

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

SAMU CURITIBA

Prefeitura de CURITIBA

DUE

CURITIBA

Prefeitura Municipal de Curitiba
Eduardo Pimentel

Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba
Tatiane Filipak

Superintendência Executiva
Flávia Vernizi Adachi

Superintendência de Gestão
Jane Sescatto

Departamento de Urgência e Emergência
Ester do Nascimento Ribas

Elaboração:
Fabíola Carolina Soares
Guilherme Roberto Zammar
Melina Souza da Silva
Silvia Cristina Mattos

Colaboração das equipes:

Núcleo de Educação em Urgência (NEU)
Departamento de Urgência e Emergência (DUE)
Coordenação de Logística
Complexo Regulador de Urgência (CRU)

Colaboradores 2026
Amaury Freitas Miranda
Ana Karoline Nitz
Ana Paula Guimarães
Anderson Tiago Silva
Fabíola Carolina Soares
Gisele Miranda
Guilherme Roberto Zammar
Karen Fabrícia Fonseca Freitas
Marcos Teixeira Junior
Melina Souza da Silva
Melissa de Fátima Pereira
Silvia Cristina Mattos
Simone Nogueira Silveira

APRESENTAÇÃO

O presente Manual de Procedimentos Operacionais Padrão (POP) de Enfermagem foi elaborado com a finalidade de padronizar, orientar e qualificar a assistência de enfermagem prestada nas unidades móveis do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU Curitiba), promovendo práticas assistenciais seguras, fundamentadas em evidências científicas, na legislação profissional vigente e nas diretrizes institucionais.

A sistematização dos procedimentos busca fortalecer a segurança do paciente e dos profissionais, reduzir a variabilidade das práticas assistenciais, prevenir eventos adversos e assegurar a qualidade, a continuidade e a rastreabilidade do cuidado. Além disso, contribui para a organização dos processos de trabalho, a definição das responsabilidades profissionais e o aprimoramento permanente da assistência prestada à população.

Os procedimentos contemplados neste manual consideram as particularidades do atendimento pré-hospitalar móvel, caracterizado pela necessidade de avaliação rápida, tomada de decisões oportunas, atuação integrada das equipes e assistência em ambientes dinâmicos, frequentemente associados a situações de elevada complexidade e risco.

Sua aplicação abrange as Unidades de Suporte Básico (USB) e de Suporte Avançado (USA), bem como eventuais modalidades de Suporte Intermediário de Vida (SIV), observando-se a composição e a habilitação das equipes, as competências legais de cada categoria profissional, a disponibilidade de recursos materiais e tecnológicos, a capacitação dos profissionais e os protocolos institucionais devidamente aprovados.

Ressalta-se que os procedimentos descritos devem ser executados em consonância com as atribuições profissionais e os fluxos assistenciais estabelecidos, respeitando as competências da enfermagem, a integração multiprofissional e a atuação da Central de Regulação Médica das Urgências, conforme a legislação e as normativas aplicáveis.

Este manual constitui um instrumento de referência técnica e apoio à prática assistencial, não substituindo o julgamento clínico, a avaliação individualizada do paciente ou as atribuições legalmente estabelecidas para cada profissional. Sua utilização deve estar associada à educação permanente, à atualização científica e à revisão periódica dos processos de trabalho.

Dessa forma, o SAMU Curitiba reafirma seu compromisso com a excelência da assistência pré-hospitalar, a valorização das boas práticas de enfermagem e a promoção de um cuidado humanizado, ético, seguro e resolutivo, orientado às necessidades da população e aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

SUMÁRIO

01. AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM E REAVALIAÇÃO SISTEMÁTICA 5
02. AFERIÇÃO E REGISTRO DE SINAIS VITAIS 7
03. GLICEMIA CAPILAR 13
04. OXIGENOTERAPIA E MONITORIZAÇÃO RESPIRATÓRIA 19
05. ASPIRAÇÃO DE SECREÇÕES DE VIAS AÉREAS 23
06. VENTILAÇÃO COM BOLSA-VÁLVULA-MÁSCARA 27
07. ACESSO VENOSO PERIFÉRICO 32
08. ADMINISTRAÇÃO SEGURA DE MEDICAMENTOS 36
09. PREPARO E CONTROLE DE BOMBA DE INFUSÃO 41
10. MONITORIZAÇÃO CARDÍACA E ELETROCARDIOGRAMA DE 12 DERIVAÇÕES 47
11. CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA 53
12. IMOBILIZAÇÃO, MOBILIZAÇÃO E PREVENÇÃO DE QUEDAS 61
13. CONTROLE INICIAL DE HEMORRAGIAS EXTERNAS .....não localizado
14. CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO PACIENTE EM VENTILAÇÃO MECÂNICA DURANTE TRANSPORTE 69
15. PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÕES NO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR .. 87
16. CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM CRISE COMPORTAMENTAL 95
17. PASSAGEM DE CASO E TRANSFERÊNCIA SEGURA DO CUIDADO 104
18. REGISTRO DE ENFERMAGEM E RASTREABILIDADE DA ASSISTÊNCIA 113
19. CHECKLIST ASSISTENCIAL DA UNIDADE MÓVEL NA PASSAGEM DE PLANTÃO 115

1. OBJETIVO

Padronizar a execução segura e a documentação do procedimento de enfermagem: avaliação de enfermagem e reavaliação sistemática.

2. APLICABILIDADE

Atendimento pré-hospitalar móvel do SAMU Curitiba, conforme perfil assistencial, categoria profissional e recursos da unidade.

3. RESPONSÁVEIS

Enfermeiro; técnico de enfermagem na coleta de dados e cuidados conforme atribuições.

4. DEFINIÇÕES / SIGLAS

SAMU: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência;
RAE: Registro de Atendimento de Enfermagem;
POP: Procedimento Operacional Padrão;
USB: Unidade de Suporte Básico;
USA: Unidade de Suporte Avançado.

5. ESTRUTURA, EQUIPAMENTOS E MATERIAIS

EPIs, estetoscópio, esfigmomanômetro, oxímetro, termômetro, glicosímetro e RAE.

6. DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

a) Confirmar segurança da cena, utilizar EPIs, apresentar-se e identificar o paciente com identificadores disponíveis.
b) Realizar impressão geral e avaliação primária sistemática XABCDE no trauma, priorizando ameaças imediatas à vida.
c) Aferir e documentar sinais vitais, nível de consciência, dor, glicemia quando indicada e achados relevantes.
d) Coletar anamnese direcionada, alergias, medicamentos, antecedentes e circunstâncias da ocorrência.

e) O enfermeiro estabelece diagnósticos de enfermagem, prioridades, planejamento, intervenções e evolução conforme Processo de Enfermagem.

f) Reavaliar após intervenções, mudança de estado clínico, durante transporte e antes da transferência de cuidados; informar agravamento à regulação.

6.1 RECOMENDAÇÕES PROFISSIONAIS

O Processo de Enfermagem é privativo do enfermeiro nas etapas legalmente atribuídas; técnicos participam da implementação e documentação conforme competência.

7. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

Atraso na identificação de instabilidade

Registro incompleto ou ausência de reavaliação

8. REFERÊNCIAS

Base normativa e técnica: Lei nº 7.498/1986; Decreto nº 94.406/1987; Resolução Cofen nº 736/2024; Protocolos de Intervenção do SAMU 192 (SBV e SAV); e manual institucional do SAMU Curitiba. Referências completas ao final deste documento.

HISTÓRICO DE REVISÃO E APROVAÇÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1	2026	Elaboração do documento

RESPONSABILIDADE	SETOR
Elaboração	Coordenação de Unidades Móveis de Atenção à Urgência e Emergência
Revisão/Análise	Coordenação de Unidades Móveis de Atenção à Urgência e Emergência, Coordenação Médica de Unidades Móveis de Atenção à Urgência e Emergência, Coordenação de Enfermagem do SAMU
Validação	Núcleo da Qualidade do Cuidado em Saúde
Aprovação	Direção Geral do Departamento de Urgência e Emergência

1. OBJETIVO

Padronizar a aferição, a monitorização, a interpretação inicial e o registro dos sinais vitais dos pacientes atendidos pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU Curitiba), assegurando a obtenção de dados confiáveis, a identificação precoce de alterações clínicas, o reconhecimento de sinais de deterioração e a comunicação oportuna à equipe assistencial e ao médico regulador, contribuindo para a segurança do paciente, a continuidade da assistência e a tomada de decisões clínicas.

2. APLICABILIDADE

Aplica-se aos profissionais de enfermagem que atuam nas Unidades de Suporte Básico (USB) e Unidades de Suporte Avançado (USA) do SAMU Curitiba.

3. RESPONSÁVEIS

Enfermeiro:

- Realizar a avaliação clínica e a aferição dos sinais vitais, conforme necessidade assistencial.
- Interpretar os resultados no contexto da avaliação de enfermagem, identificando alterações e sinais de deterioração clínica.
- Estabelecer e supervisionar os cuidados de enfermagem necessários.
- Comunicar prontamente alterações relevantes ao médico responsável ou regulador, conforme os fluxos institucionais.
- Garantir o registro adequado das avaliações, intervenções e reavaliações realizadas.

Técnico de enfermagem:

- Realizar a aferição e o registro dos sinais vitais conforme suas competências profissionais.
- Identificar e comunicar imediatamente ao médico regulador responsável alterações relevantes ou sinais de agravamento.
- Executar os cuidados de enfermagem indicados, respeitando os protocolos institucionais.

4. DEFINIÇÕES / SIGLAS

SAMU: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência;

RAE: Registro de Atendimento de Enfermagem;

POP: Procedimento Operacional Padrão;

USB: Unidade de Suporte Básico;

USA: Unidade de Suporte Avançado.

5. ESTRUTURA, EQUIPAMENTOS E MATERIAIS

- Esfigmomanômetro manual ou eletrônico validado, com manguitos de tamanhos adequados.
- Estetoscópio.
- Oxímetro de pulso ou monitor multiparamétrico.
- Termômetro clínico.
- Relógio ou cronômetro.
- Monitor cardíaco, quando disponível e indicado.
- Glicosímetro, tiras reagentes e lancetas, quando houver indicação de glicemia capilar.
- Equipamentos de proteção individual, conforme avaliação de risco.
- Materiais para higienização das mãos e desinfecção dos equipamentos.

Os equipamentos deverão estar em condições adequadas de funcionamento, conservação, limpeza e manutenção, conforme recomendações dos fabricantes e rotinas institucionais.

6. DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

6.1 Preparação e avaliação inicial

a) Avaliar a segurança da cena e adotar as medidas de proteção individual necessárias.

b) Higienizar as mãos antes do contato com o paciente, conforme as recomendações de prevenção e controle de infecções.

c) Identificar o paciente, sempre que possível, e explicar o procedimento de maneira clara, respeitando seu estado de consciência e suas condições clínicas.

d) Realizar a avaliação primária conforme a abordagem sistematizada adotada pelo serviço, priorizando a identificação e o tratamento de condições que representem risco imediato à vida.

e) Posicionar o paciente adequadamente para a aferição dos parâmetros, considerando suas condições clínicas e limitações.

f) Selecionar os equipamentos e verificar seu funcionamento antes da utilização.

g) Em pacientes instáveis, realizar a aferição dos parâmetros possíveis sem retardar intervenções prioritárias ou o transporte indicado.

6.2 Aferição dos sinais vitais

a) Pressão arterial (PA)

Selecionar manguito compatível com a circunferência do braço.

Posicionar o manguito diretamente sobre a pele, mantendo o braço apoiado, preferencialmente na altura do coração.

Realizar a aferição por método auscultatório, conforme disponibilidade e condição clínica.

Em situações de movimentação, tremores, arritmias ou hipoperfusão, considerar a possibilidade de leituras imprecisas.

Repetir a aferição quando houver valores incompatíveis com o quadro clínico, utilizando método alternativo, quando necessário e disponível.

Registrar os valores sistólico e diastólico em mmHg e as condições relevantes da aferição.

b) Frequência cardíaca (FC)

Avaliar a frequência, o ritmo e a amplitude do pulso periférico.

Realizar a contagem por 60 segundos em situações de irregularidade do pulso ou quando necessária maior precisão.

Utilizar o monitor cardíaco quando indicado e disponível.

Observar alterações como taquicardia, bradicardia, irregularidade e redução da amplitude do pulso.

Registrar o valor em batimentos por minuto (bpm).

c) Frequência respiratória (FR)

Observar os movimentos respiratórios, preferencialmente sem direcionar a atenção do paciente para a contagem.

Contabilizar os ciclos respiratórios durante 60 segundos, especialmente em situações de instabilidade ou irregularidade.

Avaliar ritmo, profundidade, esforço respiratório, utilização de musculatura acessória e presença de sinais de desconforto respiratório.

Identificar alterações como taquipneia, bradipneia, apneia e padrões respiratórios anormais.

Registrar o valor em incursões respiratórias por minuto (irpm).

d) Saturação periférica de oxigênio (SpO_2)

Posicionar o sensor em local adequado, observando perfusão periférica e integridade da pele.

Verificar a qualidade do sinal e a estabilidade da leitura.

Considerar fatores que interferem na precisão, como movimentação, baixa perfusão, esmaltes, iluminação intensa e limitações do equipamento.

Avaliar a saturação em conjunto com o padrão respiratório e demais sinais clínicos, considerando que a oximetria pode superestimar a oxigenação em determinadas circunstâncias.

Registrar o valor percentual e informar se o paciente está em ar ambiente ou recebendo oxigenoterapia, especificando dispositivo e fluxo utilizado, quando aplicável.

e) Temperatura corporal

Selecionar o método de aferição conforme equipamento disponível e condições clínicas.
Realizar a aferição respeitando as orientações do fabricante.
Identificar alterações sugestivas de hipertermia ou hipotermia.
Registrar o valor em graus Celsius (°C).

f) Avaliação da dor

Investigar presença, localização, intensidade, características e duração da dor.

Utilizar escala padronizada, preferencialmente a Escala Numérica de Dor de 0 a 10, quando aplicável.

Em pacientes com dificuldades de comunicação, empregar instrumento apropriado à condição clínica e à faixa etária.
Registrar a intensidade da dor e reavaliar após intervenções assistenciais.

6.3 Avaliação complementar

a) Avaliar o nível de consciência por meio de instrumento padronizado, como AVPU ou Escala de Coma de Glasgow, conforme indicação clínica.
b) Observar coloração, temperatura e umidade da pele, presença de sudorese, cianose, palidez e outros sinais relevantes.
c) Avaliar a perfusão periférica, incluindo tempo de enchimento capilar e características dos pulsos.
d) Realizar glicemia capilar quando indicada, especialmente em situações de alteração do nível de consciência, suspeita de distúrbios glicêmicos ou outras condições previstas nos protocolos assistenciais.
e) Correlacionar os resultados obtidos com as queixas, os antecedentes clínicos, os medicamentos em uso e a evolução do quadro.

6.4 Monitorização e reavaliação

a) Realizar a primeira aferição dos sinais vitais tão logo seja possível, respeitando as prioridades assistenciais.
b) Reavaliar os parâmetros de acordo com a gravidade e a evolução clínica, estabelecendo maior frequência de monitorização para pacientes instáveis.
c) Priorizar a monitorização contínua dos parâmetros disponíveis quando houver indicação clínica e recursos adequados.
d) Repetir a avaliação após intervenções, administração de medicamentos, mudanças do estado clínico ou intercorrências durante o transporte.

e) Identificar tendências de deterioração clínica, mesmo quando os valores individuais não apresentarem alterações acentuadas.

f) Comunicar imediatamente alterações críticas à equipe responsável e ao médico regulador, conforme a organização assistencial do serviço.
g) Documentar as reavaliações e as condutas adotadas.

6.5 Registro dos sinais vitais

Registrar no instrumento assistencial institucional, de forma legível, objetiva, cronológica e completa:

a) Data e horário da aferição.

b) Valores dos sinais vitais obtidos, com suas respectivas unidades de medida.

c) Condições clínicas relevantes no momento da avaliação.

d) Método de aferição, quando necessário para a interpretação dos resultados.

e) Uso de oxigenoterapia, incluindo dispositivo e fluxo administrado.

f) Alterações identificadas e sua evolução durante o atendimento.

g) Intervenções realizadas e resposta clínica observada.

h) Comunicação de intercorrências ao enfermeiro ou médico regulador, com registro das orientações recebidas e condutas realizadas.

i) Identificação do profissional responsável, conforme normas institucionais e legislação profissional vigente.

7. RECOMENDAÇÕES PROFISSIONAIS

- A avaliação dos sinais vitais deverá integrar a avaliação clínica global, não sendo recomendada a interpretação isolada dos parâmetros.
- A obtenção de valores aparentemente normais não exclui a possibilidade de deterioração clínica.
- Em pacientes com sinais de instabilidade, a necessidade de intervenção imediata prevalece sobre a conclusão de todas as aferições.
- A frequência das reavaliações deverá ser individualizada, considerando gravidade, evolução e protocolos assistenciais.
- Os valores obtidos por equipamentos eletrônicos deverão ser confrontados com a condição clínica, especialmente quando houver suspeita de erro de leitura.
- Em pacientes pediátricos, utilizar equipamentos apropriados e interpretar os parâmetros conforme a faixa etária.
- Alterações significativas deverão ser prontamente comunicadas, respeitando os fluxos assistenciais e de regulação médica do SAMU Curitiba.
- Garantir a limpeza e a desinfecção dos equipamentos entre os atendimentos, conforme as recomendações institucionais.
- Durante a transferência do cuidado, comunicar os sinais vitais mais recentes, as alterações observadas e a resposta às intervenções.

8. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

Leitura artefatual

Interpretação isolada de parâmetros

Não identificação de deterioração clínica

Atraso na comunicação de alterações críticas

Omissão de tendências clínicas

9. REFERÊNCIAS

Base normativa e técnica: Lei nº 7.498/1986; Decreto nº 94.406/1987; Resolução Cofen nº 736/2024; Protocolos de Intervenção do SAMU 192 (SBV e SAV); e manual institucional do SAMU Curitiba. Referências completas ao final deste documento.

HISTÓRICO DE REVISÃO E APROVAÇÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1	2026	Elaboração do documento

RESPONSABILIDADE	SETOR
Elaboração	Coordenação de Unidades Móveis de Atenção à Urgência e Emergência
Revisão/Análise	Coordenação de Unidades Móveis de Atenção à Urgência e Emergência, Coordenação Médica de Unidades Móveis de Atenção à Urgência e Emergência, Coordenação de Enfermagem do SAMU
Validação	Núcleo da Qualidade do Cuidado em Saúde
Aprovação	Direção Geral do Departamento de Urgência e Emergência

1. OBJETIVO

Padronizar a técnica de aferição e registro da glicemia capilar nos pacientes atendidos pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU Curitiba), assegurando a execução segura do procedimento, a confiabilidade dos resultados, a identificação precoce de alterações glicêmicas e a adoção oportuna de condutas assistenciais, contribuindo para a segurança do paciente, a prevenção de eventos adversos e a continuidade do cuidado.

