	<b>ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR</b>
	NÚMERO DO CAPÍTULO: <b>04</b>

**NATUREZA: CRISE CONVULSIVA**

- 13º Prevenir choque e fornecer suporte ventilatório conforme demanda;
- 14º Realizar a avaliação secundária, somente se a vítima estiver estável;
- 15º Continuar com o atendimento e avaliação durante o transporte;
- 16º Estabilizar e priorizar a movimentação: 1º) prancha scoop, 2º) elevação a cavaleira, 3º) rolamentos no solo e posicioná-la sobre prancha longa;
- 17º Observar o algoritmo de Restrição de Movimentos na Coluna Vertebral;
- 18º Posicionar a vítima na maca, sem prancha em decúbito dorsal, cabeceira elevada com suporte craniano fixado na maca;
- 19º Informar as condições da vítima ao Centro de Operações, pedir suporte avançado e/ou transportá-la para o hospital regulado ou de referência.

**ATENÇÃO!!!!**

- ✓ Durante a crise (contrações e enrijecimento muscular), não inserir objetos (cânula orofaríngea ou os dedos na boca da vítima);
- ✓ A crise convulsiva pode ser desencadeada por problemas de saúde (epilético), após traumatismos crânio encefálico ou febre alta.

**3- CONDIÇÕES ESPECIAIS:****3.1 PARÂMETROS PARA INDICAÇÃO DO SUPORTE AVANÇADO:**

A crise generalizada tônico-clônica (CGTC) raramente ultrapassa 5 minutos de duração e é a mais comum das manifestações de crises convulsivas;

Se a crises convulsiva permanecer por tempo superior a 5 minutos, se a vítima demonstrar dificuldade respiratória, e se, após a crise, a vítima permanecer inconsciente por tempo superior a 5 minutos são indicadores de necessidade do emprego do suporte avançado.

**ATENÇÃO!!!!**

- ✓ Em vítimas pediátricas, o reconhecimento e a conduta são similares aos aplicados às vítimas adultas. Os socorristas devem atentar para o direito da criança de ter um acompanhante (responsável legal).

Elaborado por: <b>Comissão de Revisão Técnica</b>	Última versão: <b>abril/2020</b>	Portaria: <b>340/2019</b>	Página: <b>104 de 140</b>
--	-------------------------------------	------------------------------	------------------------------



ESTADO DE GOIÁS SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA CORPO DE BOMBEIROS MILITAR	ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
	NÚMERO DO CAPÍTULO: <b>04</b>

**NATUREZA: DESMAIO (SÍNCOPE)****1- RECONHECIMENTO:**

Ausência de responsividade após estímulos externos (verbais, táteis e/ou dolorosos), proveniente de perda súbita da responsividade: após forte emoção; ambientes abafados (hipóxia); jejum prolongado (hipoglicemia); sensação de mal-estar; tontura; pele fria, pálida e úmida; suor frio e sensação de formigamento.

**2- CONDUTA:**

- 1º Avaliar e priorizar a segurança no atendimento a ocorrência;
- 2º Iniciar a Avaliação Primária (**XABCDE**) e intervir conforme necessidade;
- 3º O atendimento a síncope (desmaio) inicia-se na letra “E”;
- 4º Remover a vítima para um local arejado ou abrir portas e janelas;
- 5º Elevar os membros inferiores, se não houver suspeita de AVE ou TCE;
- 6º Afrouxar as vestes da vítima (roupas apertadas);
- 7º Monitorizar a saturação através da oximetria de pulso;
- 8º Prevenir choque e fornecer suporte ventilatório conforme demanda;
- 9º Realizar a avaliação secundária, somente se a vítima estiver estável;
- 10º Continuar com o atendimento e avaliação durante o transporte;
- 11º Estabilizar e priorizar a movimentação: 1º) prancha scoop, 2º) elevação a cavaleira, 3º) rolamentos no solo e posicioná-la sobre prancha longa;
- 12º Observar o algoritmo de Restrição de Movimentos na Coluna Vertebral;
- 13º Informar as condições da vítima ao Centro de Operações, pedir suporte avançado e/ou transportá-la para o hospital regulado ou de referência.

✓ Para vítimas que se queixarem de tonteira (vertigem), ofertar oxigênio ou posiciona-las sentada, com cabeça mais baixa (entre as pernas) e orientá-las para inspirar profundamente e erguer a cabeça, enquanto o socorrista firma sua nuca para não deixar a cabeça subir (estimulando a oxigenação cerebral);

**ATENÇÃO!!!!**

✓ Um simples desmaio não requer remoção para unidade hospitalar e a vítima poderá ser liberada sem transporte. Porém se a vítima não retomar a consciência, deverá ser transportada para a unidade hospitalar.

Elaborado por: <b>Comissão de Revisão Técnica</b>	Última versão: <b>abril/2020</b>	Portaria: <b>340/2019</b>	Página: <b>105 de 140</b>
--	-------------------------------------	------------------------------	------------------------------



ESTADO DE GOIÁS SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA CORPO DE BOMBEIROS MILITAR	ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
	NÚMERO DO CAPÍTULO: <b>04</b>

**NATUREZA: DIABETES MELLITUS - HIPERGLICEMIA****1- RECONHECIMENTO:**

Quando a vítima apresentar glicemia capilar > 250 mg/dl acompanhada de sinais e sintomas como: Alteração do nível de consciência (confusão, sonolência, letargia, inconsciência, convulsões); diurese aumentada (poliúria); fadiga; fraqueza; hálito cetônico; náuseas e vômitos; sede intensa (polidipsia); sinais de desidratação (olhos fundos, pele seca, diminuição da elasticidade da pele).

**2- CONDUTA:**

- 1º Avaliar e priorizar a segurança no atendimento a ocorrência;
- 2º Iniciar a Avaliação Primária (**XABCDE**) e intervir conforme necessidade;
- 3º Desobstruir as vias aéreas, se necessário, aspirar secreções e/ou remover corpos estranhos;
- 4º Fornecer suporte ventilatório com fluxo de 12 a 15 L/min de oxigênio, via máscara não reinalante, manter saturação de oxigênio > 94%;
- 5º Se a vítima estiver responsiva, colher informações sobre alimentação e uso de medicações hipoglicemiantes (comprimidos ou insulina);
- 6º Se a vítima não estiver responsiva, posicioná-la na maca na posição lateral de segurança (decúbito lateral esquerdo);
- 7º Se houver glicosímetro disponível no local, verifique se a medida da glicemia foi obtida;
- 8º Monitorar a Pressão Arterial e a saturação através da oximetria de pulso;
- 9º Prevenir choque e fornecer suporte ventilatório conforme demanda;
- 10º Realizar a avaliação secundária focando no histórico do paciente: alergia, medicações, passado médico, última alimentação, etc.;
- 11º Continuar com o atendimento e avaliação durante o transporte;
- 12º Estabilizar e priorizar a movimentação: 1º) prancha scoop, 2º) elevação a cavaleira, 3º) rolamentos no solo e posicioná-la sobre prancha longa;
- 13º Observar o algoritmo de Restrição de Movimentos na Coluna Vertebral;



Elaborado por: <b>Comissão de Revisão Técnica</b>	Última versão: <b>abril/2020</b>	Portaria: <b>340/2019</b>	Página: <b>106 de 140</b>
--	-------------------------------------	------------------------------	------------------------------

ESTADO DE GOIÁS SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA CORPO DE BOMBEIROS MILITAR	ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
	NÚMERO DO CAPÍTULO: <b>04</b>

**NATUREZA: DIABETES MELLITUS - HIPERGLICEMIA**

14º Posicionar a vítima na maca, sem prancha em decúbito dorsal, cabeceira elevada com suporte craniano fixado na maca;

15º Informar as condições da vítima ao Centro de Operações, pedir suporte avançado e/ou transportá-la para o hospital regulado ou de referência.

**ATENÇÃO!!!!**

✓ Em caso de hiperglicemia a vítima adulta podem apresentar sinais de desidratação.

**3- CONDIÇÕES ESPECIAIS - VÍTIMA PEDIÁTRICA:****3.1 RECONHECIMENTO**

Glicemia capilar maior que 200 mg/dl, taquicardia, taquipneia e dor abdominal, além dos demais sinais e sintomas presentes na vítima adulta;

Paciente conhecidamente diabético, com glicemia maior que 600 mg/dl, com histórico de uso irregular de medicação e/ou transgressão de dieta, com os demais sintomas menos intensos, predominando poliúria e polidipsia, podendo apresentar alteração do nível de consciência.

**3.2 CONDUTA**

- Semelhante a conduta adotada para as vítimas adultas.

**ATENÇÃO!!!!**

✓ No caso da vítima pediátrica, os sinais de desidratação são: mucosas secas, olhos encovados, diminuição do turgor da pele, extremidades frias e pulsos finos.

✓ Os socorristas devem atentar para o direito da criança de ter um acompanhante (responsável legal).



Elaborado por: <b>Comissão de Revisão Técnica</b>	Última versão: <b>abril/2020</b>	Portaria: <b>340/2019</b>	Página: <b>107 de 140</b>
--	-------------------------------------	------------------------------	------------------------------

ESTADO DE GOIÁS SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA <u>CORPO DE BOMBEIROS MILITAR</u>	<b>ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR</b>
	NÚMERO DO CAPÍTULO: <b>04</b>

**NATUREZA: HIPOGLICEMIA****1- RECONHECIMENTO:**

Quando a vítima apresentar glicemia capilar < 60 mg/dl acompanhada por sinais e sintomas como: vítima em jejum, palidez, sudorese, tremores, tontura, cefaleia, salivação abundante, náuseas e vômitos, dificuldade de fala, descoordenação motora, paralisia, parestesia e/ou hemiparesias, alteração no nível de consciência (de confusão mental a convulsões e inconsciência) e taquicardia.

**2- CONDUTA:**

- 1º Avaliar e priorizar a segurança no atendimento a ocorrência;
- 2º Iniciar a Avaliação Primária (**XABCDE**) e intervir conforme necessidade;
- 3º Manter a permeabilidade das vias aéreas (removendo corpos estranhos e aspirando secreções, se necessário);
- 4º Se a vítima estiver inconsciente, posicioná-la na maca na posição lateral de segurança (decúbito lateral esquerdo);
- 5º Fornecer suporte ventilatório (oxigenoterapia) com fluxo de oxigênio de 12 a 15 L/min via máscara se SatO<sub>2</sub> < 94%;
- 6º Se houver glicosímetro disponível no local, verifique se a medida da glicemia foi obtida;
- 7º Monitorar a Pressão Arterial e a saturação através da oximetria de pulso;
- 8º Realizar a avaliação secundária focando no histórico do paciente (alergia, medicações, passado médico, última alimentação, etc.);
- 9º Informar as condições da vítima ao Centro de Operações, pedir suporte avançado e/ou transportá-la para o hospital regulado ou de referência.