2. APLICABILIDADE

Aplica-se aos profissionais de enfermagem que atuam nas Unidades de Suporte Básico (USB) e Unidades de Suporte Avançado (USA) do SAMU Curitiba, durante o atendimento pré-hospitalar móvel, conforme a necessidade clínica, as competências profissionais e os recursos disponíveis.

3. RESPONSÁVEIS

Enfermeiro:

- Realizar a avaliação clínica, identificar a indicação da aferição e executar o procedimento quando necessário.
- Interpretar os resultados em conjunto com o quadro clínico e identificar alterações que exijam intervenção.
- Estabelecer e supervisionar os cuidados de enfermagem pertinentes.
- Registrar a avaliação, as intervenções e a resposta clínica do paciente.

Técnico de enfermagem:

- Realizar a aferição da glicemia capilar conforme técnica padronizada e suas competências profissionais.
- Reconhecer resultados alterados e comunicar imediatamente ao médico regulador.
- Executar os cuidados prescritos ou estabelecidos nos protocolos institucionais, respeitando suas atribuições.
- Registrar o resultado obtido, as condições da aferição e as intervenções realizadas.

4. DEFINIÇÕES / SIGLAS

SAMU: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.

POP: Procedimento Operacional Padrão.

RAE: Registro de Atendimento de Enfermagem.

USB: Unidade de Suporte Básico.

USA: Unidade de Suporte Avançado.

Glicemia capilar: Estimativa da concentração de glicose no sangue obtida por meio de amostra capilar, utilizando glicosímetro.

Hipoglicemia: Redução da concentração de glicose sanguínea, geralmente considerada em valores inferiores a 70 mg/dL, conforme critérios clínicos e protocolos assistenciais.

Hiperglicemia: Elevação da concentração de glicose sanguínea acima dos valores de referência, cuja interpretação depende do contexto clínico.

EPI: Equipamento de Proteção Individual.

5. ESTRUTURA, EQUIPAMENTOS E MATERIAIS

- Glicosímetro institucional em condições adequadas de funcionamento.
- Tiras reagentes compatíveis com o equipamento e dentro do prazo de validade.
- Lancetas estéreis, de uso único, preferencialmente com dispositivo de segurança.
- Luvas de procedimento.
- Gaze estéril ou limpa, conforme padronização institucional.
- Álcool a 70%, quando indicado para antissepsia.
- Coletor rígido para descarte de materiais perfurocortantes.
- Materiais para higienização das mãos.
- Formulário físico ou eletrônico de registro assistencial.

Os equipamentos e insumos deverão ser armazenados e utilizados conforme as recomendações dos fabricantes, observando-se as condições de temperatura, umidade, conservação e controle de qualidade.

6. DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

6.1 Preparação do procedimento

a) Avaliar a segurança da cena e adotar as medidas de proteção individual necessárias.

b) Confirmar a identificação do paciente, sempre que possível, e verificar a indicação clínica da aferição.

c) Explicar o procedimento ao paciente ou acompanhante, considerando o estado de consciência e as condições clínicas.

d) Higienizar as mãos conforme as recomendações de prevenção e controle de infecções.

e) Separar os materiais necessários e verificar as condições de funcionamento do glicosímetro.

f) Conferir a compatibilidade das tiras reagentes, o prazo de validade, a integridade da embalagem e as condições de armazenamento.

g) Verificar a realização do controle de qualidade do equipamento, conforme orientações do fabricante e rotina institucional.

h) Selecionar o local de punção, preferencialmente a face lateral da polpa digital, observando condições de perfusão, integridade da pele e presença de lesões.

6.2 Execução da técnica

a) Calçar luvas de procedimento.

b) Utilizar solução antisséptica e aguardar a secagem completa antes da punção.

c) Inserir a tira reagente no glicosímetro, conforme as orientações do fabricante.

d) Realizar a punção na lateral da polpa digital, utilizando lanceta estéril e de uso único.

e) Obter a amostra de sangue necessária, evitando compressão excessiva do dedo, que pode interferir na qualidade da amostra.

f) Aplicar a amostra na tira reagente conforme as instruções do fabricante, observando o volume necessário.

g) Aguardar a leitura do equipamento e verificar o resultado apresentado.

h) Realizar compressão suave no local da punção com gaze, quando necessário.

i) Descartar imediatamente a lanceta utilizada no coletor de perfurocortantes, sem reencapar, desmontar ou manipular desnecessariamente o dispositivo.

j) Descartar os demais materiais conforme o gerenciamento institucional de resíduos de serviços de saúde.

k) Retirar as luvas e higienizar as mãos.

6.3 Avaliação e interpretação do resultado

a) Verificar o valor apresentado pelo equipamento, expresso em mg/dL.

b) Correlacionar o resultado com a avaliação clínica, considerando sinais e sintomas, nível de consciência, antecedentes e medicamentos em uso.

c) Identificar manifestações sugestivas de hipoglicemia, como sudorese, tremores, palidez, fraqueza, alteração comportamental, confusão mental, convulsões e redução do nível de consciência.

d) Observar manifestações sugestivas de hiperglicemia importante, como poliúria, polidipsia, desidratação, náuseas, vômitos, alteração do padrão respiratório e comprometimento do estado geral.

e) Quando o resultado for incompatível com o quadro clínico, verificar possíveis falhas relacionadas à técnica, às tiras reagentes ou ao equipamento e repetir a aferição, quando indicado.

f) Considerar que situações de hipoperfusão periférica, choque, hipotermia ou alterações importantes da circulação podem comprometer a confiabilidade da glicemia capilar.

g) Em resultados críticos, inconsistentes ou fora da faixa de leitura do equipamento, comunicar imediatamente à equipe responsável e ao médico regulador, conforme a condição clínica e os fluxos institucionais.

h) Não retardar intervenções de suporte à vida ou a comunicação de alterações críticas para a realização de aferições repetidas.

6.4 Condutas diante de alterações glicêmicas

a) Identificar precocemente valores alterados e sinais clínicos de comprometimento do paciente.

b) Em caso de suspeita ou confirmação de hipoglicemia, seguir o protocolo assistencial institucional específico, considerando o nível de consciência, a segurança da deglutição e as competências profissionais.

c) Realizar a administração de glicose por via oral, enteral ou parenteral somente quando indicada, conforme protocolo institucional vigente, prescrição ou orientação médica aplicável.

d) Em pacientes com rebaixamento do nível de consciência ou incapacidade de deglutição segura, não administrar líquidos ou alimentos por via oral.

e) Em situações de hiperglicemia importante, avaliar sinais de desidratação, alterações respiratórias, comprometimento neurológico e outras manifestações de descompensação metabólica, comunicando os achados à equipe responsável.

f) Reavaliar a glicemia capilar e as condições clínicas após as intervenções, respeitando os intervalos definidos nos protocolos assistenciais.

g) Registrar os resultados das reavaliações, as condutas adotadas e a resposta clínica observada.

6.5 Registro do procedimento

Registrar no instrumento assistencial institucional, de forma clara, objetiva, cronológica e completa:

a) Data e horário da aferição.

b) Resultado da glicemia capilar em mg/dL.

c) Indicação clínica do procedimento, quando pertinente.

d) Sinais e sintomas apresentados pelo paciente.

e) Resultados inconsistentes, mensagens de erro ou limitações identificadas na aferição, quando relevantes.

f) Intervenções realizadas em decorrência dos resultados obtidos.

g) Comunicação de alterações críticas ao enfermeiro ou médico regulador, incluindo orientações e condutas subsequentes.

h) Resultados das reavaliações e evolução clínica.

i) Identificação do profissional responsável pelo procedimento, conforme normas institucionais.

7. RECOMENDAÇÕES PROFISSIONAIS

- A glicemia capilar constitui ferramenta de avaliação rápida, não substituindo a avaliação clínica global do paciente.
- O procedimento deverá ser realizado com equipamento validado e materiais compatíveis, respeitando as orientações do fabricante.
- Utilizar lancetas estéreis e descartáveis, sendo proibida sua reutilização.
- Não compartilhar dispositivos de punção entre pacientes.
- Evitar punção em locais com lesões, edema importante, infecção ou perfusão inadequada.
- Garantir a limpeza adequada do local de punção, evitando contaminação da amostra por resíduos de alimentos ou outras substâncias.
- Em situações de baixa perfusão periférica, interpretar os resultados com cautela e considerar métodos alternativos de avaliação, conforme disponibilidade e orientação médica.
- Resultados incompatíveis com o quadro clínico deverão ser reavaliados, sem retardar medidas assistenciais urgentes.
- A administração de glicose e demais intervenções para alterações glicêmicas deverá seguir os protocolos assistenciais vigentes e as competências legais de cada profissional.
- A frequência da monitorização deverá considerar a gravidade clínica e as intervenções realizadas.
- Comunicar os resultados alterados e a resposta às intervenções durante a transferência do cuidado.

8. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

Erro de leitura

Acidente com perfurocortante

Contaminação da amostra

Atraso no reconhecimento de hipoglicemia

Ausência de reavaliação

9. REFERÊNCIAS

Base normativa e técnica: Lei nº 7.498/1986; Decreto nº 94.406/1987; Resolução Cofen nº 736/2024; Protocolos de Intervenção do SAMU 192 (SBV e SAV); e manual institucional do SAMU Curitiba. Referências completas ao final deste documento.

HISTÓRICO DE REVISÃO E APROVAÇÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1	2026	Elaboração do documento

RESPONSABILIDADE	SETOR
Elaboração	Coordenação de Unidades Móveis de Atenção à Urgência e Emergência
Revisão/Análise	Coordenação de Unidades Móveis de Atenção à Urgência e Emergência, Coordenação Médica de Unidades Móveis de Atenção à Urgência e Emergência, Coordenação de Enfermagem do SAMU
Validação	Núcleo da Qualidade do Cuidado em Saúde
Aprovação	Direção Geral do Departamento de Urgência e Emergência

1. OBJETIVO

Padronizar a execução segura e a documentação do procedimento de enfermagem: oxigenoterapia e monitorização respiratória.

2. APLICABILIDADE

Atendimento pré-hospitalar móvel do SAMU Curitiba, conforme perfil assistencial, categoria profissional e recursos da unidade.

3. RESPONSÁVEIS

Enfermeiros e técnicos de enfermagem, conforme prescrição/protocolo aplicável.

4. DEFINIÇÕES / SIGLAS

SAMU: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência;
RAE: Registro de Atendimento de Enfermagem;
POP: Procedimento Operacional Padrão;
USB: Unidade de Suporte Básico;
USA: Unidade de Suporte Avançado.

5. ESTRUTURA, EQUIPAMENTOS E MATERIAIS

Fonte de oxigênio, fluxômetro, dispositivos compatíveis, oxímetro e EPIs.

6. DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

6.1 RECOMENDAÇÕES PROFISSIONAIS

6.1.1 Prescrição e início da oxigenoterapia pelo enfermeiro

O enfermeiro devidamente habilitado e capacitado poderá, mediante avaliação clínica e de enfermagem, prescrever e iniciar a oxigenoterapia, independentemente de prescrição médica individual prévia, exclusivamente nas situações expressamente previstas em protocolo.

A prescrição deverá estar fundamentada em critérios clínicos objetivos, observando-se as condições abaixo:

a) Identificação de hipoxemia, caracterizada por saturação periférica de oxigênio (SpO_2) inferior à meta estabelecida para a condição clínica do paciente, considerando a confiabilidade da oximetria.

b) Presença de sinais de comprometimento da oxigenação, como cianose, desconforto respiratório, utilização de musculatura acessória ou alteração do nível de consciência, associados à avaliação clínica.

c) Identificação de condições respiratórias agudas para as quais o protocolo institucional autorize expressamente a administração de oxigênio.

d) Ausência de contraindicações ou condições clínicas que exijam abordagem específica não contemplada neste protocolo.

e) Disponibilidade de dispositivos adequados, equipamentos funcionantes e recursos suficientes para a administração e monitorização durante todo o atendimento e transporte.

f) Observância dos dispositivos, fluxos, metas de saturação e limites de ajuste estabelecidos no protocolo institucional.

g) Realização de monitorização e reavaliação clínica após o início da oxigenoterapia, com registro dos parâmetros assistenciais e da resposta terapêutica.

h) Comunicação ao médico regulador conforme fluxo institucional, imediatamente diante de instabilidade clínica, insuficiência respiratória grave, ausência de resposta à intervenção ou necessidade de suporte ventilatório adicional.

A autonomia do enfermeiro deverá permanecer restrita às condições expressamente autorizadas pelo protocolo, não se estendendo à prescrição de outras terapêuticas ou à utilização de dispositivos não contemplados.

6.1.2 Administração de oxigenoterapia pelo técnico de enfermagem

A equipe técnica de enfermagem poderá executar a administração de oxigênio medicinal mediante prescrição médica ou prescrição do enfermeiro legalmente respaldada em protocolo institucional aprovado, observadas as competências profissionais e a supervisão do enfermeiro.

Nas Unidades de Suporte Básico (USB), nas quais não há enfermeiro presencial, a administração de oxigênio deverá seguir prescrição válida do médico regulador, inclusive quando emitida por meio dos mecanismos de comunicação à distância oficialmente instituídos pelo SAMU Curitiba.

Compete ao técnico de enfermagem:

a) Reconhecer e comunicar sinais de hipoxemia e alterações do padrão respiratório, conforme suas atribuições profissionais.

b) Verificar a prescrição, o dispositivo indicado, o fluxo de oxigênio e as orientações específicas para o paciente.

c) Preparar e conferir os equipamentos necessários, verificando a integridade dos dispositivos, o funcionamento do fluxômetro e a autonomia do cilindro.

d) Administrar oxigênio conforme os parâmetros prescritos, observando a técnica correta e as especificações do dispositivo utilizado.

e) Monitorizar SpO_2, frequência respiratória, esforço ventilatório, nível de consciência e resposta clínica.

f) Comunicar imediatamente ao médico regulador qualquer alteração significativa, hipoxemia persistente, agravamento clínico ou necessidade de modificação da terapêutica.

g) Registrar a prescrição recebida, a intervenção realizada, os parâmetros utilizados, a evolução clínica e as intercorrências.

O técnico de enfermagem não poderá realizar prescrição autônoma de oxigênio medicinal nem modificar os parâmetros terapêuticos fora dos limites expressamente autorizados por prescrição válida ou pelas normas institucionais aplicáveis.

6.1.3 Condições especiais e situações de emergência

Em situações de insuficiência respiratória grave, hipoxemia persistente, instabilidade hemodinâmica, rebaixamento do nível de consciência ou risco iminente à vida, a equipe deverá priorizar a avaliação e as medidas imediatas de suporte básico ou avançado de vida, conforme suas competências profissionais e os protocolos institucionais vigentes.

O médico regulador deverá ser comunicado imediatamente para avaliação da necessidade de suporte adicional, ajustes terapêuticos e definição da continuidade da assistência.

Nas Unidades de Suporte Básico, o técnico de enfermagem deverá solicitar prioritariamente orientação e prescrição do médico regulador, sem retardar a execução das demais medidas de suporte à vida legalmente autorizadas.

6.1.4 Registro e responsabilidade profissional

A prescrição realizada pelo enfermeiro deverá conter a avaliação clínica que fundamentou a indicação, a identificação do protocolo institucional utilizado, o dispositivo, o fluxo de oxigênio, a meta de saturação e os critérios de monitorização e reavaliação.

Todas as intervenções deverão ser registradas no documento assistencial, garantindo rastreabilidade, continuidade do cuidado e segurança do paciente.

7. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

Hipoxemia persistente

Hiperóxia em grupos suscetíveis

Interrupção de oxigênio durante transporte

8. REFERÊNCIAS

Base normativa e técnica: Lei nº 7.498/1986; Decreto nº 94.406/1987; Resolução Cofen nº 736/2024; Protocolos de Intervenção do SAMU 192 (SBV e SAV); e manual institucional do SAMU Curitiba. Referências completas ao final deste documento.

HISTÓRICO DE REVISÃO E APROVAÇÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1	2026	Elaboração do documento

RESPONSABILIDADE	SETOR
Elaboração	Coordenação de Unidades Móveis de Atenção à Urgência e Emergência
Revisão/Análise	Coordenação de Unidades Móveis de Atenção à Urgência e Emergência, Coordenação Médica de Unidades Móveis de Atenção à Urgência e Emergência, Coordenação de Enfermagem do SAMU
Validação	Núcleo da Qualidade do Cuidado em Saúde
Aprovação	Direção Geral do Departamento de Urgência e Emergência

1. OBJETIVO

Promover a remoção de secreções das vias aéreas superiores ou artificiais, mantendo sua permeabilidade, favorecendo a ventilação e a oxigenação e prevenindo complicações respiratórias.

2. APLICABILIDADE

Atendimento pré-hospitalar móvel do SAMU Curitiba, conforme perfil assistencial, categoria profissional e recursos da unidade.

3. RESPONSÁVEIS

Enfermeiro e técnico, conforme complexidade, capacitação e atribuições; pacientes críticos sob responsabilidade do enfermeiro.

4. DEFINIÇÕES / SIGLAS

SAMU: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência;
RAE: Registro de Atendimento de Enfermagem;
POP: Procedimento Operacional Padrão;
USB: Unidade de Suporte Básico;
USA: Unidade de Suporte Avançado.

5. ESTRUTURA, EQUIPAMENTOS E MATERIAIS

Aspirador portátil ou sistema de aspiração, sondas de aspiração de calibre adequado, sistema coletor, luvas de procedimento, luvas estéreis quando indicadas, máscara, proteção ocular, avental conforme risco de exposição, oxímetro de pulso, fonte de oxigênio e dispositivos de suporte ventilatório.

6. DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

a) Avaliar as condições clínicas do paciente, identificando a necessidade de aspiração por presença de secreções visíveis ou audíveis, ruídos respiratórios sugestivos de acúmulo de secreção, tosse ineficaz, dificuldade ventilatória, redução da saturação de oxigênio ou suspeita de obstrução por secreções.

b) Verificar o nível de consciência, a frequência respiratória, a saturação periférica de oxigênio (SpO_2), a frequência cardíaca e, quando disponível e indicado, a pressão arterial, identificando possíveis riscos associados ao procedimento.

c) Explicar o procedimento ao paciente, sempre que possível, preservando sua privacidade e proporcionando conforto e segurança.

d) Realizar higienização das mãos, utilizar os equipamentos de proteção individual adequados e preparar os materiais, verificando o funcionamento do aspirador e regulando a pressão negativa conforme a faixa etária, o tipo de via aérea e o protocolo institucional.

e) Posicionar o paciente de acordo com suas condições clínicas, preferencialmente com cabeceira elevada quando tolerado, respeitando as restrições relacionadas a trauma, instabilidade hemodinâmica ou outras condições específicas.

f) Monitorizar continuamente a oxigenação e a resposta clínica durante o procedimento. Nos pacientes com via aérea artificial, realizar pré-oxigenação conforme avaliação clínica e protocolo assistencial, evitando hipóxia relacionada à aspiração.

g) Selecionar a sonda de calibre compatível com a via aérea. Nos pacientes intubados ou traqueostomizados, utilizar técnica estéril na aspiração por sistema aberto e evitar desconexões desnecessárias do circuito ventilatório.

h) Introduzir a sonda delicadamente, sem aplicação de pressão negativa, até a profundidade necessária, evitando movimentos traumáticos e aspiração profunda rotineira.

i) Aplicar a sucção durante a retirada da sonda, de maneira contínua ou intermitente conforme a técnica adotada, limitando cada passagem ao menor tempo possível, não ultrapassando 15 segundos, com atenção especial aos pacientes pediátricos e neonatais.

j) Permitir a recuperação da oxigenação e a estabilização clínica entre as passagens, reavaliando a necessidade de novas aspirações. Evitar repetições desnecessárias e prolongadas.

k) Observar continuamente sinais de intolerância ao procedimento, como dessaturação importante, bradicardia, arritmias, alterações hemodinâmicas, sangramento, broncoespasmo ou agravamento do desconforto respiratório. Diante dessas situações, interromper a aspiração, restabelecer a oxigenação e ventilação conforme necessidade e solicitar suporte adequado.

l) Reavaliar a permeabilidade das vias aéreas, a ausculta pulmonar quando indicada, a saturação de oxigênio e os demais parâmetros clínicos, verificando a efetividade do procedimento.

m) Descartar os materiais utilizados conforme as normas de biossegurança, realizar higienização das mãos e reorganizar os equipamentos para utilização posterior.

n) Registrar em prontuário a indicação, o tipo de aspiração realizada, as características e a quantidade estimada de secreção, a resposta clínica do paciente, os parâmetros monitorizados e eventuais intercorrências e condutas adotadas.

7. RECOMENDAÇÕES PROFISSIONAIS

a) A aspiração de vias aéreas deverá ser realizada mediante avaliação da necessidade clínica, não sendo recomendada como procedimento rotineiro em intervalos fixos na ausência de indicação.

b) A aspiração de vias aéreas em pacientes graves, com ou sem via aérea artificial, é atribuição do enfermeiro, observadas as disposições da Resolução COFEN nº 557/2017 e as exceções previstas para situações de emergência.

c) O técnico de enfermagem poderá realizar o procedimento em pacientes não graves, inclusive naqueles com traqueostomia crônica, desde que previamente avaliados e com cuidados prescritos pelo enfermeiro, conforme a legislação profissional e os protocolos institucionais.

d) Nos pacientes em ventilação mecânica, recomenda-se priorizar a manutenção da oxigenação e minimizar desconexões do circuito, considerando a utilização do sistema fechado de aspiração conforme as condições clínicas e os recursos disponíveis.

e) A pré-oxigenação deverá ser considerada nos pacientes pediátricos e adultos com via aérea artificial, utilizando parâmetros adequados à condição clínica e evitando hiperóxia desnecessária.

f) Não realizar instilação rotineira de solução fisiológica a 0,9% na via aérea artificial, devido à ausência de benefício comprovado e ao risco de complicações associadas.

g) Utilizar a menor pressão negativa efetiva para remoção das secreções, respeitando os limites recomendados para cada faixa etária.

h) Priorizar a aspiração superficial em pacientes com via aérea artificial. A aspiração profunda deverá ser reservada às situações em que a técnica superficial não for eficaz.

i) Evitar aspirações prolongadas ou repetidas sem reavaliação, considerando o risco de hipoxemia, lesão da mucosa, sangramento, alterações cardiovasculares e instabilidade hemodinâmica.

j) Nos atendimentos pré-hospitalares, assegurar a disponibilidade de oxigênio, dispositivos de ventilação e equipamentos de aspiração funcionantes antes do procedimento, sempre que a urgência clínica permitir.

k) Em situações de instabilidade clínica, dificuldade persistente de ventilação ou suspeita de obstrução não resolvida, realizar avaliação imediata da via aérea e acionar o suporte assistencial adequado, com comunicação ao médico regulador conforme os fluxos operacionais do SAMU.

8. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

Hipoxemia

Trauma de mucosa

Contaminação

9. REFERÊNCIAS

Base normativa e técnica: Lei nº 7.498/1986; Decreto nº 94.406/1987; Resolução Cofen nº 736/2024; Protocolos de Intervenção do SAMU 192 (SBV e SAV); e manual institucional do SAMU Curitiba. Referências completas ao final deste documento.

HISTÓRICO DE REVISÃO E APROVAÇÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1	2026	Elaboração do documento

RESPONSABILIDADE	SETOR
Elaboração	Coordenação de Unidades Móveis de Atenção à Urgência e Emergência
Revisão/Análise	Coordenação de Unidades Móveis de Atenção à Urgência e Emergência, Coordenação Médica de Unidades Móveis de Atenção à Urgência e Emergência, Coordenação de Enfermagem do SAMU
Validação	Núcleo da Qualidade do Cuidado em Saúde
Aprovação	Direção Geral do Departamento de Urgência e Emergência

1. OBJETIVO

Padronizar a assistência ventilatória com bolsa-válvula-máscara (BVM) no atendimento pré-hospitalar, assegurando ventilação e oxigenação adequadas aos pacientes com respiração ausente ou ineficaz, prevenindo complicações e promovendo a segurança do paciente.

2. APLICABILIDADE

Atendimento pré-hospitalar móvel do SAMU Curitiba, conforme perfil assistencial, categoria profissional e recursos da unidade.

3. RESPONSÁVEIS

Equipe de enfermagem habilitada; coordenação do enfermeiro em situações de alta complexidade.

4. DEFINIÇÕES / SIGLAS

SAMU: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência;

RAE: Registro de Atendimento de Enfermagem;

POP: Procedimento Operacional Padrão;

USB: Unidade de Suporte Básico;

USA: Unidade de Suporte Avançado.

5. ESTRUTURA, EQUIPAMENTOS E MATERIAIS

a) Bolsa-válvula-máscara (BVM) adequada à faixa etária do paciente (adulto, pediátrico ou neonatal), com reservatório de oxigênio.

b) Máscaras faciais de tamanhos variados, que permitam vedação adequada.

c) Fonte de oxigênio com fluxômetro, extensões e conexões compatíveis.

d) Cânulas orofaríngeas e nasofaríngeas de tamanhos adequados, quando indicadas e sem contraindicações.

e) Aspirador portátil e sondas ou dispositivos de aspiração apropriados.

f) Oxímetro de pulso, monitor multiparamétrico e capnógrafo, quando disponíveis e indicados.

g) Equipamentos de proteção individual conforme as precauções recomendadas.

6. DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

a) Avaliar rapidamente as condições clínicas do paciente, verificando nível de consciência, permeabilidade das vias aéreas, frequência e padrão respiratório, expansão torácica, presença de pulso e sinais de hipoxemia.

b) Identificar situações de apneia, respiração agônica, hipoventilação ou insuficiência respiratória com ventilação inadequada, iniciando prontamente o suporte ventilatório e solicitando apoio conforme a gravidade.

c) Realizar higienização das mãos, utilizar os equipamentos de proteção individual e verificar o funcionamento da BVM, das conexões, do reservatório e da fonte de oxigênio.

d) Posicionar o paciente, sempre que possível, em decúbito dorsal, garantindo acesso adequado à cabeça e às vias aéreas.

e) Promover a abertura das vias aéreas utilizando a manobra de inclinação da cabeça e elevação do mento nos pacientes sem suspeita de trauma cervical. Na suspeita de lesão cervical, priorizar a tração da mandíbula, minimizando a movimentação da coluna cervical, sem comprometer a permeabilidade das vias aéreas.

f) Inspecionar a cavidade oral e remover secreções, vômitos ou corpos estranhos visíveis, quando possível e seguro, utilizando dispositivos de aspiração quando necessário. Não realizar varredura digital às cegas.

g) Considerar a utilização de cânula orofaríngea em pacientes inconscientes, sem reflexo de vômito, ou cânula nasofaríngea quando indicada, observando as contraindicações e os protocolos institucionais.

h) Selecionar a máscara facial de tamanho adequado, posicionando-a sobre o nariz e a boca, de maneira a garantir vedação efetiva, evitando pressão excessiva sobre os tecidos faciais e os olhos.

i) Preferencialmente, realizar a ventilação com dois profissionais, sendo um responsável pela abertura das vias aéreas e vedação da máscara com ambas as mãos e o outro pela compressão da bolsa.

j) Quando houver apenas um profissional disponível, utilizar a técnica de vedação com uma mão, mantendo a abertura das vias aéreas e comprimindo a bolsa com a outra, observando continuamente a efetividade da ventilação.

k) Conectar a BVM à fonte de oxigênio, ajustando o fluxo conforme as características do equipamento e a necessidade clínica, assegurando o funcionamento adequado do reservatório.

l) Comprimir a bolsa de forma suave e controlada, durante aproximadamente um segundo, fornecendo volume suficiente para produzir elevação torácica visível, evitando insuflação excessiva e hiperventilação.

m) Adequar a frequência ventilatória conforme a faixa etária e a situação clínica, observando as diretrizes vigentes de suporte básico e avançado de vida.

n) Avaliar continuamente a eficácia da ventilação por meio da expansão torácica, ausculta pulmonar quando indicada, saturação periférica de oxigênio, frequência cardíaca, coloração da pele e resposta clínica.

o) Na ausência de expansão torácica adequada, reavaliar imediatamente o posicionamento da cabeça, a permeabilidade das vias aéreas, a vedação da máscara, a presença de secreções e o funcionamento do dispositivo, corrigindo as possíveis causas.

p) Observar sinais de complicações, como distensão gástrica, regurgitação, vômitos, broncoaspiração, dessaturação persistente ou instabilidade hemodinâmica, adotando as medidas pertinentes.

q) Manter a ventilação assistida enquanto houver indicação clínica, reavaliando continuamente a necessidade de suporte avançado de vias aéreas e comunicando a situação ao médico regulador, conforme o fluxo institucional.

r) Após o procedimento, realizar o descarte dos materiais descartáveis, a limpeza e desinfecção dos equipamentos reutilizáveis, conforme as normas de biossegurança e os protocolos institucionais.

s) Registrar no prontuário os achados da avaliação inicial, a indicação da ventilação assistida, os dispositivos utilizados, os parâmetros observados, a resposta clínica, as intercorrências e as condutas adotadas, incluindo a comunicação à regulação médica.

6.1 RECOMENDAÇÕES PROFISSIONAIS

a) A ventilação com BVM é uma intervenção essencial no atendimento de pacientes com ventilação ausente ou inadequada, devendo ser iniciada prontamente por profissional capacitado, respeitando suas competências e os protocolos assistenciais.

b) A técnica com dois profissionais deve ser priorizada sempre que possível, pois proporciona melhor vedação da máscara, manutenção da permeabilidade das vias aéreas e maior eficácia ventilatória.

c) A ventilação deverá ser suficiente para promover expansão torácica visível, evitando volumes e frequências excessivos, que podem ocasionar distensão gástrica, regurgitação, broncoaspiração e comprometimento hemodinâmico.

d) Nos pacientes adultos com pulso e ausência de respiração efetiva, recomenda-se realizar aproximadamente uma ventilação a cada 6 segundos, equivalente a 10 ventilações por minuto.

e) Nos lactentes e crianças com pulso e respiração ausente ou inadequada, recomenda-se uma ventilação a cada 2 a 3 segundos, equivalente a 20 a 30 ventilações por minuto, conforme as diretrizes pediátricas vigentes. A assistência ao recém-nascido

imediatamente após o nascimento deve seguir protocolo específico de reanimação neonatal.

f) Nos casos de parada cardiorrespiratória, seguir o POP institucional de ressuscitação cardiopulmonar, respeitando a relação entre compressões e ventilações e as recomendações específicas para pacientes com ou sem via aérea avançada.

g) A utilização de cânulas auxiliares deve considerar o nível de consciência, os reflexos de proteção das vias aéreas, a presença de trauma e as contraindicações específicas de cada dispositivo.

h) Nos pacientes com suspeita de trauma cervical, priorizar manobras que minimizem a movimentação da coluna, sem retardar ou comprometer a oxigenação e a ventilação.

i) A monitorização contínua é recomendada, especialmente nos pacientes graves, devendo incluir oximetria de pulso e, quando disponível e indicada, capnografia, considerando que a oximetria isoladamente não assegura ventilação adequada.

j) A persistência de ventilação ineficaz, apesar das medidas corretivas, exige reavaliação imediata da via aérea, solicitação de suporte avançado e comunicação ao médico regulador, conforme a gravidade.

k) A equipe de enfermagem deverá atuar de acordo com suas competências legais, capacitação e protocolos institucionais, cabendo ao enfermeiro a avaliação, o planejamento e a supervisão da assistência de enfermagem, especialmente nos pacientes graves e instáveis.

7. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

Distensão gástrica

Ventilação inadequada

Hipoventilação e hipoxemia

Falha do equipamento

Hiperventilação

Regurgitação e broncoaspiração

Atraso em suporte definitivo

8. REFERÊNCIAS

Base normativa e técnica: Lei nº 7.498/1986; Decreto nº 94.406/1987; Resolução Cofen nº 736/2024; Protocolos de Intervenção do SAMU 192 (SBV e SAV); e manual institucional do SAMU Curitiba. Referências completas ao final deste documento.

HISTÓRICO DE REVISÃO E APROVAÇÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1	2026	Elaboração do documento

RESPONSABILIDADE	SETOR
Elaboração	Coordenação de Unidades Móveis de Atenção à Urgência e Emergência
Revisão/Análise	Coordenação de Unidades Móveis de Atenção à Urgência e Emergência, Coordenação Médica de Unidades Móveis de Atenção à Urgência e Emergência, Coordenação de Enfermagem do SAMU
Validação	Núcleo da Qualidade do Cuidado em Saúde
Aprovação	Direção Geral do Departamento de Urgência e Emergência

1. OBJETIVO

Padronizar a técnica de punção venosa periférica no atendimento pré-hospitalar, garantindo acesso seguro à circulação venosa para administração de medicamentos e soluções quando clinicamente indicados, minimizando complicações e promovendo a segurança do paciente.

2. APLICABILIDADE

Atendimento pré-hospitalar móvel do SAMU Curitiba, conforme perfil assistencial, categoria profissional e recursos da unidade.

3. RESPONSÁVEIS

Enfermeiros e técnicos habilitados, conforme organização local e supervisão do enfermeiro.

4. DEFINIÇÕES / SIGLAS

SAMU: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência;

RAE: Registro de Atendimento de Enfermagem;

POP: Procedimento Operacional Padrão;

USB: Unidade de Suporte Básico;

USA: Unidade de Suporte Avançado.

5. ESTRUTURA, EQUIPAMENTOS E MATERIAIS

a) Cateter intravenoso periférico, preferencialmente com dispositivo de segurança, de calibre adequado à condição clínica e à terapia prevista.

b) Luvas de procedimento e demais equipamentos de proteção individual conforme o risco de exposição.

c) Antisséptico apropriado para preparo da pele, conforme padronização institucional.

d) Dispositivo de fixação apropriado.

e) Extensor, conectores e dispositivos de sistema fechado, quando disponíveis.

f) Seringa estéril e solução fisiológica a 0,9% para avaliação da permeabilidade e manutenção do acesso, conforme protocolo institucional.

g) Equipo e solução intravenosa, quando houver indicação clínica e prescrição ou protocolo válido.

h) Etiqueta de identificação do acesso venoso.

i) Coletor rígido para descarte de materiais perfurocortantes e recipiente para resíduos de serviços de saúde.

6. DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

a) Avaliar a condição clínica do paciente e confirmar a indicação do acesso venoso periférico, considerando a necessidade de administração de medicamentos, fluidos ou manutenção de acesso para intervenções emergenciais.

b) Confirmar a identificação do paciente, investigar histórico de alergias, condições vasculares, presença de lesões, infecções locais, edema, alterações circulatórias e possíveis contraindicações à punção nos locais disponíveis.

c) Avaliar as condições de segurança da cena e selecionar local apropriado para realização do procedimento, considerando as particularidades do atendimento pré-hospitalar.

d) Explicar o procedimento ao paciente, sempre que possível, promovendo acolhimento, privacidade e conforto.

e) Realizar higienização das mãos e organizar os materiais necessários, verificando integridade das embalagens, prazo de validade e condições de uso dos dispositivos.

f) Selecionar o cateter de menor calibre que permita atender com segurança à terapia prevista, considerando o estado clínico do paciente, o tipo de solução a ser administrada e a necessidade de reposição volêmica rápida.

g) Selecionar preferencialmente veias dos membros superiores, priorizando locais com menor risco de complicações, evitando áreas de flexão, regiões com sinais de infecção, edema, hematomas, lesões ou comprometimento vascular.

h) Posicionar adequadamente o membro e aplicar o garrote proximalmente ao local escolhido, evitando compressão excessiva e comprometimento da circulação arterial.

i) Realizar inspeção e palpação da rede venosa para identificação do vaso mais adequado.

j) Calçar luvas de procedimento e realizar antissepsia da pele com produto padronizado, respeitando a técnica e o tempo de aplicação recomendados pelo fabricante. Aguardar a secagem completa antes da inserção do cateter.

k) Evitar tocar novamente no local após a antissepsia. Caso seja necessária nova palpação, utilizar técnica asséptica apropriada.

l) Estabilizar a veia e introduzir o cateter com o bisel voltado para cima, em angulação compatível com a profundidade e as características do vaso.

m) Observar o refluxo sanguíneo como indicativo inicial de acesso ao vaso e avançar cuidadosamente o cateter, sem forçar sua progressão.

n) Soltar o garrote, estabilizar o dispositivo e realizar a retirada da agulha introdutora, descartando-a imediatamente em coletor apropriado, sem reencapar.

o) Conectar o extensor ou dispositivo de sistema fechado, previamente preparado conforme técnica asséptica, evitando contaminação das conexões e entrada de ar.

p) Avaliar a permeabilidade do acesso por meio de lavagem com solução fisiológica a 0,9%, conforme protocolo institucional, observando facilidade de infusão e ausência de dor, resistência, edema ou infiltração. Não forçar a infusão diante de resistência ou suspeita de posicionamento inadequado.

q) Realizar estabilização do cateter e fixar.

r) Identificar o acesso venoso com data, horário, calibre e identificação do profissional, conforme padronização institucional, sem prejudicar a visualização do sítio de inserção.

s) Reavaliar a funcionalidade do dispositivo e assegurar que a fixação permita a movimentação e o transporte do paciente sem tracionamento ou deslocamento do cateter.

t) Durante o atendimento e deslocamento, monitorar o local da punção, observando sinais de infiltração, extravasamento, flebite, sangramento, dor, edema ou perda de permeabilidade.

u) Diante de complicações, interromper imediatamente a infusão, avaliar o sítio de inserção e adotar as medidas assistenciais pertinentes. Em caso de suspeita de extravasamento de medicamento potencialmente lesivo, seguir o protocolo específico antes de retirar o dispositivo.

v) Descartar os materiais utilizados conforme as normas de biossegurança, retirar as luvas e realizar higienização das mãos.

w) Registrar no prontuário a indicação do procedimento, local anatômico, calibre do cateter, data e horário, número de tentativas, condições de permeabilidade, intervenções realizadas, resposta clínica e eventuais intercorrências.

6.1 RECOMENDAÇÕES PROFISSIONAIS

O acesso não autoriza, por si só, administração de medicação ou infusão sem indicação clínica e prescrição/protocolo válido.

7. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

Infecção

Extravasamento

Punção inadvertida

8. REFERÊNCIAS

Base normativa e técnica: Lei nº 7.498/1986; Decreto nº 94.406/1987; Resolução Cofen nº 736/2024; Protocolos de Intervenção do SAMU 192 (SBV e SAV); e manual institucional do SAMU Curitiba. Referências completas ao final deste documento.

HISTÓRICO DE REVISÃO E APROVAÇÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1	2026	Elaboração do documento

RESPONSABILIDADE	SETOR
Elaboração	Coordenação de Unidades Móveis de Atenção à Urgência e Emergência
Revisão/Análise	Coordenação de Unidades Móveis de Atenção à Urgência e Emergência, Coordenação Médica de Unidades Móveis de Atenção à Urgência e Emergência, Coordenação de Enfermagem do SAMU
Validação	Núcleo da Qualidade do Cuidado em Saúde
Aprovação	Direção Geral do Departamento de Urgência e Emergência

1. OBJETIVO

Padronizar a execução segura e a documentação do procedimento de enfermagem: administração segura de medicamentos.

2. APLICABILIDADE

Padronizar o preparo, a administração e a monitorização de medicamentos no atendimento pré-hospitalar, assegurando práticas assistenciais seguras, prevenção de erros, rastreabilidade e cumprimento das competências profissionais, das prescrições válidas e dos protocolos institucionais formalmente aprovados.

3. RESPONSÁVEIS

Enfermeiros e técnicos dentro de competência, autorização e supervisão aplicáveis.

4. DEFINIÇÕES / SIGLAS

SAMU: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência;

RAE: Registro de Atendimento de Enfermagem;

POP: Procedimento Operacional Padrão;

USB: Unidade de Suporte Básico;

USA: Unidade de Suporte Avançado.

5. ESTRUTURA, EQUIPAMENTOS E MATERIAIS

a) Prescrição individual válida ou protocolo institucional formalmente aprovado que contemple expressamente o medicamento, a indicação clínica e as condições de utilização.

b) Medicamentos padronizados, devidamente identificados, dentro do prazo de validade e armazenados conforme as recomendações do fabricante.

c) Diluentes e soluções compatíveis com os medicamentos prescritos.

d) Seringas, agulhas, equipos, extensores, conectores e dispositivos adequados à via de administração.

e) Bombas de infusão, quando indicadas e disponíveis, devidamente verificadas quanto ao funcionamento.

f) Antissépticos, gazes e demais materiais necessários ao preparo e à administração.

g) Equipamentos de proteção individual conforme o procedimento e os riscos envolvidos.

h) Monitor multiparamétrico, oxímetro de pulso, equipamentos de suporte ventilatório e demais recursos necessários à monitorização e ao atendimento de intercorrências.

i) Materiais para identificação de seringas, soluções e linhas de infusão.

j) Coletor de materiais perfurocortantes e recipientes destinados ao descarte de resíduos de serviços de saúde.

k) Ficha de atendimento ou sistema institucional para registro e rastreabilidade da assistência.

6. DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

a) Avaliar as condições clínicas do paciente, identificando a indicação terapêutica, os sinais e sintomas apresentados, a gravidade e os parâmetros necessários à administração segura do medicamento.
b) Confirmar a identificação do paciente utilizando, sempre que possível, pelo menos dois identificadores, evitando o uso exclusivo de informações relacionadas à localização ou ao número da ocorrência.
c) Investigar alergias conhecidas, medicamentos em uso, antecedentes clínicos relevantes e possíveis contraindicações, considerando as limitações inerentes ao atendimento pré-hospitalar.
d) Verificar a existência de prescrição individual válida ou protocolo institucional formalmente aprovado que autorize expressamente a administração do medicamento nas condições clínicas identificadas, observando a competência legal do profissional responsável.
e) Quando a administração depender de prescrição médica, confirmar a orientação com o médico regulador, conforme o fluxo institucional, registrando a prescrição e sua forma de comunicação. Nos casos de prescrição verbal admitida em situação de emergência, realizar confirmação por repetição da ordem recebida e documentação conforme norma institucional.
f) Conferir os requisitos de segurança da administração de medicamentos, incluindo paciente, medicamento, dose, via, horário, registro e demais verificações pertinentes à indicação, apresentação, diluição, compatibilidade e resposta clínica.
g) Verificar o nome do medicamento, princípio ativo, concentração, apresentação, integridade da embalagem, prazo de validade, condições de armazenamento e aspecto físico da solução.
h) Confirmar a dose prescrita ou prevista em protocolo, considerando peso, faixa etária, condição clínica e parâmetros laboratoriais, quando disponíveis e necessários.
i) Verificar a necessidade de reconstituição ou diluição, utilizando exclusivamente diluentes, concentrações, volumes e velocidades de administração compatíveis com as recomendações técnicas e os protocolos institucionais.
j) Realizar dupla checagem independente nos processos considerados de maior risco, especialmente com medicamentos potencialmente perigosos, conforme os critérios estabelecidos pela instituição. Quando a dupla checagem não for viável em situação de emergência, seguir a contingência institucional prevista e documentar as verificações realizadas.

k) Realizar higienização das mãos, utilizar os equipamentos de proteção individual e preparar o medicamento com técnica asséptica, em local organizado e com menor possibilidade de interrupções ou distrações.
l) Identificar imediatamente seringas, soluções e dispositivos preparados, contendo, conforme aplicável, nome do medicamento, concentração, dose, diluente, horário de preparo e identificação do profissional responsável.
m) Conferir a via de administração prescrita e verificar as condições do dispositivo de acesso, incluindo permeabilidade, integridade, posicionamento e possíveis sinais de complicações.
n) Nos medicamentos administrados por via intravenosa, verificar a compatibilidade com soluções e outros fármacos utilizados, evitando misturas ou administrações simultâneas sem confirmação de compatibilidade.
o) Informar o paciente sobre a medicação, sua finalidade e possíveis efeitos, sempre que as condições clínicas permitirem.
p) Administrar o medicamento respeitando a dose, a via, a velocidade e as demais condições estabelecidas na prescrição ou protocolo aplicável.
q) Manter monitorização clínica compatível com o medicamento e o risco apresentado, observando frequência cardíaca, pressão arterial, padrão respiratório, saturação de oxigênio, nível de consciência e outros parâmetros específicos.
r) Observar sinais de reações adversas, hipersensibilidade, alterações hemodinâmicas, depressão respiratória, extravasamento, flebite ou outras complicações relacionadas à administração.
s) Diante de suspeita de reação adversa grave, interromper a administração quando aplicável, avaliar imediatamente o paciente, instituir as medidas de suporte indicadas e comunicar o médico regulador, conforme a gravidade e os protocolos assistenciais.
t) Reavaliar a resposta terapêutica, verificando a efetividade do medicamento, a evolução dos sinais e sintomas e a necessidade de novas intervenções.
u) Durante o transporte, garantir a segurança dos dispositivos de administração, a estabilização dos acessos e a continuidade da monitorização, evitando desconexões, interrupções não planejadas e alterações inadvertidas da velocidade de infusão.
v) Ao transferir o cuidado para a unidade receptora, comunicar os medicamentos administrados, doses, horários, vias, infusões em andamento, resposta clínica e eventuais intercorrências.
w) Descartar imediatamente os materiais perfurocortantes e demais resíduos conforme as normas de biossegurança, reorganizando os equipamentos utilizados.
x) Registrar em prontuário o medicamento, concentração, dose, via, horário, diluição e velocidade de infusão quando aplicáveis, identificação profissional, fundamento prescricional ou protocolo utilizado, parâmetros monitorizados, resposta terapêutica e eventuais intercorrências.

7. RECOMENDAÇÕES PROFISSIONAIS

a) A administração de medicamentos deverá observar as competências legais dos profissionais de enfermagem, a indicação clínica, a existência de prescrição válida ou protocolo institucional aplicável e as condições de segurança do paciente.

b) Este Procedimento Operacional Padrão não constitui prescrição automática, autorização genérica para administração de medicamentos ou instrumento de ampliação das competências profissionais.
c) A existência de medicamentos na relação de materiais das ambulâncias, em listas de padronização farmacêutica ou em anexos institucionais não autoriza, isoladamente, sua administração.
d) A prescrição de medicamentos pelo enfermeiro deverá observar a Lei Federal nº 7.498/1986, o Decreto nº 94.406/1987 e a Resolução COFEN nº 801/2026, fundamentando-se em programas de saúde pública ou protocolos e rotinas aprovados pela instituição, nos limites das disposições legais.
e) Para medicamentos cujo início esteja previsto em protocolo específico de enfermagem, deverão estar expressamente definidos os critérios de indicação, contraindicações, dose, via, diluição, monitorização, condições de suspensão e encaminhamento, além dos requisitos de capacitação.
f) A administração de medicamentos que dependam de prescrição individual deverá ocorrer mediante prescrição válida, observando os fluxos institucionais e a atuação do médico regulador quando pertinente.
g) Nos pacientes graves ou instáveis, compete ao enfermeiro realizar os cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica, a avaliação e a tomada de decisão no âmbito de suas atribuições legais.
h) O técnico de enfermagem poderá realizar o preparo e a administração de medicamentos conforme sua habilitação mediante prescrição ou protocolo válido, respeitando as restrições legais e institucionais.
i) Medicamentos potencialmente perigosos deverão receber medidas adicionais de segurança, incluindo padronização de concentrações, identificação diferenciada, verificação de cálculos e dupla checagem independente nos pontos críticos definidos pela instituição.
j) Sempre que possível, utilizar equipamentos que permitam controle preciso da velocidade de infusão, especialmente para medicamentos que apresentem risco elevado em caso de administração rápida ou inadequada.
k) Não administrar medicamentos com identificação incompleta, alterações de aspecto, validade expirada, integridade comprometida ou condições inadequadas de armazenamento.
l) Na presença de dúvidas sobre prescrição, dose, diluição, compatibilidade ou via de administração, esclarecer a informação antes de executar o procedimento. Situações emergenciais deverão seguir os fluxos formalmente previstos.
m) A administração de medicamentos deverá ser acompanhada de monitorização compatível com o risco farmacológico e a condição clínica, garantindo disponibilidade de recursos para atendimento de possíveis complicações.
n) Eventos adversos, erros de medicação e situações de quase erro deverão ser registrados e comunicados conforme os mecanismos institucionais de segurança do paciente, visando à análise de causas e à prevenção de recorrências.
o) A comunicação ao médico regulador deverá ocorrer conforme os critérios definidos nos protocolos assistenciais, especialmente diante de instabilidade clínica, reações adversas, ausência de resposta terapêutica ou necessidade de intervenções adicionais.

p) A equipe deverá manter capacitação periódica sobre medicamentos padronizados, cálculos de dose, diluição, administração por bomba de infusão, reconhecimento de reações adversas e prevenção de erros.

8. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

Medicamento e dose incorretos

Via inadequada

Diluição ou velocidade incorretas

Ausência de respaldo prescricional

9. REFERÊNCIAS

Base normativa e técnica: Lei nº 7.498/1986; Decreto nº 94.406/1987; Resolução Cofen nº 736/2024; Protocolos de Intervenção do SAMU 192 (SBV e SAV); e manual institucional do SAMU Curitiba. Referências completas ao final deste documento.

HISTÓRICO DE REVISÃO E APROVAÇÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1	2026	Elaboração do documento

RESPONSABILIDADE	SETOR
Elaboração	Coordenação de Unidades Móveis de Atenção à Urgência e Emergência
Revisão/Análise	Coordenação de Unidades Móveis de Atenção à Urgência e Emergência, Coordenação Médica de Unidades Móveis de Atenção à Urgência e Emergência, Coordenação de Enfermagem do SAMU
Validação	Núcleo da Qualidade do Cuidado em Saúde
Aprovação	Direção Geral do Departamento de Urgência e Emergência

1. OBJETIVO

Padronizar a utilização de bombas de infusão no atendimento pré-hospitalar móvel do SAMU Curitiba, assegurando a administração controlada de medicamentos e soluções intravenosas, com precisão, continuidade terapêutica, prevenção de eventos adversos e segurança durante o transporte do paciente.

2. APLICABILIDADE

Atendimento pré-hospitalar móvel do SAMU Curitiba, conforme perfil assistencial, categoria profissional e recursos da unidade.

3. RESPONSÁVEIS

Enfermeiros das Unidades de Suporte Avançado de Vida (USA), devidamente capacitados para utilização dos equipamentos padronizados pela instituição, observadas as competências legais e os protocolos assistenciais.

4. DEFINIÇÕES / SIGLAS

SAMU: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência;

RAE: Registro de Atendimento de Enfermagem;

POP: Procedimento Operacional Padrão;

USB: Unidade de Suporte Básico;

USA: Unidade de Suporte Avançado.

5. ESTRUTURA, EQUIPAMENTOS E MATERIAIS

a) Bomba de infusão padronizada, em condições adequadas de funcionamento, com manutenção preventiva e verificação técnica atualizadas.

b) Equipo específico e compatível com o modelo da bomba de infusão.

c) Medicamento ou solução intravenosa prescrita, preparada, identificada e dentro do prazo de validade.

d) Prescrição individual válida e informações necessárias à conferência da terapêutica.

e) Fonte de energia elétrica compatível com o equipamento e sistema de alimentação da ambulância.

f) Bateria interna com autonomia suficiente para o deslocamento e eventuais interrupções de energia.

g) Suporte ou sistema de fixação apropriado para utilização segura durante o transporte.

h) Seringas, extensores, conectores e dispositivos de acesso venoso, conforme necessidade.

i) Etiquetas de identificação de medicamentos, soluções e linhas de infusão.

j) Equipamentos de proteção individual conforme os riscos assistenciais.

k) Monitor multiparamétrico e demais dispositivos necessários à avaliação clínica do paciente.

l) Material para registro dos parâmetros de infusão, intervenções e intercorrências.

6. DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

a) Avaliar as condições clínicas do paciente e confirmar a indicação da utilização da bomba de infusão, considerando o medicamento prescrito, a necessidade de controle preciso da velocidade e a possibilidade de instabilidade clínica durante o transporte.

b) Confirmar a identificação do paciente e conferir a prescrição individual válida, verificando nome do medicamento ou solução, concentração, dose, diluição, via de administração, velocidade de infusão e demais parâmetros aplicáveis.

c) Identificar possíveis alergias, contraindicações, incompatibilidades medicamentosas e condições clínicas que possam interferir na segurança da terapêutica.

d) Realizar higienização das mãos, utilizar os equipamentos de proteção individual adequados e organizar os materiais necessários.

e) Inspecionar visualmente a bomba de infusão, verificando integridade do equipamento, visor, teclado, conexões, sensores, alarmes e condições gerais de funcionamento.

f) Verificar a carga da bateria e a disponibilidade de alimentação elétrica compatível com a ambulância, garantindo autonomia suficiente para o transporte e eventuais períodos sem conexão à rede elétrica.

g) Selecionar o equipo específico, verificando sua compatibilidade com o modelo da bomba, a integridade da embalagem e o prazo de validade.

h) Preparar a solução prescrita conforme técnica asséptica e protocolo institucional, assegurando identificação adequada do medicamento, concentração, diluente, volume e horário de preparo.

i) Realizar o preenchimento do equipo, eliminando o ar da linha de infusão antes de conectá-la ao acesso vascular, conforme as recomendações do fabricante.

j) Instalar o equipo na bomba seguindo as orientações do fabricante, verificando seu correto posicionamento no mecanismo de infusão e o fechamento adequado dos dispositivos de segurança.

k) Avaliar a permeabilidade e as condições do acesso venoso, observando sinais de infiltração, extravasamento, flebite, obstrução ou deslocamento do cateter.

l) Conectar o equipo ao acesso vascular utilizando técnica asséptica e garantindo a segurança das conexões.

m) Programar a bomba conforme a prescrição válida, conferindo todos os parâmetros pertinentes ao modelo utilizado, incluindo velocidade de infusão, volume a ser infundido e eventuais limites de segurança.

n) Nos medicamentos que exigirem cálculo de dose ou conversão de unidades, realizar conferência dos cálculos e das configurações, observando a dupla checagem independente nos processos de maior risco definidos institucionalmente.

o) Antes de iniciar a infusão, conferir novamente a correspondência entre prescrição, identificação da solução, paciente, via de administração e parâmetros programados.

p) Iniciar a infusão e verificar se o equipamento apresenta funcionamento adequado, ausência de alarmes e indicação de infusão em andamento.

q) Fixar a bomba em suporte apropriado, de forma estável e segura, evitando quedas, deslocamentos, vibrações excessivas e tracionamento das conexões durante o deslocamento da ambulância.

r) Organizar os equipos e extensores de maneira a evitar dobras, compressões, tração, desconexões ou interferência na movimentação do paciente e dos profissionais.

s) Monitorizar continuamente as condições clínicas do paciente, considerando pressão arterial, frequência cardíaca, saturação de oxigênio, padrão respiratório, nível de consciência e outros parâmetros específicos do medicamento administrado.

t) Verificar periodicamente o funcionamento da bomba, o volume infundido, o volume restante, a integridade das conexões, o sítio de inserção do cateter e a autonomia da bateria.

u) Diante do acionamento de alarmes, identificar sua causa e adotar as medidas corretivas conforme as instruções do fabricante, evitando silenciamento indiscriminado ou desativação dos dispositivos de segurança.

v) Em situações de alarme por oclusão, avaliar o equipo, as conexões e o acesso vascular, evitando manipulações que possam ocasionar administração inadvertida de volume acumulado sob pressão. Não realizar lavagem forçada do acesso.

w) Na ocorrência de falha do equipamento, interrupção inesperada da infusão ou perda da alimentação elétrica, avaliar imediatamente o risco clínico associado à interrupção da terapêutica e adotar o plano de contingência institucional, comunicando o médico responsável ou regulador quando necessário.

x) Não modificar a dose, concentração ou velocidade de infusão fora dos parâmetros de prescrição ou protocolo aplicável. Alterações terapêuticas deverão possuir respaldo clínico e prescricional válido.

y) Durante o transporte, manter vigilância sobre a infusão e as condições clínicas do paciente, especialmente quando utilizados medicamentos vasoativos ou potencialmente perigosos.

z) Na transferência do cuidado, comunicar à equipe receptora o medicamento administrado, a concentração, a velocidade programada, o volume infundido, o volume restante, as condições do acesso vascular e eventuais intercorrências.

aa) Registrar no RAE a identificação da solução ou medicamento, dose e concentração, parâmetros de programação, horário de início, alterações autorizadas, volume administrado, resposta clínica e intercorrências observadas.

ab) Após a utilização, realizar limpeza e desinfecção externa da bomba conforme recomendações do fabricante e protocolo institucional, verificando as condições para sua próxima utilização.