Elaborado por: <b>Comissão de Revisão Técnica</b>	Última versão: <b>abril/2020</b>	Portaria: <b>340/2019</b>	Página: <b>108 de 140</b>
--	-------------------------------------	------------------------------	------------------------------

ESTADO DE GOIÁS SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA CORPO DE BOMBEIROS MILITAR	ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
	NÚMERO DO CAPÍTULO: <b>04</b>

**NATUREZA: HIPOGLICEMIA**

### **3- CONDIÇÕES ESPECIAIS - VÍTIMA PEDIÁTRICA:**

#### **3.1 RECONHECIMENTO:**

##### **I. Vítima com idade $\geq 1$ (um) mês de vida com glicemia capilar $< 60$ mg/dl:**

Reconhecer os seguintes sinais e sintomas de hipoglicemia: sudorese, ansiedade, taquicardia, fraqueza, cefaleia, confusão mental, fadiga, alteração comportamental, crises convulsivas e coma;

##### **II. Vítima com idade $< 1$ (um) mês de vida com glicemia capilar $< 50$ mg/dl:**

Reconhecer os seguintes sinais e sintomas: letargia, apatia, hipotonia, irritabilidade ou tremores, choro intenso, cianose, apneia e irregularidade respiratória, taquipneia, hipotermia, sucção débil, recusa alimentar, coma.

#### **3.2 CONDUTA:**

- 1º Avaliar e priorizar a segurança no atendimento a ocorrência;
- 2º Iniciar a Avaliação Primária (**XABCDE**) e intervir conforme necessidade;
- 3º Avaliar responsividade. Se a vítima não estiver responsiva comunicar imediatamente o médico regulador;
- 4º Sempre que a vítima pediátrica estiver inconsciente, avaliar a glicemia capilar o mais rápido possível;
- 5º Caso a vítima pediátrica esteja consciente e, após aferida a glicemia capilar, for constatada a hipoglicemia, comunicar imediatamente o médico regulador;
- 6º Aplicar os demais procedimentos relacionados na conduta para vítima adulta.



**ATENÇÃO!!!!**

✓ Os socorristas devem atentar para o direito da criança de ter um acompanhante (responsável legal)



Elaborado por: <b>Comissão de Revisão Técnica</b>	Última versão: <b>abril/2020</b>	Portaria: <b>340/2019</b>	Página: <b>109 de 140</b>
--	-------------------------------------	------------------------------	------------------------------

ESTADO DE GOIÁS SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA CORPO DE BOMBEIROS MILITAR	ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
	NÚMERO DO CAPÍTULO: <b>04</b>

**NATUREZA: HIPERTENSÃO ARTERIAL (CRISE HIPERTENSIVA)****1- RECONHECIMENTO:**

A vítima poderá apresentar: cefaleia, tontura, zumbido nos ouvidos, dispneia, angina, insônia, irritabilidade, náuseas, ansiedade, alteração visual, epistaxe, formigamento na face e extremidades, sensação de mal-estar, agitação e tosse.

✓ A crise hipertensiva divide-se em urgência hipertensiva ou emergência hipertensiva:

**ATENÇÃO!!!!**

**I.Urgência hipertensiva:** Geralmente apresentam pressão arterial (PA) > 180/110 mm/Hg.

**II.Emergência hipertensiva:** Geralmente apresentam valores pressóricos de PA > 220/120 mm/Hg, com lesão aguda de órgão-alvo (potencialmente letais).

**2- CONDUTA:**

- 1º Avaliar e priorizar a segurança no atendimento a ocorrência;
- 2º Iniciar a Avaliação Primária (**XABCDE**) e intervir conforme necessidade;
- 3º Colocar a vítima em repouso, afrouxar suas vestes, transmitindo segurança a mesma;
- 4º Verificar se a vítima possui histórico de crises hipertensivas, frequência das crises e uso de medicação;
- 5º Aferir a pressão arterial (esfigmomanômetro) preferencialmente sentada;
- 6º Se fizer uso habitual de medicação anti-hipertensiva, e ainda não tiver usado a medicação, o socorrista pode auxiliar para sua administração;
- 7º Observar se ocorrem sintomas de alteração neurológica ou dor torácica;
- 8º Monitorizar a saturação através da oximetria de pulso;
- 9º Prevenir choque e fornecer suporte ventilatório conforme demanda;
- 10º Não elevar os membros inferiores (o aumento de retorno do sangue venoso pode piorar a congestão pulmonar);
- 11º Realizar a avaliação secundária, somente se a vítima estiver estável;
- 12º Continuar com o atendimento e avaliação durante o transporte;

Elaborado por: <b>Comissão de Revisão Técnica</b>	Última versão: <b>abril/2020</b>	Portaria: <b>340/2019</b>	Página: <b>110 de 140</b>
--	-------------------------------------	------------------------------	------------------------------



**NATUREZA: HIPERTENSÃO ARTERIAL (CRISE HIPERTENSIVA)**

- 10º Estabilizar e priorizar a movimentação: 1º) prancha scoop, 2º) elevação a cavaleira, 3º) rolamentos no solo e posicioná-la sobre prancha longa;
- 11º Observar o algoritmo de Restrição de Movimentos na Coluna Vertebral;
- 12º Posicionar a vítima na maca, sem prancha em decúbito dorsal, cabeceira elevada com suporte craniano fixado na maca;
- 13º Informar as condições da vítima ao Centro de Operações, pedir suporte avançado e/ou transportá-la para o hospital regulado ou de referência.



**ATENÇÃO!!!!**

- ✓ Aferir a pressão arterial da vítima, por 3 vezes com intervalo de 1 minuto entre cada aferição, considerar a menor delas, para fins de emergência;
- ✓ Procurar acalmar e aferir a pressão da vítima, preferencialmente sentada;
- ✓ Define-se HA na gestação como a presença de PAS  $\geq 140$  mmHg e/ou PAD  $\geq 90$  mmHg. As síndromes hipertensivas na gestação acarretam expressiva morbimortalidade tanto materna quanto fetal (Eclâmpsia, pré-eclâmpsia grave, síndrome “HELLP” e hipertensão grave em final de gestação). Diante disso, quando detectada, o transporte da vítima ser realizado o mais breve possível.

**3- PARÂMETROS DE REFERÊNCIA DA PRESSÃO ARTERIAL:**

Classificação	PAS - mmHg	PAD - mmHg	Atenção!
Ótima	< 120	< 80	Continuar com a avaliação.
Normal	< 130	< 85	Continuar com a avaliação.
Limítrofe	130-139	85-89	Continuar com a avaliação.
Hipertensão leve	< 140-159	< 90-99	Suporte de O <sub>2</sub>
Hipertensão moderada	< 160-179	< 100-109	Suporte de O <sub>2</sub> , risco AVC
Urgência hipertensiva	$\geq 180$	$\geq 110$	Suporte de O <sub>2</sub> , risco AVC e IAM
<b>Emergência hipertensiva</b>	<b><math>\geq 220</math></b>	<b><math>\geq 120</math></b>	<b>Suporte de O<sub>2</sub>, risco AVC e IAM</b>
Hipotensão	< 70	- - -	Suporte de O <sub>2</sub> , avaliar suspeita de vítima chocada.

Fonte: Sociedade Brasileira de Cardiologia/19, adaptação - Comissão de Avaliação do Protocolo/2020  
- PAS (Pressão Arterial Sistólica) / - PAD (Pressão Arterial Diastólica).



**ATENÇÃO!!!!**

- ✓ No atendimento Pré-hospitalar, pode-se utilizar o esfigmomanômetro digital ou manual (aneroide).



ESTADO DE GOIÁS SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA <u>CORPO DE BOMBEIROS MILITAR</u>	ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
	NÚMERO DO CAPÍTULO: <b>05</b>

**NATUREZA: AGITAÇÃO E SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA**

## 1- RECONHECIMENTO:

A vítima apresenta quadro de hiperatividade, inquietude, angústia, irritabilidade e verborreia ou em uma atitude hostil (física e/ou verbal), ameaçadora ou em franca agressão.



**ATENÇÃO!!!!**

✓ O acontecimento da violência, muitas vezes, está associado ao uso de drogas e/ou álcool e também da condição socioeconômica dos indivíduos envolvidos. Irritabilidade exacerbada, medo e estresse são sentimentos que podem estar na base dessas situações.

## 2- CONDUTA:

1º Avaliar e priorizar a segurança no atendimento a ocorrência;

2º Iniciar a Avaliação pelo mnemônico **ACENA**;

3º **Ocorrência com VÍTIMA DESARMADA:**

I. Aproximar da vítima de forma tranquila e natural, identificar-se, chamar a vítima pelo nome, estabelecer uma relação de confiança e oferecer ajuda;

II. Demonstrar interesse e consideração pela situação, tentando estabelecer uma relação de confiança e deixando claro que você está ali para ajudar, na tentativa de tranquilizá-la;

III. Ouça atentamente o que a vítima tem a dizer, incluindo sua linguagem corporal, procure não interromper sua fala, deixe-a falar à vontade;

IV. Quando se dirigir a ela, utilizar frases curtas, simples e repetir propostas;

V. Identificar um parente, amigo ou profissional preferencialmente indicado pela vítima, que possa oferecer suporte e negociar as necessidades de apoio e as formas de lidar com a situação;

VI. Observar o contexto e tentar identificar o que está acontecendo, tentando associar o estado de agitação a quatro situações básicas:

a) **Raiva** - hostilidade, fala exaltada, tensão muscular, etc.;

b) **Euforia** – hiperatividade, verborreia, ideia de grandeza, insônia, etc.;

c) **Medo** – atitude de desconfiança, sensação de ameaça, etc.;

d) **Confusão mental** – desorientação, discurso incoerente, etc.



Elaborado por: <b>Comissão de Revisão Técnica</b>	Última versão: <b>abril/2020</b>	Portaria: <b>340/2019</b>	Página: <b>112 de 140</b>
--	-------------------------------------	------------------------------	------------------------------

ESTADO DE GOIÁS SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA <u>CORPO DE BOMBEIROS MILITAR</u>	ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
	NÚMERO DO CAPÍTULO: <b>05</b>

## NATUREZA: AGITAÇÃO E SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA

VII. Apresentar claramente os limites e opções da vítima mantendo postura firme e segura para negociação, sem desafiá-la e/ou confrontá-la;

VIII. Atenuar os sentimentos de raiva, euforia e medo:

- a) **Raiva** – explicitar que reconhece a raiva procurando dialogar em busca de outras soluções;
- b) **Euforia** – manter o diálogo com atitudes claras, indicando limites e possibilidades, proporcionando um ambiente mais tranquilo que favoreça o diálogo;
- c) **Medo** – explicitar que reconhece o medo, ter atitude protetiva, escuta e fala acolhedora;

IX. Não realizar julgamentos e não prometer algo que não possa cumprir.

X. Quando possível, realizar a avaliação primária e secundária como estratégia para mudar o foco e tranquilizar a vítima.

XI. Em situação de agressão iminente, buscar o apoio e aproximação de outras pessoas na mediação, de modo a transmitir a mensagem de superioridade de força.

XII. Persistindo ou superado o estado de agitação e/ou situação de violência, dê sequência no atendimento, continuando a Avaliação Primária (**XABCDE**) e intervir conforme necessidade;

### 4º Ocorrência com VÍTIMA suspeita de estar portando arma (ARMADA):

- I. Em caso de presença de objetos que podem ser utilizados para agressão ou autoagressão, solicitar apoio policial e suporte avançado;
- II. Negociar com a vítima a entrega ou abandono do objeto, exceto se for arma de fogo;
- III. No caso de armas de fogo ou de resistência à entrega ou abandono do objeto, a autoridade policial deverá assumir a mediação preferencialmente;

5º Após a vítima ter sido desarmada, se necessário, prestar os primeiros socorros segundo protocolo, se for necessário imobilizar a vítima, comunicar aos familiares e/ou responsáveis e registrar o consentimento por escrito;



Elaborado por: <b>Comissão de Revisão Técnica</b>	Última versão: <b>abril/2020</b>	Portaria: <b>340/2019</b>	Página: <b>113 de 140</b>
--	-------------------------------------	------------------------------	------------------------------

ESTADO DE GOIÁS SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA <u>CORPO DE BOMBEIROS MILITAR</u>	ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
	NÚMERO DO CAPÍTULO: <b>05</b>

## NATUREZA: AGITAÇÃO E SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA

- 6º Se for seguro, **envolva** um familiar ou responsável na **contenção** física da vítima, sendo necessário, solicitar ao Centro de Operações, apoio policial para acompanhar (escolta) a guarnição até a unidade hospitalar;
- 7º Monitorizar a saturação através da oximetria de pulso;
- 8º Prevenir choque e fornecer suporte ventilatório conforme demanda;
- 9º Realizar a avaliação secundária, somente se a vítima estiver estável;
- 10º Continuar com o atendimento e avaliação durante o transporte;
- 11º Estabilizar e priorizar a movimentação: 1º) prancha scoop, 2º) elevação a cavaleira, 3º) rolamentos no solo e posicioná-la sobre prancha longa;
- 12º Observar o algoritmo de Restrição de Movimentos na Coluna Vertebral;
- 13º Posicionar a vítima na maca, sem prancha em decúbito dorsal, cabeceira elevada com suporte craniano fixado na maca;
- 14º Informar as condições da vítima ao Centro de Operações, pedir suporte avançado e/ou transportá-la para o hospital regulado ou de referência.



- ✓ Investir na conversa com alguém agitado é uma estratégia potente para a redução da agitação, mesmo não havendo resposta verbal da vítima.



Elaborado por: <b>Comissão de Revisão Técnica</b>	Última versão: <b>abril/2020</b>	Portaria: <b>340/2019</b>	Página: <b>114 de 140</b>
--	-------------------------------------	------------------------------	------------------------------

ESTADO DE GOIÁS SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA <u>CORPO DE BOMBEIROS MILITAR</u>	ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
	NÚMERO DO CAPÍTULO: <b>05</b>

**NATUREZA: AUTOAGRESSÃO E RISCO DE SUICÍDIO**

## 1- RECONHECIMENTO:

Vítima em situação ou comportamento que denote risco a sua integridade física ou vida.



**ATENÇÃO!!!!**

- ✓ Aproximar-se do local da ocorrência com dispositivos sonoros e luminosos desligados, fora do campo visual da vítima.

## 2- CONDUTA:

1º Avaliar e priorizar a segurança no atendimento a ocorrência;

2º Iniciar a Avaliação pelo mnemônico **ACENA**;

3º Em caso de presença de objetos ou condições que promovam risco de heteroagressão, autoagressão ou suicídio, solicite apoio de especialistas:

I. **Guarnições especializadas:** risco de queda em altura, meio aquático, presença de produtos perigosos, incêndios e outros;

II. **Suporte Avançado de Vida:** vítima que necessitar de intervenção no local da ocorrência.

III. **Polícia Militar:** refém, armas de fogo, armas brancas e outros;



**ATENÇÃO!!!!**

- ✓ Nos casos de resistência à entrega ou ao abandono do objeto, o apoio especializado e/ou a autoridade policial têm prioridade na mediação.
- ✓ Seguir condutas do POP Salvamento (tentativa de Autoextermínio).
- ✓ Abordar a vítima conforme os princípios previstos no protocolo de **Manejo da Crise** em Saúde Mental.

4º Controlar o acesso ao local, afastar curiosos ou qualquer estímulo que possa contribuir para o aumento do estresse na cena;

5º Avaliar, a partir da mediação, a presença de fatores de risco e fatores de proteção até que ponto a vítima intenciona agir a respeito de seus pensamentos autodestrutivos ou de suicídio;

6º Diante do aceite de ajuda por parte da vítima, realizar, assim que possível, a avaliação primária (XABCDE), atentando a sinais de intoxicação exógena e automutilação;

7º Monitorar o tempo todo a segurança da cena e mantenha atenção redobrada sobre **mudanças de comportamento da vítima**;

Elaborado por: <b>Comissão de Revisão Técnica</b>	Última versão: <b>abril/2020</b>	Portaria: <b>340/2019</b>	Página: <b>115 de 140</b>
--	-------------------------------------	------------------------------	------------------------------



ESTADO DE GOIÁS SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA <u>CORPO DE BOMBEIROS MILITAR</u>	ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
	NÚMERO DO CAPÍTULO: <b>05</b>

**NATUREZA: AUTOAGRESSÃO E RISCO DE SUICÍDIO**

- 8º Monitorizar a saturação através da oximetria de pulso;
- 9º Prevenir choque e fornecer suporte ventilatório conforme demanda;
- 10º Realizar a avaliação secundária, somente se a vítima estiver estável;
- 11º Continuar com o atendimento e avaliação durante o transporte;
- 12º Estabilizar e priorizar a movimentação: 1º) prancha scoop, 2º) elevação a cavaleira, 3º) rolamentos no solo e posicioná-la sobre prancha longa;
- 13º Observar o algoritmo de Restrição de Movimentos na Coluna Vertebral;
- 14º Posicionar a vítima na maca, sem prancha em decúbito dorsal, cabeceira elevada com suporte craniano fixado na maca;
- 15º Informar as condições da vítima ao Centro de Operações, pedir suporte avançado e/ou transportá-la para o hospital regulado ou de referência.

✓ Cuidados durante o transporte da vítima para hospital regulado ou de referência:

- a. Negociar a fixação dos cintos de segurança da maca;
- b. Retirar do alcance da vítima quaisquer objetos soltos que possam ser utilizados para autoagressão ou agressão de outrem;
- c. Evitar o uso de sirene e manobras muito bruscas durante o trajeto;
- d. Evitar novos assuntos dentro da viatura, pois eles podem incitar reações inesperadas; busque apenas responder solicitações da vítima e reitere a postura de ajuda;
- e. Se a pessoa estiver contida, atente para o monitoramento contínuo do nível de consciência, dos sinais vitais, da perfusão sanguínea e dos membros contidos (avaliar a ocorrência de dor, calor, edema, ferimento e evitar o garroteamento).



**ATENÇÃO!!!!**

✓ Caso o suicídio seja consumado acionar a Polícia Civil e Polícia Técnico-Científica via Central de Operações.



Elaborado por: <b>Comissão de Revisão Técnica</b>	Última versão: <b>abril/2020</b>	Portaria: <b>340/2019</b>	Página: <b>116 de 140</b>
--	-------------------------------------	------------------------------	------------------------------

ESTADO DE GOIÁS SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA <u>CORPO DE BOMBEIROS MILITAR</u>	ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
	NÚMERO DO CAPÍTULO: <b>05</b>

**NATUREZA: MANEJO DA CRISE EM SAÚDE MENTAL**

## 1- RECONHECIMENTO:

Vítima em sofrimento intenso, gerando uma desestruturação psíquica e social, podendo afetar seus familiares, caracterizada por distúrbios de pensamento, emocional e comportamental;

Estado emocional de desequilíbrio, evidenciado pela inabilidade em resolver o problema diante a situação que envolve mudança, perda ou ameaça biológica, psicológica, social, cultural ou espiritual;

Perda de contato com a realidade, presença de delírios e alucinações, comportamento desorganizado, fala desorganizada, medo, choro, tristeza, apatia, insegurança, além de agitações e tentativa de suicídio.



**ATENÇÃO!!!!**

✓ Aproximar-se do local da ocorrência com dispositivos sonoros e luminosos desligados, fora do campo visual da vítima.

## 2- CONDUCTA:

1º Avaliar e priorizar a segurança no atendimento a ocorrência;

2º Iniciar a Avaliação pelo mnemônico **ACENA**;

3º Localizar familiares e/ou amigos que possam fornecer informação sobre a vítima visando facilitar o manejo da crise;

4º Definir um mediador, levando em consideração a receptividade da vítima;

5º Aproximar da vítima de forma tranquila e natural, identificar-se, chamar a vítima pelo nome, estabelecer uma relação de confiança e oferecer ajuda;

6º Iniciar a comunicação buscando criar vínculo com a vítima e identificar qual a emoção presente na cena (raiva, medo, ansiedade, angústia, tristeza, irritação, indiferença);

7º Ouvir a vítima e acolher o que ela fala de forma respeitosa, sem perder o objetivo da equipe no local, mantendo sempre o olhar na vítima;

8º Evitar conversas paralelas entre os membros da equipe na frente da vítima e prestar atenção à linguagem verbal e não verbal (gestos, expressões faciais, atitude corporal) da equipe e de todos os sujeitos envolvidos;



Elaborado por: <b>Comissão de Revisão Técnica</b>	Última versão: <b>abril/2020</b>	Portaria: <b>340/2019</b>	Página: <b>117 de 140</b>
--	-------------------------------------	------------------------------	------------------------------

ESTADO DE GOIÁS SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA <u>CORPO DE BOMBEIROS MILITAR</u>	ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
	NÚMERO DO CAPÍTULO: <b>05</b>

**NATUREZA: MANEJO DA CRISE EM SAÚDE MENTAL**

9º Identificar situações relacionadas ao contexto da crise e fatores desencadeantes, como eventos desfavoráveis, estressores cotidianos ou conflitos com outras pessoas. Uma vez identificados, explicitar que reconhece a situação conflituosa, dialogando em busca de outras soluções, mantendo o tom normal da voz, sem tomar partido e promovendo consensos possíveis e apresentar claramente os limites e opções da vítima;

10º Realizar Avaliação Primária e Secundária observando o estado mental (ex: lucidez, orientação e noção da realidade) e considerando as condições clínicas específicas de cada situação;

11º Coletar dados relacionados às condições de saúde do indivíduo, como antecedentes relevantes (transtorno mental diagnosticado, uso de substâncias psicoativas, crises anteriores, doenças clínicas e tratamentos prévios) e capacidade de autocuidado;

12º Coloque a vítima em uma posição de conforto, se possível;

13º Considerar e solicitar ao Centro de Operações apoio da autoridade policial e de suporte avançado;

14º Imobilizar a vítima na maca somente se a mesma oferecer perigo para si, para a guarnição e para outras pessoas, após avaliação multiprofissional, preferencialmente;

15º No caso de necessidade de imobilizar a vítima, comunicar aos familiares e/ou responsáveis e registrar o consentimento desta ação por escrito;

16º Se for seguro, envolver um familiar ou responsável na contenção física da vítima.