7. RECOMENDAÇÕES PROFISSIONAIS

a) A utilização de bomba de infusão deverá ser realizada por profissional capacitado, com conhecimento das funcionalidades, parâmetros de programação, dispositivos de segurança e alarmes do equipamento.

b) A instalação e programação da bomba de infusão não constituem autorização para iniciar ou modificar terapêutica medicamentosa sem prescrição individual válida ou protocolo institucional específico que contemple expressamente a intervenção.

c) Medicamentos vasoativos e potencialmente perigosos deverão ser administrados mediante prescrição válida, com monitorização compatível com seus efeitos farmacológicos e observância dos protocolos assistenciais.

d) Para medicamentos potencialmente perigosos, recomenda-se a utilização de concentrações padronizadas, protocolos de administração e mecanismos adicionais de verificação, incluindo dupla checagem independente nos pontos críticos determinados institucionalmente.

e) Priorizar a utilização de bombas com recursos de segurança, alarmes funcionantes e programação compatível com a terapêutica prescrita.

f) Antes do transporte, verificar a autonomia da bateria e a compatibilidade do sistema de alimentação elétrica da ambulância com o equipamento.

g) Em infusões cuja interrupção possa ocasionar deterioração clínica rápida, deverá existir planejamento de contingência, considerando disponibilidade de equipamento reserva, recursos de suporte e possibilidade de continuidade segura da terapêutica.

h) Não utilizar bombas que apresentem falhas de funcionamento, alarmes defeituosos, danos estruturais ou ausência de condições adequadas de segurança. Equipamentos com suspeita de defeito deverão ser retirados de uso e encaminhados para avaliação técnica.

i) Evitar ajustes desnecessários da programação durante o deslocamento. Quando indispensáveis, realizá-los com conferência dos parâmetros e condições seguras de execução.

j) A monitorização deverá considerar não apenas o funcionamento da bomba, mas também a resposta clínica do paciente, uma vez que a ausência de alarmes não garante, isoladamente, a efetividade ou a segurança da infusão.

k) Não desativar permanentemente alarmes de segurança, sensores de oclusão ou mecanismos de detecção de ar na linha de infusão.

l) Nos pacientes em uso de medicamentos vasoativos, monitorar atentamente sinais de instabilidade hemodinâmica, alterações do ritmo cardíaco e possíveis complicações relacionadas ao acesso vascular.

m) Em situações de extravasamento, suspeita de erro de programação ou reação adversa, interromper a infusão quando indicado, avaliar o paciente, adotar medidas de suporte e comunicar o responsável pela assistência, conforme a gravidade.

n) Garantir a transmissão completa das informações durante a transferência do paciente, especialmente em infusões contínuas que necessitem de manutenção na unidade receptora.

o) Realizar registro adequado dos parâmetros programados, volumes administrados, alterações autorizadas e intercorrências, assegurando rastreabilidade e continuidade da assistência.

p) Compete ao enfermeiro a avaliação, o planejamento, a execução e a supervisão dos cuidados de enfermagem relacionados à terapia infusional, observadas as competências legais e as disposições dos protocolos institucionais.

8. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

Dose/velocidade incorreta

Bateria insuficiente

Desconexão

9. REFERÊNCIAS

Base normativa e técnica: Lei nº 7.498/1986; Decreto nº 94.406/1987; Resolução Cofen nº 736/2024; Protocolos de Intervenção do SAMU 192 (SBV e SAV); e manual institucional do SAMU Curitiba. Referências completas ao final deste documento.

HISTÓRICO DE REVISÃO E APROVAÇÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1	2026	Elaboração do documento

RESPONSABILIDADE	SETOR
Elaboração	Coordenação de Unidades Móveis de Atenção à Urgência e Emergência
Revisão/Análise	Coordenação de Unidades Móveis de Atenção à Urgência e Emergência, Coordenação Médica de Unidades Móveis de Atenção à Urgência e Emergência, Coordenação de Enfermagem do SAMU
Validação	Núcleo da Qualidade do Cuidado em Saúde
Aprovação	Direção Geral do Departamento de Urgência e Emergência

1. OBJETIVO

Padronizar a realização do eletrocardiograma de 12 derivações e a monitorização cardíaca contínua no atendimento pré-hospitalar móvel do SAMU Curitiba, assegurando a qualidade dos registros eletrocardiográficos, a identificação precoce de alterações potencialmente graves, a comunicação oportuna com a regulação médica e a segurança do paciente.

2. APLICABILIDADE

Aplica-se ao atendimento pré-hospitalar móvel do SAMU Curitiba, especialmente às Unidades de Suporte Avançado de Vida (USA), conforme o perfil assistencial, a categoria profissional, a capacitação da equipe, os protocolos institucionais e os recursos disponíveis.

Abrange a realização do eletrocardiograma de 12 derivações, a instalação da monitorização cardíaca contínua, a identificação de alterações que demandem avaliação imediata e o registro das informações assistenciais.

3. RESPONSÁVEIS

Enfermeiros das Unidades de Suporte Avançado de Vida, devidamente capacitados para a utilização dos equipamentos de monitorização e realização de eletrocardiograma.

4. DEFINIÇÕES / SIGLAS

SAMU: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência;

RAE: Registro de Atendimento de Enfermagem;

POP: Procedimento Operacional Padrão;

USB: Unidade de Suporte Básico;

USA: Unidade de Suporte Avançado.

5. ESTRUTURA, EQUIPAMENTOS E MATERIAIS

a) Monitor multiparamétrico ou monitor/desfibrilador com função de eletrocardiograma e monitorização cardíaca.

b) Cabos e conectores compatíveis com o equipamento.

c) Eletrodos descartáveis apropriados para realização do ECG e monitorização.

d) Papel para impressão do traçado eletrocardiográfico, quando aplicável.

e) Luvas de procedimento e equipamentos de proteção individual conforme indicação.

f) Fonte de energia elétrica e bateria com autonomia adequada ao atendimento e transporte.

g) Equipamentos complementares de monitorização, incluindo oxímetro de pulso e dispositivo de aferição da pressão arterial.

6. DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

a) Avaliar as condições clínicas do paciente, identificando sinais e sintomas que indiquem a necessidade de realização do ECG, como dor torácica, dispneia, palpitações, síncope, alterações da frequência cardíaca, instabilidade hemodinâmica ou suspeita de síndrome coronariana aguda.

b) Confirmar a identificação do paciente e explicar o procedimento, sempre que possível, promovendo acolhimento, privacidade e conforto.

c) Avaliar os sinais vitais, incluindo frequência cardíaca, pressão arterial, frequência respiratória, saturação de oxigênio e nível de consciência.

d) Realizar higienização das mãos e utilizar os equipamentos de proteção individual conforme a necessidade.

e) Verificar as condições de funcionamento do monitor/desfibrilador, incluindo integridade dos cabos, conectores, eletrodos, alimentação elétrica e autonomia da bateria.

f) Posicionar o paciente preferencialmente em decúbito dorsal, respeitando suas condições clínicas e limitações, mantendo ambiente seguro para a realização do procedimento.

g) Expor as regiões necessárias para colocação dos eletrodos, preservando a privacidade do paciente.

h) Preparar a pele, realizando limpeza e secagem quando necessário.

i) Posicionar corretamente os eletrodos precordiais, observando os seguintes pontos anatômicos:

Derivação	**Localização anatômica**
V1	4º espaço intercostal, borda esternal direita.
V2	4º espaço intercostal, borda esternal esquerda.
V3	Ponto intermediário entre V2 e V4.
V4	5º espaço intercostal, linha hemiclavicular esquerda.
V5	Linha axilar anterior esquerda, no mesmo nível horizontal de V4.
V6	Linha axilar média esquerda, no mesmo nível horizontal de V4 e V5.

k) Conectar os cabos aos eletrodos, verificando a correspondência das derivações e a estabilidade das conexões.

l) Orientar o paciente, quando possível, a permanecer imóvel e respirar normalmente durante a aquisição do traçado, reduzindo interferências provocadas por movimentos e contrações musculares.

m) Avaliar a qualidade técnica do traçado, identificando artefatos, interferências elétricas, inversões de cabos ou falhas de contato dos eletrodos.

n) Quando necessário, corrigir o posicionamento dos eletrodos, melhorar as condições de contato e repetir o registro, sem retardar medidas assistenciais urgentes.

o) Confirmar a identificação do paciente, data e horário da realização do exame, assegurando a rastreabilidade do registro.

p) Em pacientes com suspeita de síndrome coronariana aguda, priorizar a realização precoce do eletrocardiograma.

q) Identificar alterações eletrocardiográficas potencialmente graves, incluindo elevação ou depressão do segmento ST, arritmias importantes, bradicardia ou taquicardia associadas à instabilidade clínica e outros achados sugestivos de comprometimento cardiovascular.

r) Comunicar imediatamente ao médico responsável ou regulador os achados relevantes, associados à avaliação clínica, transmitindo o traçado quando houver recurso institucional disponível.

s) Diante de suspeita de alteração isquêmica aguda, manter monitorização cardíaca, reavaliar sinais vitais e seguir as orientações médicas e os protocolos assistenciais.

t) Considerar a realização de ECG seriado diante de persistência ou recorrência dos sintomas, deterioração clínica ou suspeita de alterações eletrocardiográficas dinâmicas, conforme avaliação assistencial e orientação médica.

u) Quando indicado e previsto em protocolo, realizar derivações adicionais, como precordiais direitas ou posteriores, observando a técnica apropriada e a correta identificação dos registros.

v) Nos pacientes com indicação de monitorização cardíaca contínua, selecionar a configuração adequada de derivações, garantindo qualidade do sinal e visibilidade do ritmo cardíaco.

w) Configurar os alarmes do monitor conforme a condição clínica, mantendo-os audíveis e adequados aos parâmetros do paciente.

x) Durante o transporte, verificar periodicamente a integridade das conexões, a aderência dos eletrodos, a qualidade do sinal e a autonomia da bateria.

y) Em caso de alteração súbita do ritmo cardíaco, avaliar imediatamente o paciente, correlacionando o traçado com a presença de pulso, nível de consciência e sinais de perfusão.

z) Diante de arritmia associada à instabilidade hemodinâmica ou parada cardiorrespiratória, iniciar as intervenções previstas nos protocolos institucionais de atendimento às emergências cardiovasculares, conforme as competências profissionais e os recursos disponíveis.

aa) Na transferência de cuidados, comunicar à equipe receptora os sinais e sintomas, alterações identificadas, exames realizados, intervenções e evolução clínica durante o transporte.

ab) Registrar no RAE a indicação do exame, horário, condições clínicas, sinais vitais, realização do procedimento, alterações observadas, comunicação à regulação médica e condutas adotadas.

ac) Anexar ou disponibilizar o traçado eletrocardiográfico ao registro assistencial, conforme os recursos e fluxos institucionais, garantindo sua preservação e rastreabilidade.

ad) Após o atendimento, realizar descarte adequado dos eletrodos e limpeza e desinfecção dos equipamentos reutilizáveis, conforme recomendações do fabricante e normas de biossegurança.

6. RECOMENDAÇÕES PROFISSIONAIS

a) A realização do ECG constitui procedimento de apoio à avaliação clínica e deverá ser executada por profissional capacitado, respeitando as competências legais e os protocolos institucionais.
b) A obtenção do traçado eletrocardiográfico não substitui a avaliação clínica e não constitui, isoladamente, diagnóstico definitivo.
c) O enfermeiro deverá reconhecer padrões eletrocardiográficos potencialmente graves e correlacioná-los com a condição clínica do paciente, comunicando imediatamente os achados relevantes ao médico responsável ou regulador. Essa atribuição de avaliação e reconhecimento não se confunde com a emissão de laudo médico do exame.
d) Em pacientes com suspeita de síndrome coronariana aguda, recomenda-se aquisição e interpretação do ECG de 12 derivações em até 10 minutos do primeiro contato assistencial, conforme diretrizes internacionais vigentes.
e) Um ECG inicial sem alterações diagnósticas não exclui síndrome coronariana aguda, especialmente diante de sintomas persistentes ou quadro clínico sugestivo.
f) O posicionamento correto dos eletrodos é fundamental para a qualidade do exame, devendo-se evitar inversão de cabos e posicionamentos que possam produzir alterações artificiais do traçado.
g) Durante a monitorização cardíaca contínua, manter os alarmes de segurança ativos, ajustando os limites à condição clínica do paciente e evitando seu silenciamento indiscriminado.
h) Os alarmes e as alterações visualizadas no monitor deverão ser correlacionados à avaliação clínica. A presença de artefatos não deve ser confundida com arritmias verdadeiras.

j) Em pacientes com suspeita de infarto agudo do miocárdio, a comunicação precoce dos achados ao médico regulador deverá favorecer a definição do recurso assistencial, do destino e das intervenções apropriadas, conforme os fluxos da rede de urgência.
k) Nos casos de arritmias graves ou alterações associadas à instabilidade hemodinâmica, a prioridade deverá ser a avaliação e estabilização clínica, não devendo a obtenção de um ECG completo retardar intervenções emergenciais.
l) A monitorização contínua é especialmente importante em pacientes com instabilidade cardiovascular, arritmias, síndrome coronariana aguda e outras condições com risco de deterioração clínica.
m) A utilização do monitor/desfibrilador deverá observar as instruções do fabricante e a capacitação específica da equipe, especialmente quanto aos recursos de desfibrilação, cardioversão e estimulação cardíaca.
n) A realização do exame, o reconhecimento de alterações e as condutas executadas deverão ser devidamente documentados, incluindo horário, sinais clínicos, comunicação médica e resposta às intervenções.
o) A emissão de laudo diagnóstico do eletrocardiograma deverá respeitar as competências profissionais legalmente estabelecidas, não sendo automaticamente atribuída ao profissional responsável pela aquisição do traçado.

7. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

Posicionamento incorreto

Inversão dos cabos

Artefatos

Atraso na comunicação de alterações

Alarmes desativados

Atraso na intervenção emergencial

8. REFERÊNCIAS

Base normativa e técnica: Lei nº 7.498/1986; Decreto nº 94.406/1987; Resolução Cofen nº 736/2024; Protocolos de Intervenção do SAMU 192 (SBV e SAV); e manual institucional do SAMU Curitiba. Referências completas ao final deste documento.

HISTÓRICO DE REVISÃO E APROVAÇÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1	2026	Elaboração do documento

RESPONSABILIDADE	SETOR
Elaboração	Coordenação de Unidades Móveis de Atenção à Urgência e Emergência
Revisão/Análise	Coordenação de Unidades Móveis de Atenção à Urgência e Emergência, Coordenação Médica de Unidades Móveis de Atenção à Urgência e Emergência, Coordenação de Enfermagem do SAMU
Validação	Núcleo da Qualidade do Cuidado em Saúde
Aprovação	Direção Geral do Departamento de Urgência e Emergência

1. OBJETIVO

Padronizar o reconhecimento e o atendimento à parada cardiorrespiratória no âmbito do SAMU Curitiba, assegurando o início precoce das manobras de ressuscitação cardiopulmonar, a realização de compressões torácicas de alta qualidade, a desfibrilação oportuna, o suporte ventilatório adequado e a continuidade da assistência, visando aumentar as chances de retorno da circulação espontânea e reduzir complicações.

2. APLICABILIDADE

Este Procedimento Operacional Padrão aplica-se ao atendimento pré-hospitalar móvel realizado pelas equipes do SAMU Curitiba, incluindo as Unidades de Suporte Básico (USB) e as Unidades de Suporte Avançado (USA.

3. RESPONSÁVEIS

Profissionais das equipes de Suporte Básico e Suporte Avançado de Vida do SAMU Curitiba, devidamente capacitados em ressuscitação cardiopulmonar, respeitando as competências legais de cada categoria profissional.

4. DEFINIÇÕES / SIGLAS

SAMU: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência;

RAE: Registro de Atendimento de Enfermagem;

POP: Procedimento Operacional Padrão;

USB: Unidade de Suporte Básico;

USA: Unidade de Suporte Avançado.

5. ESTRUTURA, EQUIPAMENTOS E MATERIAIS

a) Desfibrilador externo automático (DEA) ou monitor/desfibrilador, conforme a configuração da unidade.

b) Eletrodos adesivos compatíveis com o equipamento, incluindo dispositivos pediátricos quando disponíveis e indicados.

c) Bolsa-válvula-máscara (BVM), com máscaras de tamanhos adequados e reservatório de oxigênio.

d) Fonte de oxigênio, fluxômetro, extensões e conexões.

e) Cânulas orofaríngeas e nasofaríngeas, quando indicadas.

f) Aspirador portátil e dispositivos apropriados para aspiração de vias aéreas.

g) Materiais para manejo avançado das vias aéreas, conforme a habilitação da equipe e os recursos da unidade.

h) Oxímetro de pulso e monitor multiparamétrico, quando disponíveis.

i) Capnógrafo ou dispositivo de capnografia, quando disponível e indicado.

j) Materiais para obtenção de acesso vascular, conforme o nível de suporte e as competências profissionais.

k) Medicamentos e soluções padronizados para atendimento à parada cardiorrespiratória, quando previstos nos protocolos de suporte avançado.

l) Superfície firme para realização das compressões torácicas e dispositivos auxiliares de posicionamento, quando disponíveis.

m) Equipamentos de proteção individual conforme os riscos assistenciais.

n) Relógio, cronômetro ou recurso equivalente para controle dos ciclos de ressuscitação.

o) RAE ou sistema institucional para registro dos procedimentos, horários e intercorrências.

6. DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

a) Avaliar rapidamente a segurança da cena, identificando riscos ambientais, elétricos, químicos, biológicos ou relacionados ao trânsito, garantindo condições adequadas para o atendimento.

b) Avaliar a responsividade do paciente por meio de estímulo verbal e tátil, observando simultaneamente a presença de movimentos e respiração normal.

c) Identificar ausência de respiração ou presença de respiração agônica (gasping), reconhecendo esses achados como sugestivos de parada cardiorrespiratória.

d) Verificar o pulso central simultaneamente à avaliação respiratória, por período não superior a 10 segundos. Na ausência de pulso definido ou diante de dúvida quanto à sua presença, iniciar imediatamente as compressões torácicas.

e) Acionar o apoio necessário, comunicar a ocorrência à Central de Regulação Médica e solicitar recursos adicionais conforme gravidade, disponibilidade e fluxo institucional, sem retardar o início da RCP.

f) Posicionar o paciente em decúbito dorsal, preferencialmente sobre superfície firme, permitindo compressões torácicas eficazes.

g) Iniciar imediatamente compressões torácicas de alta qualidade, posicionando as mãos na metade inferior do esterno, respeitando as particularidades anatômicas e técnicas relacionadas à faixa etária.

h) Nos pacientes adultos, realizar compressões com frequência de 100 a 120 por minuto e profundidade de aproximadamente 5 a 6 cm, permitindo retorno completo do tórax após cada compressão.

i) Minimizar interrupções, mantendo pausas inferiores a 10 segundos sempre que possível, inclusive para avaliação de ritmo e pulso.

j) Organizar os profissionais disponíveis, distribuindo as funções de compressão torácica, ventilação, operação do desfibrilador, monitorização e registro, conforme composição da equipe.

k) Alternar o profissional responsável pelas compressões aproximadamente a cada dois minutos, preferencialmente durante as avaliações programadas do ritmo, evitando perda de qualidade por fadiga.

l) Promover abertura das vias aéreas utilizando manobras apropriadas à condição clínica, respeitando as precauções relacionadas à suspeita de trauma cervical.

m) Realizar ventilação com bolsa-válvula-máscara conectada ao oxigênio, preferencialmente com técnica a dois profissionais quando houver equipe suficiente, garantindo vedação adequada e expansão torácica visível.

n) Nos pacientes adultos sem via aérea avançada, manter a relação de 30 compressões para 2 ventilações, evitando ventilação excessiva e interrupções prolongadas.

o) Providenciar o DEA ou monitor/desfibrilador assim que disponível, mantendo as compressões durante a preparação do equipamento, sempre que possível.

p) Expor e preparar o tórax, posicionando os eletrodos conforme as recomendações do fabricante e a faixa etária do paciente.

q) Quando utilizado o DEA, seguir as instruções do equipamento, interrompendo as compressões somente nos momentos necessários à análise do ritmo e à aplicação do choque.

r) Garantir que nenhum profissional esteja em contato com o paciente durante a análise do ritmo e a aplicação do choque, confirmando verbal e visualmente o afastamento da equipe.

s) Quando o choque estiver indicado, realizar a desfibrilação conforme o equipamento e as competências profissionais, retomando imediatamente as compressões torácicas após sua aplicação, sem realizar verificação rotineira imediata do pulso.

t) Quando o choque não estiver indicado, reiniciar imediatamente as manobras de RCP, mantendo os ciclos de ressuscitação e as reavaliações conforme as diretrizes vigentes.

u) Nas equipes com suporte avançado, realizar identificação do ritmo cardíaco, intervenções de suporte ventilatório avançado, acesso vascular e administração de medicamentos, conforme prescrição, competências profissionais e protocolos assistenciais aplicáveis.

v) Durante a ressuscitação, observar continuamente a qualidade das compressões, a efetividade da ventilação, o funcionamento dos equipamentos e possíveis causas reversíveis da PCR, conforme o nível de suporte.

w) Quando houver via aérea avançada instalada, manter compressões torácicas contínuas e ventilação independente, com frequência apropriada à faixa etária e às diretrizes vigentes.

x) Utilizar capnografia quando disponível e indicada, especialmente nos pacientes com via aérea avançada, como recurso auxiliar para avaliação da ventilação, da qualidade da ressuscitação e da possibilidade de retorno da circulação espontânea.

y) Reavaliar o ritmo cardíaco aproximadamente a cada dois minutos, conforme o algoritmo assistencial utilizado, minimizando o tempo de interrupção das compressões.

z) Diante de sinais sugestivos de retorno da circulação espontânea, como movimentos voluntários, respiração efetiva ou aumento súbito e sustentado do dióxido de carbono expirado, realizar avaliação clínica e confirmação de pulso conforme as diretrizes vigentes.

aa) Após confirmação do retorno da circulação espontânea, interromper as compressões torácicas e iniciar os cuidados pós-parada cardiorrespiratória, mantendo atenção às condições respiratórias, circulatórias e neurológicas.

ab) Garantir permeabilidade das vias aéreas, ventilação e oxigenação adequadas, evitando hipoxemia, hiperóxia desnecessária e hiperventilação.

ac) Monitorizar continuamente frequência cardíaca, ritmo cardíaco, pressão arterial, saturação de oxigênio, padrão respiratório e nível de consciência, conforme os recursos disponíveis.

ad) Identificar sinais de instabilidade hemodinâmica e recorrência da parada cardiorrespiratória, mantendo os equipamentos de ressuscitação disponíveis e prontos para uso.

ae) Comunicar o retorno da circulação espontânea à Central de Regulação Médica, transmitindo informações clínicas relevantes para definição da continuidade assistencial e do destino hospitalar.

af) Realizar transporte conforme orientação da regulação médica, garantindo monitorização contínua e suporte compatível com as condições clínicas do paciente.

ag) Durante a transferência de cuidados, comunicar à equipe receptora o horário estimado da PCR, início da RCP, ritmos identificados, número de choques, medicamentos administrados, procedimentos realizados, ocorrência de RCE e evolução clínica.

ah) Registrar no RAE, de maneira cronológica, os horários relevantes, intervenções realizadas, recursos utilizados, resposta clínica, intercorrências e comunicações à regulação médica.

ai) Após o atendimento, realizar descarte dos materiais utilizados, limpeza e desinfecção dos equipamentos reutilizáveis e reorganização dos dispositivos de emergência, conforme os protocolos institucionais.

7. RECOMENDAÇÕES PROFISSIONAIS

a) O reconhecimento precoce da parada cardiorrespiratória e o início imediato das compressões torácicas são medidas prioritárias, devendo ser realizados sem atrasos desnecessários.

b) A RCP de alta qualidade constitui a principal medida assistencial durante a PCR, devendo ser priorizada independentemente da disponibilidade imediata de recursos avançados.

c) As compressões torácicas deverão apresentar frequência, profundidade e retorno torácico adequados, com interrupções mínimas e alternância periódica dos profissionais responsáveis.

d) A ventilação deverá ser realizada de maneira controlada, evitando insuflação excessiva, hiperventilação e interrupções prolongadas das compressões.

e) A desfibrilação precoce deverá ser priorizada diante de ritmos chocáveis, respeitando as recomendações do equipamento, as condições de segurança e os protocolos assistenciais.

f) O DEA poderá ser utilizado pelos profissionais capacitados das equipes de suporte básico, conforme os procedimentos institucionais. A utilização do desfibrilador manual deverá observar a habilitação e as competências profissionais.

g) Nas unidades de Suporte Básico, a prioridade deverá ser o reconhecimento da PCR, início das compressões, ventilação, utilização do DEA e comunicação imediata à regulação médica.

h) Nas unidades de Suporte Avançado, além das medidas básicas, poderão ser realizados procedimentos avançados de ressuscitação, conforme composição da equipe, prescrição e protocolos institucionais.

i) A obtenção de acesso vascular, a administração de medicamentos e o manejo avançado das vias aéreas não deverão ocasionar interrupções desnecessárias das compressões torácicas.

j) A administração de medicamentos durante a PCR deverá estar respaldada por prescrição válida ou protocolo específico formalmente aprovado, respeitando as competências profissionais.

k) Em pacientes com retorno da circulação espontânea, deverão ser priorizados os cuidados pós-parada, incluindo monitorização contínua, estabilização respiratória e hemodinâmica, prevenção de nova PCR e encaminhamento adequado.

l) A decisão de não iniciar ou de interromper esforços de ressuscitação deverá observar critérios clínicos, éticos, legais e protocolos institucionais específicos, respeitando a responsabilidade médica e os fluxos de regulação.

m) As equipes deverão receber capacitação periódica em suporte básico e avançado de vida, incluindo treinamento prático, simulações e atualização conforme diretrizes científicas vigentes.

n) Os registros assistenciais deverão permitir a reconstrução cronológica do atendimento, especialmente quanto aos horários, intervenções, ritmos cardíacos, desfibrilações e resposta clínica.

7.1 PARÂMETROS DE QUALIDADE DA RCP

Parâmetro	**Adultos**
Frequência das compressões	100 a 120/minuto
Profundidade	5 a 6 cm
Retorno torácico	Completo após cada compressão
Relação compressão/ventilação sem via aérea avançada	30:2
Duração de cada ventilação	Aproximadamente 1 segundo, com elevação visível do tórax
Ventilação com via aérea avançada	1 ventilação a cada 6 segundos, mantendo compressões contínuas
Troca de compressor	Aproximadamente a cada 2 minutos
Interrupções das compressões	Minimizar; preferencialmente inferiores a 10 segundos
Reavaliação do ritmo	Aproximadamente a cada 2 minutos
Após aplicação do choque	Retomar imediatamente as compressões

Parâmetros para adultos, conforme diretrizes AHA 2025.

7.2 PARTICULARIDADES DO ATENDIMENTO PEDIÁTRICO

A ressuscitação em lactentes e crianças deverá respeitar as características anatômicas e fisiológicas da faixa etária, utilizando equipamentos e técnicas apropriados.

Parâmetro	**Lactentes e crianças**
Frequência das compressões	100 a 120/minuto

Profundidade	Pelo menos 1/3 do diâmetro anteroposterior do tórax
Profundidade aproximada em lactentes	4 cm
Profundidade aproximada em crianças	5 cm
Relação compressão/ventilação com um socorrista	30:2
Relação compressão/ventilação com dois profissionais	15:2
Ventilação com via aérea avançada	20 a 30 ventilações/minuto, conforme condições clínicas e diretrizes pediátricas
Reavaliação do ritmo	Aproximadamente a cada 2 minutos

A desfibrilação pediátrica deverá utilizar energia e dispositivos adequados à faixa etária, conforme protocolos assistenciais. A ressuscitação do recém-nascido imediatamente após o nascimento deverá seguir diretrizes específicas de reanimação neonatal.

8. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

Atraso em compressões

Interrupções prolongadas

Risco elétrico

Fadiga dos profissionais

Hiperventilação

Compressões inadequadas

Falha na identificação do ritmo

9. REFERÊNCIAS

Base normativa e técnica: Lei nº 7.498/1986; Decreto nº 94.406/1987; Resolução Cofen nº 736/2024; Protocolos de Intervenção do SAMU 192 (SBV e SAV); e manual institucional do SAMU Curitiba. Referências completas ao final deste documento.

HISTÓRICO DE REVISÃO E APROVAÇÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1	2026	Elaboração do documento

RESPONSABILIDADE	SETOR
Elaboração	Coordenação de Unidades Móveis de Atenção à Urgência e Emergência
Revisão/Análise	Coordenação de Unidades Móveis de Atenção à Urgência e Emergência, Coordenação Médica de Unidades Móveis de Atenção à Urgência e Emergência, Coordenação de Enfermagem do SAMU
Validação	Núcleo da Qualidade do Cuidado em Saúde
Aprovação	Direção Geral do Departamento de Urgência e Emergência

1. OBJETIVO

Padronizar os procedimentos de imobilização, mobilização, transferência e transporte seguro de pacientes no âmbito do SAMU Curitiba, visando prevenir quedas, agravamento de lesões, eventos adversos relacionados à movimentação, lesões por pressão e acidentes envolvendo pacientes e profissionais, assegurando assistência humanizada e continuidade do cuidado.

2. APLICABILIDADE

Este Procedimento Operacional Padrão aplica-se ao atendimento pré-hospitalar móvel realizado pelas equipes do SAMU Curitiba, incluindo as Unidades de Suporte Básico (USB) e as Unidades de Suporte Avançado (USA).

3. RESPONSÁVEIS

Enfermeiros e técnicos de enfermagem, com apoio dos demais integrantes da equipe de atendimento pré-hospitalar devidamente capacitados, respeitando suas atribuições profissionais e os protocolos institucionais.

4. DEFINIÇÕES / SIGLAS

SAMU: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência;

RAE: Registro de Atendimento de Enfermagem;

POP: Procedimento Operacional Padrão;

USB: Unidade de Suporte Básico;

USA: Unidade de Suporte Avançado.

5. ESTRUTURA, EQUIPAMENTOS E MATERIAIS

a) Maca retrátil adequada ao transporte pré-hospitalar, com mecanismos de travamento e sistema de fixação compatível com a ambulância.

b) Cintos de segurança e dispositivos de contenção próprios da maca, em condições adequadas de utilização.

c) Grades laterais de proteção, quando integrantes do equipamento.

d) Prancha longa, quando indicada.

e) Talas rígidas, moldáveis, adequados à região corporal e ao paciente.

f) Dispositivos de estabilização e restrição de movimento da coluna, quando indicados pelo protocolo específico.

g) Lençóis, coxins e materiais de proteção das proeminências ósseas.

h) Cadeira de transporte, conforme as condições clínicas e os recursos da unidade.

i) Equipamentos de proteção individual apropriados à cena e ao procedimento.

j) Equipamentos de monitorização e suporte clínico compatíveis com a gravidade do paciente.

k) Materiais para registro da assistência e das intercorrências.

6. DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

6.1 Avaliação inicial e planejamento da mobilização

a) Avaliar as condições de segurança da cena, identificando riscos relacionados ao trânsito, iluminação, escadas, pisos irregulares, espaços reduzidos, obstáculos e demais fatores ambientais.
b) Confirmar a identificação do paciente, avaliar o nível de consciência, as condições respiratórias e circulatórias, a mobilidade, a presença de dor e possíveis limitações funcionais.
c) Investigar o mecanismo de trauma, quando aplicável, e identificar sinais sugestivos de lesões musculoesqueléticas, fraturas, instabilidade pélvica, comprometimento neurológico ou outras condições que exijam cuidados específicos durante a movimentação.
d) Avaliar o risco de queda considerando idade, histórico de quedas, fraqueza muscular, alterações do equilíbrio, tontura, hipotensão, alterações cognitivas, agitação psicomotora e efeitos de medicamentos.
e) Identificar a presença de dispositivos assistenciais, como acessos vasculares, sondas, drenos, cateteres, equipamentos de oxigenoterapia e monitorização, assegurando sua proteção durante a movimentação.
f) Avaliar a necessidade real de imobilização ou restrição de movimento, considerando o quadro clínico, o mecanismo de trauma e os protocolos institucionais.
g) Selecionar a técnica de movimentação e os equipamentos mais adequados, considerando peso, mobilidade, colaboração do paciente, condições da cena e disponibilidade de profissionais.
h) Definir previamente as funções dos integrantes da equipe, estabelecendo um profissional responsável pela coordenação e comunicação durante a manobra.
i) Explicar ao paciente, sempre que possível, o procedimento a ser realizado, solicitando sua colaboração e preservando privacidade, conforto e dignidade.

6.2 Mobilização e transferência Segura

a) Preparar o local e os equipamentos antes da movimentação, verificando a estabilidade da maca, o acionamento dos freios quando disponíveis e as condições dos dispositivos auxiliares.

b) Posicionar a maca ou o dispositivo de transferência próximo ao paciente, reduzindo a distância e os movimentos necessários.
c) Solicitar auxílio de profissionais adicionais sempre que o peso, a condição clínica, a limitação de mobilidade ou as características do ambiente exigirem.
d) Utilizar técnicas de movimentação coordenada, evitando tração excessiva sobre membros, articulações, coluna vertebral e dispositivos assistenciais.
e) Manter alinhamento corporal durante a transferência, especialmente nos pacientes com suspeita de lesões traumáticas.
f) Quando indicada a restrição de movimento da coluna, realizar a movimentação conforme o POP específico, minimizando movimentos desnecessários e utilizando técnica compatível com os recursos disponíveis.
g) Evitar levantar ou transportar manualmente pacientes sem planejamento adequado, especialmente quando houver risco de sobrecarga física para os profissionais.
h) Utilizar dispositivos auxiliares de transferência sempre que disponíveis e indicados, reduzindo o esforço físico, o atrito e o risco de lesões.
i) Realizar a movimentação mediante comando coordenado, assegurando que todos os profissionais estejam preparados antes do início.
j) Manter atenção à posição da cabeça, dos membros e dos dispositivos assistenciais, evitando compressões, torções, desconexões ou deslocamentos.
k) Após a transferência, avaliar o posicionamento do paciente, a presença de dor, o conforto, a integridade dos dispositivos e as condições clínicas.

6.3 Imobilização e restrição de movimentos

a) Confirmar a indicação clínica da imobilização, considerando o tipo de lesão, a estabilidade do paciente e os benefícios esperados.
b) Selecionar o dispositivo apropriado à região anatômica e às características do paciente, verificando seu funcionamento e integridade.
c) Antes da aplicação, avaliar e registrar, quando possível, as condições neurovasculares distais, incluindo perfusão, coloração, temperatura, sensibilidade e motricidade.
d) Posicionar o segmento corporal de maneira adequada, evitando movimentos forçados ou tentativas de correção de deformidades sem indicação e capacitação específicas.
e) Aplicar o dispositivo de imobilização, garantindo estabilização suficiente sem provocar compressão excessiva, comprometimento circulatório ou lesões cutâneas.
f) Utilizar proteção em áreas de contato e proeminências ósseas, quando necessário, reduzindo pontos de pressão.
g) Reavaliar as condições neurovasculares após a instalação do dispositivo, observando dor, sensibilidade, perfusão e possíveis sinais de compressão.
h) Nos pacientes com suspeita de lesão da coluna vertebral, aplicar as medidas de restrição de movimento conforme avaliação clínica e POP específico.
i) Evitar o uso indiscriminado da prancha longa como superfície de transporte prolongado, priorizando sua utilização para extricação e transferência quando indicada.
j) Reavaliar continuamente a necessidade de manutenção do dispositivo, observando dor, desconforto, alterações respiratórias, comprometimento circulatório e integridade cutânea.