17º Monitorizar a saturação através da oximetria de pulso;

18º Prevenir choque e fornecer suporte ventilatório conforme demanda;

19º Realizar a avaliação secundária, somente se a vítima estiver estável;

20º Continuar com o atendimento e avaliação durante o transporte;

21º Observar o algoritmo de Restrição de Movimentos na Coluna Vertebral;

22º Informar as condições da vítima ao Centro de Operações, pedir suporte avançado e/ou transportá-la para o hospital regulado ou de referência.



Elaborado por: <b>Comissão de Revisão Técnica</b>	Última versão: <b>abril/2020</b>	Portaria: <b>340/2019</b>	Página: <b>118 de 140</b>
--	-------------------------------------	------------------------------	------------------------------

ESTADO DE GOIÁS SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA <u>CORPO DE BOMBEIROS MILITAR</u>	ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
	NÚMERO DO CAPÍTULO: <b>06</b>

**NATUREZA: ASSISTÊNCIA AO PARTO NO APH****1- RECONHECIMENTO DE PARTO IMINENTE:**

Coroamento (apresentação cefálica no canal de parto); duas ou três contrações regulares e dolorosas com duração geralmente de até 1 minuto, em intervalos de tempo de 10 minutos.

**2- CONDUTA:**

1º Sempre avaliar e priorizar a segurança no atendimento a ocorrência;

2º Iniciar a Avaliação Primária (**XABCDE**) e intervir conforme necessidade;

**2.1 ENTREVISTA:** Extrair o maior número de informações possíveis da parturiente (e ou do cônjuge ou acompanhante):

- I. Dados pessoais (principalmente nome completo e idade da paciente);
- II. Quantidade de gestações?
- III. Quantidade de partos?
- IV. Tipos de partos anteriores?
- V. Realizou o acompanhamento pré-natal?
- VI. Possui a caderneta da gestante?
- VII. Houve alguma complicação na gestação? Qual?
- VIII. Possui alguma doença pré-existente?
- IX. Quando iniciaram as contrações? Qual a frequência e intensidade?
- X. Já houve ruptura da bolsa amniótica?

**ATENÇÃO!!!!**

- ✓ A privacidade da parturiente e da cena de parto devem sempre ser mantidas pela equipe de socorristas;
- ✓ Todas as respostas a estes questionamentos devem ser anotadas pelo socorrista e repassadas à equipe de saúde no socorro especializado.

**2.2 PARAMENTAÇÃO E PREPARAÇÃO DO AMBIENTE:**

I. Sempre que possível, mantenha um familiar junto da parturiente durante todo o atendimento;

II. Os socorristas devem lavar muito bem as mãos (utilizar a técnica de fricção das mãos com álcool gel) e em seguida fazer uso dos EPI necessários ao procedimento (luvas, máscaras, óculos e jaleco descartável);

Elaborado por: <b>Comissão de Revisão Técnica</b>	Última versão: <b>abril/2020</b>	Portaria: <b>340/2019</b>	Página: <b>119 de 140</b>
--	-------------------------------------	------------------------------	------------------------------



ESTADO DE GOIÁS SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA <u>CORPO DE BOMBEIROS MILITAR</u>	<b>ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR</b>
	NÚMERO DO CAPÍTULO: <b>06</b>

**NATUREZA: ASSISTÊNCIA AO PARTO NO APH**

- III.O kit parto da viatura deve ser aberto e utilizado pelos socorristas;
- IV.Posicione a parturiente para o parto (posição ginecológica – joelhos flexionados e bem separados);
- V.Solicite a parturiente que remova parte da roupa que possa dificultar o parto;
- VI.Mantenha a cabeça e o tórax da parturiente ligeiramente elevados em relação ao restante do corpo;
- VII.Assegure a privacidade da parturiente cobrindo-a com um lençol ou cobertor térmico aluminizado;
- VIII.Lave a área genital externa com solução fisiológica, enxugando-a em seguida. Essa conduta deve ser realizada com luvas de procedimento.

**2.3 SAÍDA DO BEBÊ:**

- I. Os socorristas devem desprezar em local adequado as luvas de procedimento utilizadas na etapa anterior e calçar as luvas cirúrgicas estéreis do kit parto;
- II. Oriente a parturiente para que durante as contrações faça força, contudo sem bloquear a respiração, e nos intervalos respire de maneira lenta e profunda (ainda durante o intervalo das contrações, o socorrista deverá fornecer oxigênio à parturiente);
- III. Tente visualizar o bebê (coroamento);
- IV. Durante a saída, apoie com a mão a cabeça do bebê, evitando que ele saia bruscamente;
- V. Se o cordão umbilical estiver envolvendo o pescoço do bebê (circular de cordão), o socorrista deve liberá-lo com cuidado, caso não seja possível e esteja dificultando o parto, os clamps deverão ser posicionados e o cordão umbilical seccionado, tomando-se ainda cuidado para não lesionar o recém-nascido;
- VI. Nunca tente puxar a cabeça do bebê;



Elaborado por: <b>Comissão de Revisão Técnica</b>	Última versão: <b>abril/2020</b>	Portaria: <b>340/2019</b>	Página: <b>120 de 140</b>
--	-------------------------------------	------------------------------	------------------------------

ESTADO DE GOIÁS SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA <u>CORPO DE BOMBEIROS MILITAR</u>	<b>ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR</b>
	NÚMERO DO CAPÍTULO: <b>06</b>

**NATUREZA: ASSISTÊNCIA AO PARTO NO APH**

✓ Quando do nascimento, o bebê apresenta-se escorregadio em razão do vérnix caseoso (substância gordurosa que cobre e protege a pele do bebê), por esse motivo o socorrista deve estar atento e segurar firmemente o recém-nascido prevenindo possíveis quedas.

**2.4 ASSISTÊNCIA AO RECÉM-NASCIDO:**

I. Após o nascimento, espera-se naturalmente o choro do bebê, que é um ótimo indicativo de vitalidade. Caso não chore, posicione o bebê lateralmente e realize alguns estímulos friccionando suas costas com a mão ou realizando cócegas na sola dos seus pés. Se após essa conduta o bebê ainda não chora, tão pouco apresenta sinais vitais, inicie imediatamente protocolo de reanimação cardiopulmonar para recém-nascidos;

II. Limpe somente a face (com gaze estéril) e aspire as secreções das vias aéreas do RN, não sendo necessário remover o muco (vérnix caseoso) que recobre o corpo do bebê;

III. Identifique com as pulseiras do kit parto mãe e RN (de praxe, o nome completo da mãe é grafado nas duas pulseiras, que possuem a mesma numeração) e anote no relatório de ocorrências o horário exato do nascimento;

IV. Realize rápida inspeção visual no RN e registre no relatório de ocorrências possíveis anormalidades (malformação congênita, fraturas, luxações etc.);

V. Envolve o RN com o cobertor térmico aluminizado para prevenir a hipotermia e entregue aos cuidados da mãe para a amamentação;

VI. Não existe a necessidade de corte imediato do cordão umbilical. Estudos recentes sugerem que o corte precoce do cordão umbilical pode estar associado com alguns tipos de anemias neonatais.



✓ Em geral corta-se o cordão umbilical quando cessa sua pulsação e/ou quando o transporte até a maternidade mais próxima for demorar mais do que 30 minutos.



Elaborado por: <b>Comissão de Revisão Técnica</b>	Última versão: <b>abril/2020</b>	Portaria: <b>340/2019</b>	Página: <b>121 de 140</b>
--	-------------------------------------	------------------------------	------------------------------

ESTADO DE GOIÁS SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA <u>CORPO DE BOMBEIROS MILITAR</u>	ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
	NÚMERO DO CAPÍTULO: <b>06</b>

**NATUREZA: ASSISTÊNCIA AO PARTO NO APH****2.5 CORTE DO CORDÃO UMBILICAL:**

I.Caso haja a necessidade do corte do cordão umbilical, o socorrista deve a partir do abdome do bebê medir 4 dedos (aproximadamente 8 cm) e posicionar o primeiro clamp;

II.Em seguida medir 2 dedos (aproximadamente 4 cm) e posicionar o segundo clamp;

III.Realizando a secção do cordão com o uso do bisturi estéril do kit parto entre os dois pontos clampeados;

IV.O clamp deve ser mantido no coto umbilical do RN até a chegada na maternidade, onde receberá cuidados mais específicos.

**2.6 ASSISTÊNCIA PÓS-PARTO:**

I. Em geral, nos próximos 30 minutos após o nascimento haverá a expulsão da placenta. Guarde-a em saco plástico apropriado para posterior avaliação pela equipe de saúde na maternidade. Não se deve puxar o cordão umbilical na tentativa de acelerar a saída da placenta;

II. Não remover o clamp do cordão umbilical ligado à placenta;

III. Use o absorvente higiênico do kit parto para promover o controle do sangramento vaginal;

IV. Oriente a puérpera para estender os membros inferiores, mantendo-os juntos e assim realize suaves massagens sobre o abdome, a fim de auxiliar a diminuição do sangramento;

V. Transporte a mãe, o bebê e a placenta (acondicionada em embalagem apropriada) para a maternidade.

✓ Após o parto, monitorar os sinais vitais do bebê e seguir protocolos conforme necessidade: Manejo das vias aéreas, OVACE, RCP etc.

✓ Prevenir choque e fornecer suporte ventilatório conforme demanda;

✓ Continuar com o atendimento e avaliação durante o transporte;

✓ Observar o algoritmo de Restrição de Movimentos na Coluna Vertebral;

✓ Informar as condições da vítima ao Centro de Operações, pedir suporte avançado e/ou transportá-la para o hospital regulado ou de referência.

**ATENÇÃO!!!!**

Elaborado por: <b>Comissão de Revisão Técnica</b>	Última versão: <b>abril/2020</b>	Portaria: <b>340/2019</b>	Página: <b>122 de 140</b>
--	-------------------------------------	------------------------------	------------------------------

ESTADO DE GOIÁS SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA <u>CORPO DE BOMBEIROS MILITAR</u>	<b>ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR</b>
	NÚMERO DO CAPÍTULO: <b>06</b>

**NATUREZA: ATENDIMENTO AO DEFICIENTE AUDITIVO****1- RECONHECIMENTO:**

Vítima que não consegue se comunicar com a guarnição, emitindo ruídos ou executando gestos característicos de portador deficiência auditiva.

**ATENÇÃO!!!!**

✓ Durante o atendimento de um caso de urgência/emergência, a vítima pode ser a única consciente, ou estar sozinha, e nesse caso, será difícil a ANAMNESE;

**2- CONDOTA:**

- 1º Avaliar e priorizar a segurança no atendimento a ocorrência;
- 2º Iniciar a Avaliação Primária (**XABCDE**) e intervir conforme necessidade;
- 3º As ações a serem adotadas pelos socorristas para facilitar a comunicação com o portador de necessidades especiais (Deficiente Auditivo - DA):
  - I. Retirar a máscara facial e falar olhando nos olhos do D.A;
  - II. Ter paciência e falar pausadamente;
  - III. Verificar a documentação em busca de dados e contatos familiares;
  - IV. Explore as informações da cinemática do trauma e os dados obtidos da análise dos sinais vitais e siga conforme avaliação.
- 4º Adotar a conduta de atendimento de acordo com o trauma ou emergência clínica identificada, seguindo respectivo protocolo;
- 5º Monitorizar a saturação através da oximetria de pulso;
- 5º Prevenir choque e fornecer suporte ventilatório conforme demanda;
- 6º Realizar a avaliação secundária, somente se a vítima estiver estável;
- 7º Continuar com o atendimento e avaliação durante o transporte;
- 8º Estabilizar e priorizar a movimentação: 1º) prancha scoop, 2º) elevação a cavaleira, 3º) rolamentos no solo e posicioná-la sobre prancha longa;
- 9º Observar o algoritmo de Restrição de Movimentos na Coluna Vertebral;
- 10º Posicionar a vítima na maca, sem prancha em decúbito dorsal, cabeça elevada com suporte craniano fixado na maca;
- 11º Informar as condições da vítima ao Centro de Operações, pedir suporte avançado e/ou transportá-la para o hospital regulado ou de referência.



Elaborado por: <b>Comissão de Revisão Técnica</b>	Última versão: <b>abril/2020</b>	Portaria: <b>340/2019</b>	Página: <b>123 de 140</b>
--	-------------------------------------	------------------------------	------------------------------

ESTADO DE GOIÁS SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA <u>CORPO DE BOMBEIROS MILITAR</u>	<b>ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR</b>
	NÚMERO DO CAPÍTULO: <b>06</b>

**NATUREZA: AFOGAMENTO****1- RECONHECIMENTO:**

Imersão ou submersão em meio líquido, podendo estar associada a alguns dos seguintes sinais e sintomas: dispneia (desconforto respiratório); taquipneia (FR > 28 rpm) ou bradipnéia (FR < 8 rpm); hipóxia ou cianose; ventilação superficial; espuma em cavidade nasal e oral; inconsciência ou alteração do nível de consciência; ausência de ventilação; ausência de circulação.

**2- CONDUTA:**

- 1º Avaliar e priorizar a segurança no atendimento a ocorrência;
- 2º Iniciar a Avaliação Primária (**XABCDE**) e intervir conforme necessidade;
- 3º Se necessário realizar o salvamento da vítima do meio líquido, por equipes e equipamentos adequados;
- 4º Tranquilizar a vítima consciente;
- 5º Na vítima em parada respiratória ou cardiorrespiratória, seguir protocolo específico de reanimação cardiopulmonar;
- 6º Fornecer suporte ventilatório (oxigenoterapia) com fluxo de oxigênio de 12 a 15 L/min via máscara se SatO<sub>2</sub> < 94%;
- 7º Na ausência de trauma associado e diante da demora para o transporte, providenciar repouso em posição de recuperação;
- 8º Controlar a hipotermia: retirada de roupas molhadas, uso de mantas térmicas e/ou outros dispositivos para aquecimento passivo;
- 9º Continuar com o atendimento e avaliação durante o transporte;
- 10º Monitorizar a saturação através da oximetria de pulso;
- 11º Prevenir choque e fornecer suporte ventilatório conforme demanda;
- 12º Realizar a avaliação secundária, somente se a vítima estiver estável;
- 13º Estabilizar e priorizar a movimentação: 1º) prancha scoop, 2º) elevação a cavaleira, 3º) rolamentos no solo e posicioná-la sobre prancha longa;
- 14º Observar o algoritmo de Restrição de Movimentos na Coluna Vertebral;



Elaborado por: <b>Comissão de Revisão Técnica</b>	Última versão: <b>abril/2020</b>	Portaria: <b>340/2019</b>	Página: <b>124 de 140</b>
--	-------------------------------------	------------------------------	------------------------------

ESTADO DE GOIÁS SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA CORPO DE BOMBEIROS MILITAR	ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
	NÚMERO DO CAPÍTULO: <b>06</b>

**NATUREZA: AFOGAMENTO**

15º Informar as condições da vítima ao Centro de Operações, pedir suporte avançado e/ou transportá-la para o hospital regulado ou de referência.



**ATENÇÃO!!!!**

- ✓ Atenção especial para a possibilidade de lesão de coluna cervical;
- ✓ Manter a posição lateral de segurança, sempre que possível do lado direito.

Grau	Característica	Tratamento
Resgate	Não aspirou água, sem tosse ou espuma	Repouso, aqueça e tranquilize a vítima, pode ser liberada.
<b>1</b>	Apresenta tosse, sem espuma	Repouso, aqueça e tranquilize a vítima, pode ser liberada.
<b>2</b>	Apresenta pouca espuma boca e/ou nariz	Oxigênio a 5L/min, PLS, tranquilize, aqueça e transporte ao hospital.
<b>3</b>	Apresenta muita espuma boca e/ou nariz, pulso radial presente.	Oxigênio via máscara facial a 15L/min, PLS, tranquilize, aqueça e transporte com urgência ao hospital.
<b>4</b>	Apresenta muita espuma boca e/ou nariz, pulso radial ausente.	Oxigênio via máscara facial a 15L/min, PLS, aqueça e transporte com urgência ao hospital.
<b>5</b>	Parada Respiratória	Ventile artificialmente com Oxigênio via máscara facial a 15L/min, siga protocolo de parada respiratória, aqueça e transporte com urgência ao hospital.
<b>6</b>	Parada Cardiorrespiratória	Inicie imediatamente protocolo de RCP, se sucesso, trate como grau 4.



Elaborado por: <b>Comissão de Revisão Técnica</b>	Última versão: <b>abril/2020</b>	Portaria: <b>340/2019</b>	Página: <b>125 de 140</b>
--	-------------------------------------	------------------------------	------------------------------

ESTADO DE GOIÁS SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA CORPO DE BOMBEIROS MILITAR	ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
	NÚMERO DO CAPÍTULO: <b>06</b>

**NATUREZA: CHOQUE ELÉTRICO****1- RECONHECIMENTO:**

Sinais ou relatos da vítima ter entrado em contato com material energizado: Inconsciência; lesões oftalmológicas; parada cardiorrespiratória; lesões musculoesqueléticas e queimaduras.

**2- CONDUTA:**

- 1º Avaliar e priorizar a segurança no atendimento a ocorrência;
- 2º Iniciar a Avaliação Primária (**XABCDE**) e intervir conforme necessidade;
- 3º Se necessário realizar o salvamento da vítima em contato com local energizado, seguir orientações do POP salvamento e aguardar equipes de salvamento e a concessionária de energia local;
- 4º Se possível, desligar ou afastar a fonte de energia da vítima;
- 5º Avaliar os sinais vitais da vítima e se necessário, iniciar RCP;
- 6º Tratar as queimaduras associadas, conforme o caso;
- 7º Continuar com o atendimento e avaliação durante o transporte.
- 8º Monitorizar a saturação através da oximetria de pulso;
- 9º Prevenir choque e fornecer suporte ventilatório conforme demanda;
- 10º Realizar a avaliação secundária, somente se a vítima estiver estável;
- 11º Estabilizar e priorizar a movimentação: 1º) prancha scoop, 2º) elevação a cavaleira, 3º) rolamentos no solo e posicioná-la sobre prancha longa;
- 12º Observar o algoritmo de Restrição de Movimentos na Coluna Vertebral;
- 13º Informar as condições da vítima ao Centro de Operações, pedir suporte avançado e/ou transportá-la para o hospital regulado ou de referência.

**ATENÇÃO!!!!**

- ✓ A guarnição deverá avaliar os riscos e se necessário, manter o isolamento do local e aguardar a equipe de salvamento.



Elaborado por: <b>Comissão de Revisão Técnica</b>	Última versão: <b>abril/2020</b>	Portaria: <b>340/2019</b>	Página: <b>126 de 140</b>
--	-------------------------------------	------------------------------	------------------------------

ESTADO DE GOIÁS SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA <u>CORPO DE BOMBEIROS MILITAR</u>	<b>ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR</b>
	NÚMERO DO CAPÍTULO: <b>06</b>

**NATUREZA: QUEIMADURA TÉRMICA**

## **1- RECONHECIMENTO:**

Ocorrência decorrente de trauma de origem térmica resultante da exposição ou contato com chamas, líquidos ou superfícies quentes associada a sinais e sintomas de ardência, eritemas (vermelhidão), flictenas (bolhas), tecidos queimados, com coloração branca ou esbranquiçada, dor e pele queimada carbonizada.