6.4 Acomodação na maca e prevenção de quedas

a) Verificar a integridade estrutural da maca, dos mecanismos de elevação, rodas, travas, grades e cintos de segurança antes da utilização.
b) Posicionar o paciente adequadamente sobre a maca, respeitando suas condições clínicas, limitações físicas e necessidades de suporte.
c) Ajustar a altura e a inclinação da maca conforme a necessidade assistencial, observando as recomendações do fabricante.
d) Manter a maca na posição mais baixa e estável possível durante períodos de espera e transferências, conforme as características do equipamento e as necessidades do procedimento.
e) Aplicar e ajustar todos os cintos de segurança previstos pelo fabricante, garantindo fixação adequada sem comprometer a ventilação, a circulação ou o conforto.
f) Elevar as grades laterais, quando disponíveis e indicadas, sem utilizar as grades como substitutas dos sistemas de retenção do paciente.
g) Em pacientes agitados, confusos ou com alteração do nível de consciência, intensificar a vigilância e adotar medidas preventivas individualizadas, evitando o emprego automático de contenção mecânica.
h) Não permitir que o paciente permaneça desacompanhado sobre maca elevada ou em condições que representem risco de queda.
i) Orientar pacientes conscientes a não realizar movimentos de levantar, sentar ou descer da maca sem auxílio profissional.
j) Garantir que equipamentos, cilindros, monitores e materiais estejam adequadamente fixados, impedindo sua queda ou deslocamento sobre o paciente.
k) Antes de movimentar a maca, confirmar o posicionamento do paciente, a fixação dos cintos, a proteção dos membros e a segurança dos equipamentos acoplados.

6.5 Embarque, transporte e desembarque

a) Avaliar previamente as condições do trajeto até a ambulância, identificando obstáculos, desníveis, rampas e superfícies escorregadias.
b) Organizar a equipe para a movimentação da maca, observando o peso do paciente, as características do equipamento e as condições ambientais.
c) Realizar o embarque conforme as instruções do fabricante, utilizando os mecanismos apropriados de elevação, recolhimento e travamento.
d) Confirmar o encaixe e o travamento da maca no sistema de fixação da ambulância antes de autorizar o deslocamento do veículo.
e) Verificar novamente os cintos de segurança do paciente, a posição dos membros, os dispositivos assistenciais e a fixação dos equipamentos.
f) Garantir que os profissionais ocupem os assentos apropriados e utilizem os dispositivos de retenção previstos, observando as condições de segurança durante o deslocamento.
g) Durante o transporte, monitorar o paciente conforme sua condição clínica, avaliando dor, desconforto, posicionamento, integridade dos dispositivos e sinais de deterioração clínica.
h) Evitar movimentações e mudanças de posição desnecessárias durante o deslocamento da ambulância.

i) Quando houver necessidade de intervenção incompatível com a segurança do deslocamento, solicitar a parada do veículo em local seguro, conforme a urgência clínica.
j) Ao chegar ao destino, assegurar que a ambulância esteja estacionada de maneira segura antes de iniciar o desembarque.
k) Destravar e retirar a maca conforme as orientações do fabricante, mantendo profissionais em posições adequadas para evitar queda ou tombamento.
l) Realizar a transferência do paciente para a maca ou leito da unidade receptora de maneira coordenada, assegurando a continuidade da assistência e a proteção dos dispositivos instalados.
m) Comunicar à equipe receptora as limitações de mobilidade, os dispositivos de imobilização utilizados, o risco de queda e eventuais intercorrências.

6.6 Reavaliação, registro e finalização

a) Reavaliar a condição clínica após mobilização, transferência ou imobilização, observando alterações de dor, perfusão, sensibilidade, mobilidade e integridade da pele.
b) Inspecionar os dispositivos utilizados, verificando estabilidade, posicionamento e ausência de compressões inadequadas.
c) Identificar sinais de complicações relacionadas à movimentação, incluindo dor exacerbada, dispneia, sangramento, perda de acesso vascular, deslocamento de dispositivos ou deterioração neurológica.
d) Diante de intercorrências, interromper a movimentação quando seguro, reavaliar o paciente e adotar as medidas assistenciais necessárias.
e) Registrar no RAE a condição inicial do paciente, a avaliação dos riscos, as técnicas utilizadas, os dispositivos empregados, a justificativa da imobilização, a resposta clínica e eventuais intercorrências.
f) Documentar a ocorrência de quedas, quase quedas ou falhas de equipamentos, conforme os mecanismos institucionais de notificação de incidentes e eventos adversos.
g) Após o atendimento, realizar a limpeza e desinfecção dos equipamentos reutilizáveis e verificar suas condições para nova utilização.

7. RECOMENDAÇÕES PROFISSIONAIS

a) A mobilização e a transferência deverão ser planejadas conforme a condição clínica, capacidade funcional, peso do paciente, recursos disponíveis e riscos ambientais, evitando intervenções improvisadas.

b) A avaliação do risco de queda deverá ocorrer antes da movimentação e ser reavaliada sempre que houver alteração do nível de consciência, instabilidade clínica, administração de medicamentos com efeito sedativo ou mudança da capacidade de mobilidade.

c) A imobilização deverá ser utilizada apenas quando houver indicação clínica, não sendo recomendada sua aplicação indiscriminada em todos os pacientes vítimas de trauma.

d) A utilização da prancha longa deverá ser restrita, preferencialmente, às situações de extricação e transferência em que seja necessária, evitando a permanência prolongada do

paciente sobre superfície rígida. A necessidade de restrição de movimento da coluna deverá seguir protocolo específico.

e) Em pacientes com suspeita de lesão da coluna, priorizar movimentos coordenados e a minimização de deslocamentos desnecessários, considerando os riscos relacionados à restrição prolongada. Revisões científicas recentes reforçam a importância da utilização seletiva desses dispositivos.

f) Os dispositivos de imobilização deverão ser avaliados quanto à adequação anatômica e à possibilidade de provocar comprometimento neurovascular, desconforto, lesões cutâneas ou dificuldade respiratória.

g) A circulação, a sensibilidade e a motricidade deverão ser verificadas antes e após a imobilização, quando possível, com reavaliações durante o transporte.

h) O uso de cintos de segurança da maca é obrigatório durante o transporte, conforme as especificações do equipamento. Grades laterais não substituem os sistemas de retenção.

i) Pacientes idosos, crianças, pessoas com deficiência, pacientes obesos, acamados, sedados ou com alteração cognitiva exigem avaliação individualizada e medidas adicionais de segurança.

j) A equipe deverá respeitar a capacidade de carga dos equipamentos, sendo vedada a utilização de macas e dispositivos acima dos limites estabelecidos pelo fabricante.

k) A movimentação de pacientes com peso elevado ou mobilidade muito reduzida deverá contar com dimensionamento adequado de profissionais e recursos auxiliares, evitando esforços que comprometam a segurança da equipe.

l) Os profissionais deverão empregar princípios de ergonomia, evitando movimentos bruscos, rotações excessivas do tronco e levantamento manual de cargas incompatíveis com a capacidade operacional.

m) A fixação da maca ao sistema de ancoragem da ambulância deverá ser conferida antes de qualquer deslocamento do veículo.

n) Equipamentos de monitorização, cilindros de oxigênio e demais materiais deverão permanecer fixados em suportes apropriados, prevenindo quedas e deslocamentos durante frenagens ou mudanças de direção.

o) Pacientes conscientes deverão receber orientações sobre a necessidade de solicitar auxílio para mudanças de posição ou saída da maca, respeitando suas condições de compreensão e colaboração.

p) A contenção mecânica não deverá ser utilizada exclusivamente por conveniência operacional ou como substituta das medidas convencionais de prevenção de quedas. Sua indicação deverá observar avaliação clínica, proporcionalidade, legislação profissional e protocolo institucional específico.

q) A presença de dispositivos de acesso vascular, sondas, drenos, cateteres ou equipamentos de suporte ventilatório exige planejamento adicional para prevenir tração, desconexão ou retirada acidental.

r) A ocorrência de queda, quase queda, falha de travamento ou deslocamento inesperado da maca deverá ser registrada e comunicada conforme os fluxos institucionais de segurança do paciente.

s) Em caso de falha estrutural ou funcional de maca, cintos, travas ou equipamentos de transferência, o dispositivo deverá ser retirado de uso até avaliação técnica, sem prejuízo da adoção de alternativa segura para continuidade da assistência.

t) As equipes deverão receber capacitação periódica sobre mobilização segura, ergonomia, utilização de macas, sistemas de fixação, dispositivos de imobilização e prevenção de quedas.

8. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

Restrição desnecessária

Lesão por pressão

Falha no travamento da maca

Tombamento ou queda da maca

Queda de equipamentos durante o transporte

Ausência de registro de intercorrências

9. REFERÊNCIAS

Base normativa e técnica: Lei nº 7.498/1986; Decreto nº 94.406/1987; Resolução Cofen nº 736/2024; Protocolos de Intervenção do SAMU 192 (SBV e SAV); e manual institucional do SAMU Curitiba. Referências completas ao final deste documento.

HISTÓRICO DE REVISÃO E APROVAÇÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1	2026	Elaboração do documento

RESPONSABILIDADE	SETOR
Elaboração	Coordenação de Unidades Móveis de Atenção à Urgência e Emergência
Revisão/Análise	Coordenação de Unidades Móveis de Atenção à Urgência e Emergência, Coordenação Médica de Unidades Móveis de Atenção à Urgência e Emergência, Coordenação de Enfermagem do SAMU
Validação	Núcleo da Qualidade do Cuidado em Saúde
Aprovação	Direção Geral do Departamento de Urgência e Emergência

1. OBJETIVO

Padronizar a identificação, avaliação e execução das medidas iniciais de controle de hemorragias externas no atendimento pré-hospitalar móvel do SAMU Curitiba, visando reduzir a perda sanguínea, prevenir o choque hemorrágico, minimizar complicações e assegurar assistência rápida, segura e fundamentada em evidências científicas.

2. APLICABILIDADE

Este Procedimento Operacional Padrão aplica-se às equipes do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU Curitiba), incluindo as Unidades de Suporte Básico (USB) e Unidades de Suporte Avançado (USA).

3. RESPONSÁVEIS

Enfermeiros e técnicos de enfermagem devidamente capacitados para o reconhecimento e controle inicial de hemorragias externas, observadas suas competências legais e os protocolos institucionais.

4. DEFINIÇÕES / SIGLAS

SAMU: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência;

RAE: Registro de Atendimento de Enfermagem;

POP: Procedimento Operacional Padrão;

USB: Unidade de Suporte Básico;

USA: Unidade de Suporte Avançado.

5. ESTRUTURA, EQUIPAMENTOS E MATERIAIS

a) Luvas de procedimento e demais equipamentos de proteção individual, incluindo máscara, proteção ocular.

b) Gazes estéreis e compressas de tamanhos variados.

c) Ataduras, bandagens e materiais apropriados para curativos compressivos.

d) Curativos padronizados, quando disponíveis e indicados.

e) Torniquete comercial apropriado para controle de hemorragias de extremidades, padronizado pela instituição e em condições adequadas de utilização.

f) Tesoura de ponta romba para exposição segura da região lesionada.

g) Mantas para manutenção da temperatura corporal e prevenção de hipotermia.

h) Oxímetro de pulso e equipamentos de monitorização dos sinais vitais.

i) Equipamentos e materiais para suporte ventilatório e circulatório, conforme o nível de suporte da unidade.

j) Materiais para obtenção de acesso vascular e administração de soluções ou medicamentos, quando indicados e respaldados por prescrição ou protocolo específico.

k) Maca e dispositivos de transporte adequados à condição clínica do paciente.

l) Relógio ou cronômetro para registro dos horários das intervenções.

m) RAE ou sistema institucional para registro das avaliações e procedimentos realizados.

6. DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

a) Avaliar as condições de segurança da cena, identificando riscos ambientais, trânsito, violência, materiais perfurocortantes e possibilidade de exposição a sangue e fluidos corporais.

b) Utilizar os equipamentos de proteção individual adequados antes do contato com o paciente, sempre que as condições da emergência permitirem.

c) Realizar avaliação inicial rápida, identificando a presença de sangramento externo significativo e priorizando o controle imediato de hemorragias potencialmente fatais.

d) Identificar o local da hemorragia, expondo a região lesionada mediante afastamento ou corte das roupas, quando necessário, preservando a privacidade do paciente.

e) Avaliar a intensidade do sangramento, observando fluxo sanguíneo contínuo ou pulsátil, rápido encharcamento de roupas e compressas, acúmulo de sangue no ambiente e sinais de perda sanguínea significativa.

f) Identificar sinais clínicos sugestivos de hipoperfusão ou choque hemorrágico, incluindo palidez, sudorese fria, alteração do nível de consciência, taquicardia, pulso periférico fraco, enchimento capilar lentificado e hipotensão, quando presente.

g) Reconhecer que a hipotensão arterial pode representar manifestação tardia de choque, não devendo sua ausência excluir a possibilidade de perda sanguínea grave.

h) Em pacientes com múltiplas lesões, priorizar o controle de hemorragias exsanguinantes, conforme a abordagem XABCDE, sem negligenciar outras condições imediatamente ameaçadoras à vida.

i) Solicitar apoio assistencial e comunicar a ocorrência ao médico regulador, conforme gravidade, mantendo as intervenções imediatas de controle do sangramento.

6.1 Controle da hemorragia por compressão direta

a) Identificar o ponto principal de sangramento, expondo a ferida na extensão necessária.

b) Aplicar gaze estéril ou compressa diretamente sobre o local da hemorragia, exercendo pressão manual firme e contínua.

c) Manter a compressão durante o tempo necessário à obtenção do controle inicial do sangramento, evitando interrupções repetidas para inspeção da ferida.

d) Nos sangramentos de extremidades, avaliar a perfusão distal antes da compressão, quando possível, sem retardar a intervenção em casos de hemorragia grave.

e) Após controle inicial, aplicar curativo compressivo apropriado, mantendo pressão suficiente para prevenir recorrência do sangramento.

f) Verificar a estabilidade do curativo e observar sinais de sangramento persistente ou recorrente.

g) Caso o curativo apresente sangramento, reforçar a compressão e reavaliar a necessidade de medidas adicionais, evitando remoções desnecessárias de materiais aderidos ao ferimento.

h) Quando houver objeto encravado na ferida, não realizar sua remoção no atendimento inicial; estabilizar o objeto e aplicar compressão ao redor da lesão, conforme a segurança anatômica.

i) Em lesões com suspeita de fratura craniana, ferimentos oculares ou outras condições nas quais a pressão direta possa agravar a lesão, adaptar a técnica e evitar compressão sobre estruturas vulneráveis.

j) Reavaliar periodicamente a efetividade do curativo, a condição clínica e a presença de novas áreas de sangramento.

6.2 Utilização de curativos hemostáticos e preenchimento de feridas

a) Considerar a utilização de curativos hemostáticos nas hemorragias externas graves em que a compressão convencional seja insuficiente ou quando o local anatômico impossibilitar a utilização de torniquete convencional.

b) Selecionar o material hemostático conforme a padronização institucional, as características da lesão e as orientações do fabricante.

c) Em ferimentos profundos e compressíveis, especialmente em regiões de transição anatômica, como virilha e axila, considerar o preenchimento da ferida com gaze apropriada, por profissional capacitado e conforme protocolo específico.

d) Realizar o preenchimento de maneira cuidadosa, aplicando o material diretamente na região de sangramento e mantendo pressão efetiva, sem realizar exploração cega ou manipulação desnecessária de estruturas profundas.

e) Após o preenchimento, manter compressão manual pelo período recomendado para o dispositivo utilizado. Curativos hemostáticos específicos podem exigir pelo menos três minutos de pressão direta, conforme a tecnologia e as instruções do fabricante.

f) Aplicar curativo compressivo para auxiliar na manutenção do controle hemorrágico, quando anatomicamente viável.

g) Monitorar a ocorrência de ressangramento, evitando remoção ou manipulação desnecessária do material hemostático.

h) Não realizar preenchimento de cavidades torácicas ou abdominais, nem de ferimentos em localizações para as quais a técnica não seja indicada, observando os protocolos específicos de trauma.

i) Registrar o material utilizado, a localização da lesão, a resposta ao procedimento e eventuais intercorrências.

A utilização de preenchimento de feridas e curativos hemostáticos possui respaldo em recomendações internacionais para hemorragias externas graves, especialmente nas regiões onde não é possível aplicar torniquete convencional.

6.3 Aplicação de torniquete em extremidades

a) Identificar a necessidade de torniquete diante de hemorragia externa potencialmente fatal em membro superior ou inferior, especialmente quando a compressão direta for ineficaz, inviável ou houver amputação traumática com sangramento significativo.

b) Em hemorragias exsanguinantes de extremidades, não retardar a aplicação do torniquete quando houver indicação evidente.

c) Utilizar torniquete comercial apropriado, conforme padronização institucional e orientações do fabricante.

d) Posicionar o dispositivo proximalmente à lesão, preferencialmente cerca de 5 a 7 cm acima do local do sangramento, evitando articulações e respeitando as particularidades anatômicas.

e) Quando o local exato da hemorragia não puder ser identificado com segurança, considerar posicionamento mais proximal no membro, conforme o POP específico.

f) Ajustar o torniquete até cessar o sangramento ativo, verificando sua efetividade. Quando possível, confirmar também a ausência de pulso arterial distal.

g) Fixar adequadamente o dispositivo, evitando afrouxamento ou deslocamento durante a movimentação e o transporte.

h) Na persistência de sangramento, verificar a instalação e o ajuste do dispositivo e considerar um segundo torniquete proximal ao primeiro, conforme indicação, treinamento e protocolo institucional.

i) Registrar imediatamente o horário exato da aplicação, de forma visível e no prontuário.

j) Não afrouxar, retirar ou realizar soltura periódica do torniquete durante o transporte. Eventual conversão para outra técnica de controle hemorrágico deverá obedecer a protocolo específico, com avaliação profissional apropriada e condições de segurança.

k) Manter o dispositivo visível e informar à equipe receptora o local, o horário de aplicação, a resposta ao procedimento e as condições clínicas do paciente.

l) Observar continuamente a ocorrência de sangramento persistente, deslocamento do dispositivo e alterações sistêmicas associadas à perda sanguínea.

m) Não aplicar torniquete convencional no pescoço, tórax, abdome ou em regiões onde não seja possível obter compressão circunferencial segura de um membro.

As orientações de localização, efetividade, registro e manutenção do torniquete seguem recomendações de atendimento pré-hospitalar ao trauma.