## **2- CONDUTA:**

- 1º Avaliar e priorizar a segurança no atendimento a ocorrência;
- 2º Iniciar a Avaliação Primária (**XABCDE**) e intervir conforme necessidade;
- 3º As queimaduras são tratadas na letra “E” da avaliação inicial;
- 4º Afastar a vítima do agente causador ou o agente da vítima;
- 5º No politraumatizado grave, priorizar: 1º) atendimento ao trauma; 2º) os efeitos sistêmicos da queimadura e 3º) a queimadura propriamente dita;
- 6º Observar o aspecto geral da face do paciente: cílios, sobrancelhas, pelos do nariz e as condições de ventilação;
- 7º Manter a permeabilidade das vias aéreas e ofertar oxigênio umidificado;
- 8º Na ausência de umidificador na viatura, administrar oxigênio colocando uma atadura umedecida com soro fisiológico, entre a máscara e a face da vítima;
- 9º Expor a área queimada, retirando as roupas que não estejam aderidas;
- 10º Retirar objetos como anéis, aliança, brincos, pulseiras, relógio, carteira, cinto e etc., desde que não estejam aderidos à pele;
- 11º Irrigar com soro fisiológico em abundância o local da lesão objetivando o resfriamento da área queimada, em seguida cobrir com compressas secas, estéreis e não aderentes;
- 12º Prevenir a hipotermia preferencialmente com cobertor térmico aluminizado;
- 13º Continuar com o atendimento e avaliação durante o transporte;
- 14º Monitorizar a saturação através da oximetria de pulso;



Elaborado por: <b>Comissão de Revisão Técnica</b>	Última versão: <b>abril/2020</b>	Portaria: <b>340/2019</b>	Página: <b>127 de 140</b>
--	-------------------------------------	------------------------------	------------------------------

**NATUREZA: QUEIMADURA TÉRMICA**

- 15º Prevenir choque e fornecer suporte ventilatório conforme demanda;
- 16º Realizar a avaliação secundária, somente se a vítima estiver estável;
- 17º Estabilizar e priorizar a movimentação: 1º) prancha scoop, 2º) elevação a cavaleira, 3º) rolamentos no solo e posicioná-la sobre prancha longa;
- 18º Observar o algoritmo de Restrição de Movimentos na Coluna Vertebral;
- 19º Informar as condições da vítima ao Centro de Operações, pedir suporte avançado e/ou transportá-la para o hospital regulado ou de referência.

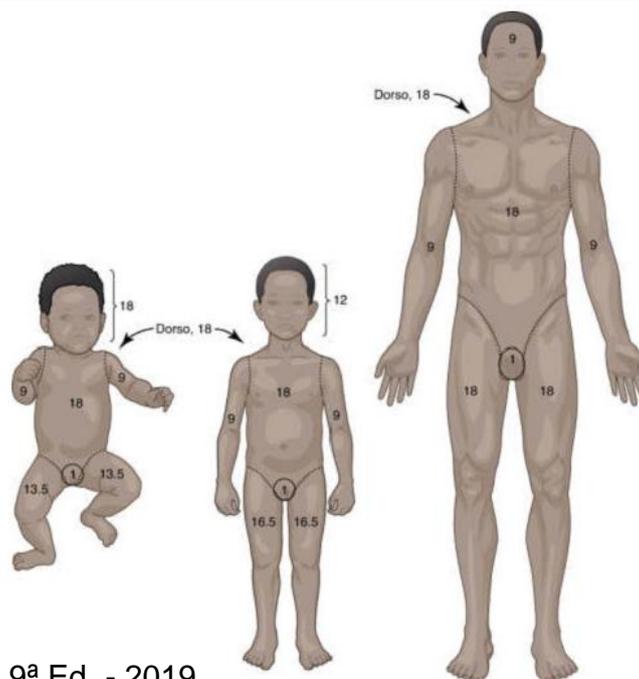


**ATENÇÃO!!!!**

- ✓ Não romper ou perfurar bolhas durante o atendimento da vítima.
- ✓ Determinação da área queimada pela Regra dos 9 (conforme tabela abaixo).

**3- SUPERFÍCIE CORPORAL - REGRA DOS “NOVE”:**

Área Corporal	% no Adulto	% na Criança	% no Bebê
<b>Cabeça e pescoço</b>	9	12	18
<b>MMSS</b>	9 cada	9 cada	9 cada
<b>MMII</b>	18 cada	16,5 cada	13,5 cada
<b>Tronco Anterior</b>	18	18	18
<b>Tronco Posterior</b>	18	18	18
<b>Genitais</b>	1	1	1
<b>Total</b>	100	100	100



Fonte: PHTLS 9ª Ed. - 2019



ESTADO DE GOIÁS SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA <u>CORPO DE BOMBEIROS MILITAR</u>	ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
	NÚMERO DO CAPÍTULO: <b>06</b>

**NATUREZA: ANIMAIS PEÇONHENTOS / PERIGOSOS****1- RECONHECIMENTO:**

Ansiedade; dificuldade respiratória (dispneia); dor no local da inoculação; dormência; fraqueza; hematoma no local da inoculação; hemorragia nasal (epistaxe); hemorragia no local da inoculação; hemorragia por vias urinárias (hematúria); inchaço no local da inoculação (edema); náuseas; pálpebras caídas (ptose palpebral); perda da motricidade; pulso rápido (taquicardia); salivação grossa e excessiva; sudorese; vermelhidão no local da inoculação (eritema) e vômito.

**ATENÇÃO!!!!**

✓ Os sinais e sintomas estão diretamente relacionados com o tipo de veneno/peçonha que foi inoculado na vítima.

**2- CONDUTA:**

- 1º Avaliar e priorizar a segurança no atendimento a ocorrência;
- 2º Iniciar a Avaliação Primária (**XABCDE**) e intervir conforme necessidade;
- 3º Picadas e mordidas são tratadas na letra “E” da avaliação inicial;
- 4º Mantenha o paciente calmo e em repouso;
- 5º Identifique o animal agressor (cobra, aranha, insetos, escorpiões, morcego) se possível;
- 6º Identifique o local da inoculação (identificar com caneta, se possível);
- 7º Lave o local da lesão (inoculação, arranhaduras e mordeduras) com água e sabão neutro;
- 8º Deite a vítima, caso esteja dispneica, coloque-a na posição semi-sentada;
- 9º Não deixe a vítima se movimentar excessivamente;
- 10º Remova anéis, joias, braceletes e outros objetos que possam fazer constrição no membro afetado;
- 11º Não corte ou perfure a pele para extrair sangue;
- 12º Não aperte, esprema ou aspire o local da inoculação;
- 13º Não utilize torniquetes;
- 14º O socorrista deve manter o membro no mesmo nível do coração, com o paciente na posição decúbito dorsal;

Elaborado por: <b>Comissão de Revisão Técnica</b>	Última versão: <b>abril/2020</b>	Portaria: <b>340/2019</b>	Página: <b>129 de 140</b>
--	-------------------------------------	------------------------------	------------------------------



ESTADO DE GOIÁS SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA <u>CORPO DE BOMBEIROS MILITAR</u>	<b>ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR</b>
	NÚMERO DO CAPÍTULO: <b>06</b>

**NATUREZA: ANIMAIS PEÇONHENTOS / PERIGOSOS**

- 15º Em caso de acidente com cobras do gênero Bothrops (jararacas), manter o membro afetado elevado acima do nível do coração para diminuir o edema e evitar o desenvolvimento da síndrome compartimental;
- 16º Leve o paciente imediatamente ao hospital de referência mais próximo para continuidade do tratamento, incluindo soroterapia para alguns casos;
- 17º Continuar com o atendimento e avaliação durante o transporte;
- 18º Monitorizar a saturação através da oximetria de pulso;
- 19º Prevenir choque e fornecer suporte ventilatório conforme demanda;
- 20º Realizar a avaliação secundária, somente se a vítima estiver estável;
- 21º Estabilizar e priorizar a movimentação: 1º) prancha scoop, 2º) elevação a cavaleira, 3º) rolamentos no solo e posicioná-la sobre prancha longa;
- 22º Observar o algoritmo de Restrição de Movimentos na Coluna Vertebral;
- 23º Informar as condições da vítima ao Centro de Operações, pedir suporte avançado e/ou transportá-la para o hospital regulado ou de referência.

- ✓ Não perca tempo tentando localizar o animal. Em caso de mordida de animal, trate os ferimentos conforme protocolos próprios.
- ✓ Havendo suspeita de hidrofobia, comunicar ao hospital e orientar os responsáveis ou zoonoses a manter o animal preso por 10 dias.
- ✓ Morcegos podem ser reservatórios de vírus, protozoários e bactérias, podendo, em específico os hematófagos, serem transmissores da raiva quando estiverem contaminados pelo vírus rábico. A transmissão pode se dar através da mordedura por animais contaminados, bem como através do contato com saliva e/ ou sangue do animal em pele lesionada ou mucosa.
- ✓ As fezes dos morcegos oferecem riscos relacionados à contaminação com o fungo da Histoplasmose, que se manifesta como uma micose, podendo evoluir para anemia e pneumonia aguda, caso o agente se instale nos pulmões.

**ATENÇÃO!!!!**

Elaborado por: <b>Comissão de Revisão Técnica</b>	Última versão: <b>abril/2020</b>	Portaria: <b>340/2019</b>	Página: <b>130 de 140</b>
--	-------------------------------------	------------------------------	------------------------------

ESTADO DE GOIÁS SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA <u>CORPO DE BOMBEIROS MILITAR</u>	ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
	NÚMERO DO CAPÍTULO: <b>06</b>

**NATUREZA: ANIMAIS PEÇONHENTOS / PERIGOSOS**

### **3- SITUAÇÕES ESPECIAIS:**

Acidentes com animais aquáticos: ferroadas de arraias e/ou bagres.

#### **3.1 RECONHECIMENTO:**

Queixa da vítima, perfuração da pele, dor e edema, podendo evoluir para febre, sudorese, vômitos e, em casos mais graves, causar necrose ou infecção.

#### **3.2 CONDUTA:**

- 1º Avaliar e priorizar a segurança no atendimento a ocorrência;
- 2º Iniciar a Avaliação Primária (**XABCDE**) e intervir conforme necessidade;
- 3º Mergulhar a parte atingida pelo ferrão em água quente (em temperatura suportável para a pele) de 30 a 90 minutos, pois o calor minimiza a ação do veneno e diminui a dor;
- 4º Lavar o local com água e sabão;
- 5º Não remover ferrão no local;
- 6º Se possível, identificar o animal agressor, fotografar ou leva-lo, se não houver risco para o socorrista;
- 7º Leve o paciente imediatamente ao hospital de referência mais próximo para continuidade do tratamento;
- 8º Continuar com o atendimento e avaliação durante o transporte.
- 9º Monitorizar a saturação através da oximetria de pulso;
- 10º Prevenir choque e fornecer suporte ventilatório conforme demanda;
- 11º Realizar a avaliação secundária, somente se a vítima estiver estável;
- 12º Estabilizar e priorizar a movimentação: 1º) prancha scoop, 2º) elevação a cavaleira, 3º) rolamentos no solo e posicioná-la sobre prancha longa;
- 13º Observar o algoritmo de Restrição de Movimentos na Coluna Vertebral;
- 14º Informar as condições da vítima ao Centro de Operações, pedir suporte avançado e/ou transportá-la para o hospital regulado ou de referência.



Elaborado por: <b>Comissão de Revisão Técnica</b>	Última versão: <b>abril/2020</b>	Portaria: <b>340/2019</b>	Página: <b>131 de 140</b>
--	-------------------------------------	------------------------------	------------------------------

ESTADO DE GOIÁS SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA <u>CORPO DE BOMBEIROS MILITAR</u>	ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
	NÚMERO DO CAPÍTULO: <b>06</b>

**NATUREZA: HIPOTERMIA****1- RECONHECIMENTO:**

Temperatura central (axilar) do corpo abaixo de 35°C; tempo prolongado de exposição ao frio: **hipotermia leve** (temperatura 32 e 35°C): tremores, sensação de frio, espasmos musculares, pele fria, cianose de extremidades, confusão mental, taquipneia e taquicardia; **hipotermia moderada** (temperatura 30 e 32°C): os tremores começam a desaparecer, a vítima fica sonolenta, prostrada, músculos enrijecidos, pupilas não reativas, alterações na fala, alucinações, bradipnéia e bradicardia e **hipotermia grave** (temperatura menor que 30°C): vítima não responsiva, pressão arterial indeterminável, bradipnéia ou apneia, bradicardia grave, podendo evoluir para PCR.

**2- CONDUTA:**

- 1º Avaliar e priorizar a segurança no atendimento a ocorrência;
- 2º Iniciar a Avaliação Primária (**XABCDE**) e intervir conforme necessidade;
- 3º Se necessário realizar o salvamento da vítima do ambiente frio, por equipes e equipamentos adequados;
- 4º Retirar roupas molhadas e aquecer a vítima com cobertor térmico aluminizado;
- 5º Monitorar a temperatura corporal da vítima;
- 6º Monitorizar a saturação através da oximetria de pulso;
- 7º Continuar com o atendimento e avaliação durante o transporte.
- 8º Prevenir choque e fornecer suporte ventilatório conforme demanda;
- 9º Realizar a avaliação secundária, somente se a vítima estiver estável;
- 10º Estabilizar e priorizar a movimentação: 1º) prancha scoop, 2º) elevação a cavaleira, 3º) rolamentos no solo e posicioná-la sobre prancha longa;
- 11º Observar o algoritmo de Restrição de Movimentos na Coluna Vertebral; Informar as condições da vítima ao Centro de Operações, pedir suporte avançado e/ou transportá-la para o hospital regulado ou de referência.



Elaborado por: <b>Comissão de Revisão Técnica</b>	Última versão: <b>abril/2020</b>	Portaria: <b>340/2019</b>	Página: <b>132 de 140</b>
--	-------------------------------------	------------------------------	------------------------------

ESTADO DE GOIÁS SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA <u>CORPO DE BOMBEIROS MILITAR</u>	<b>ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR</b>
	NÚMERO DO CAPÍTULO: <b>06</b>

**NATUREZA: INTOXICAÇÃO****1- RECONHECIMENTO:**

Os sintomas podem demorar a se desenvolver, mas uma vez conhecida ou notificada à intoxicação, as providências devem ser tomadas independentemente do aparecimento deles.

**Intoxicação por Ingestão:** Vítima com alterações de nível de consciência, pulso e/ou respiração; convulsões; deglutição dificultada; dor abdominal; hálito incomum; náuseas, vômitos e diarreia; odor incomum e sinais ao redor da boca (resíduos de plantas ou alimentos).

**Intoxicação por contato:** Dor de cabeça; Irritação; sinais e/ou coceira no local; temperatura do local aumentada.

**Intoxicação por Inalação:** Dispneia; irritação nos olhos; taquipneia e tosse.

✓ Os sinais e sintomas de intoxicações, dependem da substância e via na qual a vítima venha a ter contato;

**ATENÇÃO!!!!**

✓ Observar a embalagem do fabricante e as informações coletadas com a vítima ou testemunhas no local.

**2- CONDUTA:**

1º Avaliar e priorizar a segurança no atendimento a ocorrência;

2º Iniciar a Avaliação Primária (**XABCDE**) e intervir conforme necessidade;

3º Identificar o produto ou substância causadora da intoxicação;

4º Afastar a vítima da substância;

5º **Conduta em caso de intoxicação por ingestão:**

I. Não provocar vômito;

II. Não sugerir ingestão de qualquer outro produto;

III. Prevenir o choque.

6º **Conduta em caso de intoxicação por inalação:**

I. Remover a vítima para local arejado;

II. Oxigenar a vítima.



Elaborado por: <b>Comissão de Revisão Técnica</b>	Última versão: <b>abril/2020</b>	Portaria: <b>340/2019</b>	Página: <b>133 de 140</b>
--	-------------------------------------	------------------------------	------------------------------

ESTADO DE GOIÁS SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA <u>CORPO DE BOMBEIROS MILITAR</u>	<b>ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR</b>
	NÚMERO DO CAPÍTULO: <b>06</b>

**NATUREZA: INTOXICAÇÃO****7º Conduta em caso de intoxicação por contato:**

- I. Retirar as partes atingidas da roupa;
- II. Lavar o local com água corrente em abundância.

8º Monitorizar a saturação através da oximetria de pulso;

9º Continuar com o atendimento e avaliação durante o transporte.

10º Prevenir choque e fornecer suporte ventilatório conforme demanda;

11º Realizar a avaliação secundária, somente se a vítima estiver estável;

12º Estabilizar e priorizar a movimentação: 1º) prancha scoop, 2º) elevação a cavaleira, 3º) rolamentos no solo e posicioná-la sobre prancha longa;

13º Observar o algoritmo de Restrição de Movimentos na Coluna Vertebral;

14º Informar as condições da vítima ao Centro de Operações, pedir suporte avançado e/ou transportá-la para o hospital regulado ou de referência.

**ATENÇÃO!!!!**

✓ Em caso de intoxicação por medicamentos ou substâncias industrializadas, observar as orientações do fabricante quanto as condutas de primeiros socorros;

✓ Orientações sobre intoxicações e acidentes com animais peçonhentos poderão ser esclarecidas junto ao Centro de Assistência Toxicológicas – CEATOX fone: (62) 3201 - 4110 / 3201 - 4111 / **0800 6464350**.



Elaborado por: <b>Comissão de Revisão Técnica</b>	Última versão: <b>abril/2020</b>	Portaria: <b>340/2019</b>	Página: <b>134 de 140</b>
--	-------------------------------------	------------------------------	------------------------------

ESTADO DE GOIÁS SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA <u>CORPO DE BOMBEIROS MILITAR</u>	ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
	NÚMERO DO CAPÍTULO: <b>06</b>

**NATUREZA: URGÊNCIA ODONTOLÓGICA****1- RECONHECIMENTO:**

Vítima de trauma facial, queixando-se de dor na região bucal com ou sem hemorragias aparente, sinais evidentes de perda de dentes ou dente quebrado após um trauma.

**2- CONDUTA:**

- 1º Avaliar e priorizar a segurança no atendimento a ocorrência;
- 2º Iniciar a Avaliação Primária (**XABCDE**) e intervir conforme necessidade;
- 3º Manter vias aéreas pérvias, se necessário, aspirar secreções, colocar cânula orofaringe (vítima inconsciente);
- 4º Se o dente fraturar-se:
  - I. Examine lábios, línguas e gengivas e avalie a lesão;
  - II. Procure pedaços de dente, para a tentativa de aproveitamento e colagem pelo odontólogo;
  - III. Acondicione o fragmento dentário em solução fisiológica a 0,9%;
  - IV. Oriente a vítima para procurar um odontólogo assim que possível.
- 5º Se o dente sair totalmente:
  - I. Examine lábios, línguas e gengivas e avalie a lesão;
  - II. Encontre o dente;
  - III. Segure-o pela coroa;
  - IV. Se o dente estiver limpo, reposicioná-lo na boca da vítima;
  - V. Se o dente estiver sujo, lave-o com solução fisiológica a 0,9%, sem esfregá-lo, antes de reimplantá-lo;
  - VI. Ao reposicioná-lo, pressione levemente com gaze; e
  - VII. Oriente a vítima para procurar um odontólogo assim que possível.
- 6º Quando não for possível o reposicionamento (múltiplos dentes ou dificuldade na execução):
  - I. Examine lábios, línguas e gengivas e avalie a lesão;
  - II. Encontre o(s) dente(s);
  - III. Acondicione o(s) elemento(s) em solução fisiológica a 0,9%; e



Elaborado por: <b>Comissão de Revisão Técnica</b>	Última versão: <b>abril/2020</b>	Portaria: <b>340/2019</b>	Página: <b>135 de 140</b>
--	-------------------------------------	------------------------------	------------------------------

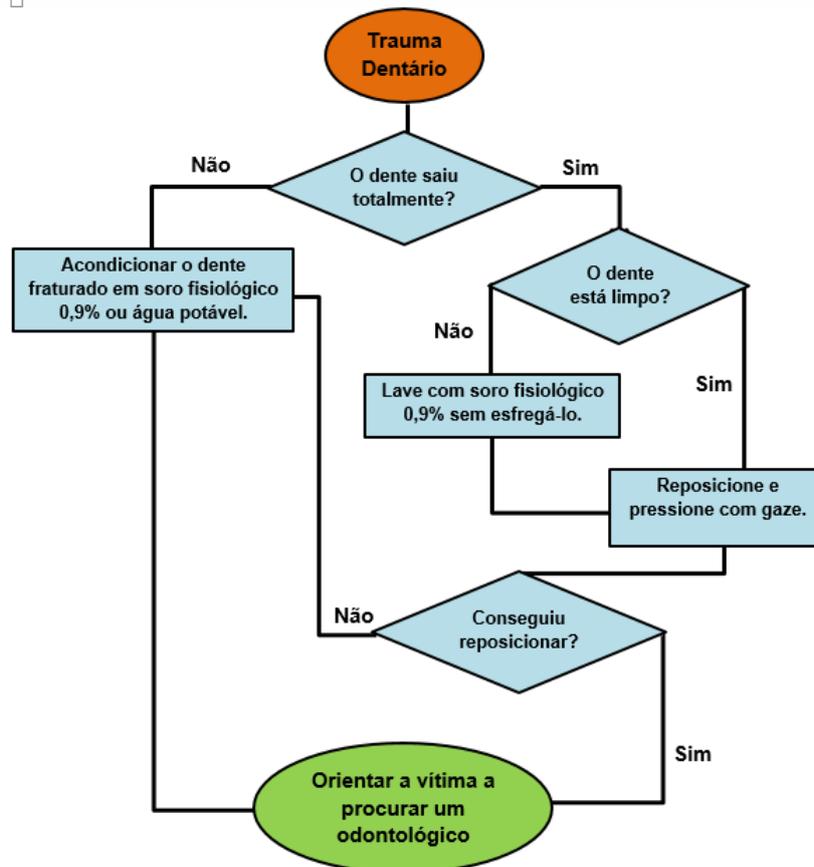
ESTADO DE GOIÁS SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA <b>CORPO DE BOMBEIROS MILITAR</b>	<b>ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR</b>
	NÚMERO DO CAPÍTULO: <b>06</b>

**NATUREZA: URGÊNCIA ODONTOLÓGICA**

- IV. Oriente a vítima para procurar um odontólogo assim que possível.
- 7º Monitorizar a saturação através da oximetria de pulso;
- 8º Prevenir choque e fornecer suporte ventilatório conforme demanda;
- 9º Realizar a avaliação secundária, somente se a vítima estiver estável;
- 10º Estabilizar e priorizar a movimentação: 1º) prancha scoop, 2º) elevação a cavaleira, 3º) rolamentos no solo e posicioná-la sobre prancha longa;
- 11º Observar o algoritmo de Restrição de Movimentos na Coluna Vertebral;
- 12º Informar as condições da vítima ao Centro de Operações, pedir suporte avançado e/ou transportá-la para o hospital regulado ou de referência.
- 13º Continuar com o atendimento e avaliação durante o transporte.



**3- FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO A TRAUMA DENTÁRIO:**



**ATENÇÃO!!!!**

✓ Dentes decíduos (leite) não devem ser reimplantados (reposicionados);



Elaborado por: <b>Comissão de Revisão Técnica</b>	Última versão: <b>abril/2020</b>	Portaria: <b>340/2019</b>	Página: <b>136 de 140</b>
--	-------------------------------------	------------------------------	------------------------------

ESTADO DE GOIÁS SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA <u>CORPO DE BOMBEIROS MILITAR</u>	<b>ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR</b>
	NÚMERO DO CAPÍTULO: <b>06</b>

**NATUREZA: URGÊNCIA ODONTOLÓGICA**

✓ No geral, a assistência à vítima politraumatizada deve seguir o princípio do protocolo do XABCDE, deixando para segundo momento o tratamento das fraturas de face ou dental, a não ser que haja risco de morte do paciente quando a obstrução de vias aéreas, sangramentos intensos ou possíveis lesões vitais;

**ATENÇÃO!!!!**

- ✓ A técnica de reposicionamento do dente avulsionado é eficaz e simples de ser executada, não sendo classificada como procedimento invasivo, ou seja, não envolve cortes, e pode ser realizado em ambientes não especializados, executado pelo socorrista quando houver segurança para tal;
- ✓ Na ausência de soro fisiológico, pode-se utilizar leite, ou água potável para acondicionar o dente ou fragmentos;



Elaborado por: <b>Comissão de Revisão Técnica</b>	Última versão: <b>abril/2020</b>	Portaria: <b>340/2019</b>	Página: <b>137 de 140</b>
--	-------------------------------------	------------------------------	------------------------------

ESTADO DE GOIÁS SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA CORPO DE BOMBEIROS MILITAR	ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
	NÚMERO DO CAPÍTULO: <b>06</b>

**NATUREZA: DESCONHECIDA**

### 1- RECONHECIMENTO:

Ocorrência de qualquer natureza (emergência clínica ou traumática), mesmo com cinemática conhecida, porém não sendo possível identificar a origem da queixa da vítima através dos sinais e sintomas aferidos.

### 2- CONDUTA:

- 1º Avaliar e priorizar a segurança no atendimento a ocorrência;
- 2º Iniciar a Avaliação Primária (**XABCDE**) e intervir conforme necessidade;
- 3º Manter vias aéreas pérvias, se necessário, aspirar secreções, colocar cânula orofaringe (vítima inconsciente);
- 4º Manter a estabilização manual e neutra da coluna cervical;
- 5º Monitorizar a saturação através da oximetria de pulso;
- 6º Prevenir choque e fornecer suporte ventilatório conforme demanda;
- 7º Realizar a avaliação secundária, somente se a vítima estiver estável;
- 8º Estabilizar e priorizar a movimentação: 1º) prancha scoop, 2º) elevação a cavaleira, 3º) rolamentos no solo e posicioná-la sobre prancha longa;
- 9º Observar o algoritmo de Restrição de Movimentos na Coluna Vertebral;
- 10º Informar as condições da vítima ao Centro de Operações, pedir suporte avançado e/ou transportá-la para o hospital regulado ou de referência.
- 11º Continuar com o atendimento e avaliação durante o transporte.

✓ A conduta de Avaliação Primária (XABCDE) permite atender qualquer vítima independente da natureza, mesmo que a mesma seja desconhecida;



**ATENÇÃO!!!!**

✓ Se a vítima estiver estável, pode-se iniciar a Avaliação Secundária no local da ocorrência ou durante o transporte.



Elaborado por: <b>Comissão de Revisão Técnica</b>	Última versão: <b>abril/2020</b>	Portaria: <b>340/2019</b>	Página: <b>138 de 140</b>
--	-------------------------------------	------------------------------	------------------------------

ESTADO DE GOIÁS SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA <b>CORPO DE BOMBEIROS MILITAR</b>	<b>ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR</b>
	NÚMERO DO CAPÍTULO: <b>07</b>

**BIBLIOGRAFIA CONSULTADA**

AMLS: **Atendimento Pré-hospitalar às Emergências Clínicas** / tradução Maria Esmene G.Comenale...[et al]. – 1ª ed. – Rio de Janeiro: Elsevier, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Protocolos de Intervenção para o SAMU 192** - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRANDÃO. AA, Malachias MVB, Souza WKSB, Plavnik FL, Rodrigues CIS, Neves MFT, et al. **Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial**. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. Arq Bras Cardiol 2016; 107(3Supl.3):1-83. Disponível em: <[http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05\\_HIPERTENSAO\\_ARTERIAL.pdf](http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf)> Acesso em 16 de fevereiro de 2020.

CAMPBELL. John. E. **International Trauma Life Support for Emergency Care Providers - ITLS**. 8th edition. Library of Congress Cataloging-in-Publication. p 436. Disponível em <<http://online.pubhtml5.com/nwcl/vkhq/#p=1>>. Acesso em 16 de janeiro de 2020.

CBMDF. Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal. **Manual de Atendimento Pré Hospitalar**, 1ª ed. Goiânia, CBMDF, 2007.

CBMERJ. Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Rio de Janeiro: **Procedimento Operacional Padrão: Atendimento Pré – Hospitalar-Resposta a incidentes com múltiplas vítimas**, 1ª ed. Rio de Janeiro, CBMRJ, 2018. Disponível em: <<http://pop.cbmerj.rj.gov.br/arquivos/13%20-%20POP%20Incidente%20com%20multiplas%20vitas-1.pdf>>. Acesso em: 15 de novembro de 2019.

CBMERJ. Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Rio de Janeiro: **Procedimento Operacional Padrão: Atendimento Pré – Hospitalar-Abordagem a coluna Vertebral em vítimas de trauma**, 1ª ed. Rio de Janeiro, CBMRJ, 2018. Disponível em: <<http://pop.cbmerj.rj.gov.br/arquivos/04%20-%20POP%20Abordagem%20a%20coluna%20vertebral-1.pdf>>. Acesso em 20 de outubro de 2019.

CBMERJ. Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Rio de Janeiro: **Procedimento Operacional Padrão: Atendimento Pré – Hospitalar-Afogamento**, 1ª ed. Rio de Janeiro, CBMRJ, 2018. Disponível em: <<http://pop.cbmerj.rj.gov.br/arquivos/15%20-%20POP%20Afogamento-1.pdf>>. Acesso em 20 dezembro de 2019.

CBMGO. Corpo de Bombeiros Militar do Estado de Goiás: **Protocolo para o Suporte Básico de Vida**, 3ª ed. Goiânia, CBMGO, 2011.

CBMGO. Corpo de Bombeiros Militar do Estado de: **Manual Operacional de Bombeiros – Resgate Pré-Hospitalar**, 1ª ed. Goiânia, CBMGO, 2016.

Elaborado por: <b>Comissão de Revisão Técnica</b>	Última versão: <b>abril/2020</b>	Portaria: <b>340/2019</b>	Página: <b>139 de 140</b>
--	-------------------------------------	------------------------------	------------------------------



ESTADO DE GOIÁS SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA <b>CORPO DE BOMBEIROS MILITAR</b>	<b>ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR</b>
	NÚMERO DO CAPÍTULO: <b>07</b>

**BIBLIOGRAFIA CONSULTADA**

CBMMG. Corpo de Bombeiros Militar de Minas Gerais: **Manual de Bombeiros Militar Atendimento Pré Hospitalar**, 1ª ed. Belo Horizonte, CBMMG, 2018.

NAEMT. **Suporte Vital de Trauma Prehospitalario**: 9ª ed. 2019. p.70. Traduzido do Original: PreHospital Trauma Life Support: Basic and Advanced (PHTLS 9ª ed), Editora Jones & Bartlett Publishers.

PHTLS: **Atendimento Pré-hospitalar ao Traumatizado**, PHTLS / NAEMT; [Tradução: Renata Scavone... et al.]. – 7ed. Rio de Janeiro: Elsevier 2011.

PHTLS: **Atendimento Pré-hospitalar ao Traumatizado**, PHTLS / NAEMT; [Tradução: Sônia Aparecida Batista ... et al.]. – 8 ed. Editora: Jones & Bartlett Learning, 2017.

RODRIGUES, Daniel Ferreira. **Cuidados a vítimas portadoras de Fístula Arteriovenosa no Atendimento Pré-Hospitalar**: Levantamento do nível de conhecimento dos socorristas. Goiânia, v. 1, f. 24, 2020. 36 p. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Formação de Oficiais) - Corpo de Bombeiros Militar do Estado de Goiás, Goiânia, 2020.

STANTON, D *et al.* Cervical collars and immobilisation: A South African best practice recommendation. **African Journal of Emergency Medicine**, Wwww.sciencedirect.com, ano 2017, v. 7, n. 1, 1 mar. 2017. Jornal, p. 4-8. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/search/advanced?q=Cervical%20collars&authors=D.%20Stanton&pub=African%20Journal%20of%20Emergency%20Medicine>>. Acesso em: 19 nov. 2019.

STIELL, Ian *et al.* **The Canadian C-Spine Rule versus the NEXUS Low-Risk Criteria in Patients with Trauma**. The new england journal of medicine, The New England Journal of Medicine, p. 349, 25 dez. 2003. Disponível em: <<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa031375>>. Acesso em: 19 nov. 2019.

Szpilman D, Orlowski JP, Bierens J. Drowning. In: Vincent JL, Abraham E, Moore AF, Kochanek P, Fink M(ed). **Textbook of Critical Care**, 6th edition - Chapter 71; Pg 498-503; Elsevier Science 2011.

SZPILMAN. David. **Manual de Emergências Aquáticas**. Sociedade Brasileira de Salvamento Aquático (SOBRASA), out, 2015.



Elaborado por: <b>Comissão de Revisão Técnica</b>	Última versão: <b>abril/2020</b>	Portaria: <b>340/2019</b>	Página: <b>140 de 140</b>
--	-------------------------------------	------------------------------	------------------------------