6.4 Monitorização e prevenção do choque hemorrágico

a) Após a adoção das medidas imediatas de controle do sangramento, avaliar sistematicamente as condições respiratórias, circulatórias e neurológicas.

b) Monitorizar pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória, saturação de oxigênio, nível de consciência e perfusão periférica, conforme os recursos disponíveis.

c) Identificar sinais de deterioração clínica, incluindo alteração progressiva do estado mental, taquicardia persistente, redução da perfusão periférica, hipotensão e sinais de insuficiência circulatória.

d) Reconhecer que o controle aparente da hemorragia externa não exclui outras fontes de sangramento, especialmente em pacientes com trauma de alta energia.

e) Manter o paciente aquecido, utilizando mantas e minimizando a exposição corporal desnecessária, visando prevenir hipotermia.

f) Posicionar o paciente de acordo com sua condição clínica e lesões associadas, evitando movimentações que possam agravar o quadro.

g) Não oferecer alimentos ou líquidos por via oral a pacientes com hemorragia grave, alteração de consciência ou possibilidade de necessidade de intervenção urgente.

h) Avaliar a necessidade de suporte ventilatório e circulatório, conforme o quadro clínico, as competências profissionais e os protocolos assistenciais.

i) Nas situações de choque hemorrágico, comunicar prontamente a regulação médica, informando os sinais de instabilidade e as medidas de controle realizadas.

j) Quando houver indicação de intervenções avançadas, seguir os protocolos institucionais e as prescrições aplicáveis, evitando atrasos na transferência para atendimento definitivo.

k) Reavaliar continuamente a resposta clínica, identificando sinais de recorrência do sangramento e necessidade de novas intervenções.

6.5 Transporte e continuidade da assistência

a) Após o controle inicial da hemorragia, preparar o paciente para transporte seguro, conforme avaliação clínica e orientação da regulação médica.

b) Garantir a manutenção dos curativos, dispositivos hemostáticos e torniquetes durante a mobilização e acomodação na maca.

c) Evitar manipulação desnecessária das regiões lesionadas e proteger os dispositivos contra deslocamento ou perda de efetividade.

d) Monitorar os sinais vitais e a perfusão durante todo o deslocamento, com frequência de reavaliação compatível com a gravidade.

e) Em caso de recorrência de sangramento, reavaliar imediatamente o método de controle utilizado e adotar as medidas pertinentes.

f) Comunicar à Central de Regulação Médica qualquer deterioração clínica relevante, solicitando apoio ou redirecionamento conforme os fluxos institucionais.

g) Na chegada à unidade receptora, transmitir informações sobre o mecanismo de trauma, localização e intensidade da hemorragia, intervenções realizadas, resposta clínica e sinais sugestivos de choque.

h) Destacar expressamente a presença de torniquete, o horário de aplicação, a utilização de curativos hemostáticos e eventuais dificuldades de controle hemorrágico.

6.6 Registro e finalização

a) Registrar no RAE o local anatômico e as características da hemorragia, a condição clínica inicial e os sinais vitais.

b) Documentar as medidas de controle realizadas, incluindo compressão direta, curativo compressivo, utilização de material hemostático ou aplicação de torniquete.

c) Registrar obrigatoriamente o horário de aplicação de cada torniquete utilizado, a localização e a resposta ao procedimento.

d) Descrever a evolução clínica, a efetividade do controle da hemorragia e possíveis intercorrências.

e) Registrar a comunicação com o médico regulador, as orientações recebidas e as condutas realizadas.

f) Documentar as condições do paciente no momento da transferência de cuidados.

g) Descartar os materiais utilizados conforme as normas de biossegurança e realizar a higienização e reorganização dos equipamentos.

7. RECOMENDAÇÕES PROFISSIONAIS

a) O controle imediato de hemorragias externas exsanguinantes constitui prioridade assistencial no atendimento ao trauma, devendo anteceder intervenções que possam ser temporariamente postergadas, conforme a abordagem XABCDE.

b) A compressão direta permanece como medida inicial de escolha para a maioria das hemorragias externas compressíveis.

c) O torniquete deverá ser utilizado em hemorragias graves de extremidades, quando indicado, não sendo recomendado para sangramentos de pequena intensidade que possam ser controlados por medidas menos invasivas.

d) O torniquete não deverá ser considerado medida de último recurso quando houver hemorragia exsanguinante evidente, pois sua aplicação precoce, quando corretamente indicada, pode ser determinante para a sobrevivência.

e) A utilização de torniquetes deverá observar treinamento específico, seleção adequada do dispositivo, técnica correta de instalação e registro obrigatório do horário de aplicação.

f) Não realizar afrouxamento periódico ou retirada rotineira do torniquete durante o transporte, devido ao risco de recorrência de hemorragia grave.

g) Lesões em regiões como virilha e axila poderão exigir técnicas de compressão e preenchimento de feridas, por profissionais capacitados, quando os torniquetes convencionais não forem aplicáveis.

h) Em ferimentos com objetos encravados, evitar sua retirada no ambiente pré-hospitalar, priorizando estabilização e controle do sangramento sem manipulação desnecessária.

i) A aplicação de curativos compressivos deverá considerar a manutenção da circulação distal, evitando compressão excessiva em lesões que não demandem oclusão arterial.

j) A avaliação de sinais de choque hemorrágico deverá ser contínua, considerando que a pressão arterial pode permanecer inicialmente preservada, apesar de perda sanguínea significativa.

k) A prevenção de hipotermia deverá integrar os cuidados aos pacientes com trauma e hemorragia importante.

l) A persistência de sangramento após medidas iniciais exige reavaliação imediata, reconhecimento da gravidade, comunicação à regulação médica e priorização do encaminhamento para tratamento definitivo.

m) As medidas de controle hemorrágico deverão ser acompanhadas de avaliação clínica sistemática, não sendo suficiente considerar apenas a aparência externa do curativo.

n) A administração de medicamentos e soluções intravenosas deverá respeitar as competências profissionais, as prescrições válidas e os protocolos institucionais específicos.

8. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

Aplicação inadequada do torniquete

Atraso no transporte

Interrupção precoce da compressão

Ausência de registro de horário

Controle insuficiente do sangramento

9. REFERÊNCIAS

Base normativa e técnica: Lei nº 7.498/1986; Decreto nº 94.406/1987; Resolução Cofen nº 736/2024; Protocolos de Intervenção do SAMU 192 (SBV e SAV); e manual institucional do SAMU Curitiba. Referências completas ao final deste documento.

HISTÓRICO DE REVISÃO E APROVAÇÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1	2026	Elaboração do documento

RESPONSABILIDADE	SETOR
Elaboração	Coordenação de Unidades Móveis de Atenção à Urgência e Emergência
Revisão/Análise	Coordenação de Unidades Móveis de Atenção à Urgência e Emergência, Coordenação Médica de Unidades Móveis de Atenção à Urgência e Emergência, Coordenação de Enfermagem do SAMU
Validação	Núcleo da Qualidade do Cuidado em Saúde
Aprovação	Direção Geral do Departamento de Urgência e Emergência

1. OBJETIVO

Padronizar a assistência de enfermagem ao paciente em ventilação mecânica invasiva ou não invasiva durante o atendimento e transporte pré-hospitalar, garantindo a continuidade do suporte ventilatório, a manutenção da oxigenação e ventilação adequadas, a prevenção de eventos adversos, a identificação precoce de intercorrências e a segurança do paciente durante todas as etapas do transporte.

2. APLICABILIDADE

Este Procedimento Operacional Padrão aplica-se ao atendimento pré-hospitalar móvel do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU Curitiba), especialmente às Unidades de Suporte Avançado de Vida (USA).

3. RESPONSÁVEIS

Enfermeiro das Unidades de Suporte Avançado de Vida: Responsável pela avaliação e execução dos cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica, incluindo verificação e instalação do equipamento de ventilação mecânica, monitorização dos parâmetros ventilatórios, avaliação da via aérea artificial, prevenção de complicações e registro da assistência, conforme suas competências legais.

4. DEFINIÇÕES / SIGLAS

SAMU: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência;

RAE: Registro de Atendimento de Enfermagem;

POP: Procedimento Operacional Padrão;

USB: Unidade de Suporte Básico;

USA: Unidade de Suporte Avançado.

5. ESTRUTURA, EQUIPAMENTOS E MATERIAIS

a) Ventilador mecânico portátil apropriado para transporte, com modalidades e parâmetros compatíveis com as necessidades do paciente.

b) Circuito ventilatório compatível com o equipamento, incluindo conexões, filtros e acessórios indicados pelo fabricante.

c) Fonte de oxigênio com capacidade suficiente para o transporte, incluindo reserva de segurança.

d) Sistema de alimentação elétrica compatível com o ventilador e bateria com autonomia adequada ao deslocamento.

e) Monitor multiparamétrico.

f) Bolsa-válvula-máscara adequada à faixa etária, com reservatório, conexão ao oxigênio e acessórios necessários à ventilação manual.

g) Aspirador portátil em condições de funcionamento e materiais apropriados para aspiração de vias aéreas.

h) Dispositivos de fixação de tubo endotraqueal ou cânula de traqueostomia.

i) Materiais para manutenção da permeabilidade das vias aéreas e manejo de intercorrências, conforme o nível de suporte.

j) Bombas de infusão, equipos, extensores e dispositivos para manutenção das terapias prescritas.

k) Medicamentos e soluções padronizados, conforme prescrição e recursos da unidade.

l) Maca com sistema de fixação apropriado e suportes seguros para ventilador, monitor, cilindros e demais equipamentos.

m) Equipamentos de proteção individual conforme os riscos assistenciais.

n) Cobertor e dispositivos para conforto, proteção da pele e manutenção da temperatura corporal.

o) RAE ou sistema institucional para registro dos parâmetros ventilatórios, avaliações e intercorrências.

6. DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

6.1 Avaliação clínica e preparação pré-transporte

a) Receber as informações clínicas do paciente por meio de passagem estruturada de cuidados, preferencialmente utilizando metodologia institucional de comunicação, como SBAR, assegurando a compreensão do diagnóstico, motivo da transferência, evolução clínica e suporte terapêutico em andamento.

b) Confirmar a identificação do paciente, o destino assistencial e as informações pertinentes à transferência.

c) Avaliar as condições clínicas, incluindo nível de consciência, padrão respiratório, frequência cardíaca, pressão arterial, saturação periférica de oxigênio, perfusão e estabilidade hemodinâmica.

d) Verificar o motivo da ventilação mecânica, o tipo de suporte utilizado, a presença de via aérea artificial e as condições respiratórias atuais.

e) Obter informações sobre modalidade ventilatória, parâmetros prescritos, evolução recente, eventuais dificuldades de ventilação e necessidade de ajustes antes da remoção.

f) Conferir os medicamentos e soluções em administração contínua, especialmente sedativos, analgésicos e fármacos vasoativos, verificando prescrições, concentrações, velocidades de infusão, autonomia das soluções e funcionamento das bombas.

g) Identificar riscos associados ao transporte, incluindo instabilidade hemodinâmica, necessidade elevada de oxigênio, dificuldade de ventilação, risco de extubação acidental, agitação psicomotora e possibilidade de deterioração clínica.

h) Confirmar que a equipe e os equipamentos disponíveis sejam compatíveis com a complexidade assistencial do paciente.

i) Solicitar avaliação médica e estabilização adicional antes da remoção quando identificadas condições que comprometam a segurança do transporte, ressalvadas as situações em que a transferência imediata seja necessária e clinicamente justificada.

j) Verificar a disponibilidade de suporte e recursos de contingência para atendimento de possíveis intercorrências durante o deslocamento.

6.2 Avaliação e segurança da via aérea artificial

a) Nos pacientes em ventilação mecânica invasiva, verificar a presença, o tipo e as condições de fixação da via aérea artificial.

b) Conferir a identificação e a profundidade registrada do tubo endotraqueal, observando sua posição em relação à arcada dentária ou outra referência anatômica utilizada.

c) Avaliar a integridade dos dispositivos de fixação, identificando risco de deslocamento, tração ou extubação acidental.

d) Verificar a posição e a permeabilidade da via aérea artificial, correlacionando os achados clínicos com a ventilação, expansão torácica, ausculta pulmonar e capnografia, quando disponível.

e) Avaliar a pressão do balonete, quando aplicável, mantendo-a dentro da faixa recomendada para o dispositivo e o paciente, conforme protocolo institucional e orientações do fabricante.

f) Observar sinais de obstrução da via aérea artificial, incluindo aumento da resistência ventilatória, alterações das pressões, secreções audíveis e redução da oxigenação.

g) Realizar aspiração de vias aéreas somente quando clinicamente indicada, utilizando técnica apropriada e respeitando o POP institucional específico.

h) Evitar desconexões desnecessárias do circuito ventilatório, considerando o risco de perda de pressão positiva, desrecrutamento alveolar e deterioração da oxigenação.

i) Nos pacientes traqueostomizados, verificar a fixação da cânula, a integridade da região periestomal e a disponibilidade de dispositivos de contingência compatíveis.

j) Durante a movimentação do paciente, designar profissional responsável pela proteção e estabilização da via aérea artificial, evitando tracionamento do tubo ou do circuito.

6.3 Verificação e instalação do ventilador de transporte

a) Inspecionar o ventilador portátil, verificando integridade estrutural, conexões, tela, comandos, alarmes e condições de funcionamento.

b) Confirmar a realização das verificações de funcionamento e dos testes recomendados pelo fabricante antes da utilização.

c) Verificar a compatibilidade do ventilador com a faixa etária, a modalidade ventilatória e as necessidades clínicas do paciente.

d) Conferir a prescrição ou estratégia ventilatória definida pela equipe médica, verificando, conforme aplicável, modalidade, volume corrente ou pressão inspiratória, frequência respiratória, FiO_2, PEEP, tempo inspiratório e demais parâmetros específicos.

e) Configurar o equipamento conforme as orientações médicas e os protocolos institucionais, observando as competências profissionais estabelecidas.

f) Verificar o correto posicionamento e encaixe do circuito ventilatório, filtros, sensores e conexões.

g) Confirmar que as conexões estejam seguras, sem dobras, compressões, vazamentos ou acúmulo excessivo de condensado.

h) Verificar os limites e a funcionalidade dos alarmes de pressão, desconexão, volume, frequência, apneia e demais dispositivos de segurança disponíveis.

i) Confirmar a carga da bateria e a disponibilidade de fonte elétrica compatível com a ambulância.

j) Verificar a autonomia de oxigênio, considerando consumo estimado, parâmetros ventilatórios, duração prevista do transporte e reserva adicional para intercorrências.

k) Antes da remoção, realizar a transição do ventilador de origem para o ventilador de transporte de maneira coordenada, com equipe habilitada e dispositivos de ventilação manual disponíveis.

l) Após a conexão, confirmar expansão torácica, saturação de oxigênio, pressões ventilatórias e volumes apresentados pelo equipamento.

m) Observar a tolerância clínica do paciente ao ventilador de transporte antes do início do deslocamento, corrigindo alterações identificadas.

n) Confirmar que o equipamento permaneça adequadamente fixado e acessível para monitorização e intervenções durante o transporte.

6.4 Cuidados de enfermagem durante o transporte

a) Manter monitorização contínua da saturação periférica de oxigênio e do ritmo cardíaco, além de avaliações periódicas da pressão arterial e demais parâmetros clínicos, conforme a gravidade.

b) Avaliar continuamente a expansão torácica, o padrão ventilatório, a sincronia entre paciente e ventilador e os sinais clínicos de desconforto respiratório.

c) Acompanhar os parâmetros apresentados pelo ventilador, incluindo pressão das vias aéreas, volume corrente, frequência respiratória, volume-minuto e demais indicadores disponíveis.

d) Verificar periodicamente a integridade das conexões, a fixação da via aérea artificial e o posicionamento do circuito.

e) Manter os alarmes ativos e audíveis, ajustados à condição clínica, conforme prescrição e recursos do equipamento.

f) Diante de alarmes, identificar imediatamente a causa, correlacionando as informações apresentadas pelo ventilador com as condições clínicas do paciente.

g) Evitar silenciamento prolongado ou desativação indiscriminada dos alarmes.

h) Manter atenção à autonomia da bateria e ao consumo de oxigênio, verificando continuamente as condições necessárias para manutenção do suporte até a unidade de destino.

i) Observar a necessidade de aspiração de vias aéreas diante de sinais clínicos de acúmulo de secreções, respeitando a técnica e os protocolos específicos.

j) Avaliar as condições de sedação, analgesia e conforto, identificando agitação, assincronia ventilatória ou sinais de possível dor.

k) Verificar a continuidade das infusões prescritas e o funcionamento das bombas, evitando interrupções inadvertidas de medicamentos essenciais.

l) Observar a perfusão periférica, a condição hemodinâmica e os sinais sugestivos de deterioração clínica.

m) Proteger a integridade cutânea, evitando pressão excessiva de fixadores, dispositivos, circuitos e equipamentos sobre o paciente.

n) Manter posicionamento adequado na maca, respeitando as condições clínicas e as medidas de segurança durante o deslocamento.

o) Evitar manipulações desnecessárias da via aérea e alterações não autorizadas nos parâmetros ventilatórios.

p) Registrar avaliações e intercorrências conforme a gravidade e as condições operacionais, assegurando documentação cronológica da assistência.

6.5 Condutas diante de intercorrências

a) Diante de dessaturação, alteração súbita das pressões ventilatórias ou sinais de ventilação inadequada, realizar avaliação clínica imediata, verificando via aérea artificial, circuito, conexões, fonte de oxigênio e funcionamento do ventilador.

b) Na suspeita de obstrução da via aérea artificial, avaliar a presença de secreções, dobras, mordedura do tubo ou outras causas de aumento da resistência ventilatória, realizando as medidas cabíveis conforme capacitação e protocolos.

c) Em caso de desconexão do circuito, restabelecer prontamente a conexão segura, verificar a ventilação e reavaliar as condições clínicas.

d) Diante de falha do ventilador, perda de alimentação elétrica ou impossibilidade de manutenção da ventilação mecânica, acionar imediatamente o plano de contingência.

e) Quando necessário, realizar ventilação manual com BVM conectada ao oxigênio, por profissional capacitado, observando expansão torácica, frequência adequada, resistência à ventilação e resposta clínica, enquanto se providencia a correção da falha ou equipamento alternativo.

f) Nos pacientes com suspeita de extubação acidental ou deslocamento da via aérea artificial, reconhecer imediatamente a perda de ventilação efetiva, solicitar intervenção médica e estabelecer suporte de oxigenação e ventilação conforme a condição clínica.

g) Não realizar manipulações invasivas ou reposicionamentos da via aérea artificial fora das competências profissionais e dos protocolos institucionais.

h) Na ocorrência de hipotensão, arritmias, alteração importante do nível de consciência ou outras manifestações de instabilidade, reavaliar imediatamente as condições clínicas e instituir as medidas de suporte pertinentes.

i) Considerar, diante de deterioração respiratória súbita, causas potencialmente graves como obstrução do tubo, deslocamento da via aérea artificial, pneumotórax, falha do equipamento ou alterações da condição pulmonar.

j) Comunicar prontamente o médico da equipe e a Central de Regulação Médica quando indicado, transmitindo os achados clínicos, parâmetros ventilatórios, intervenções realizadas e resposta do paciente.

k) Caso seja necessária intervenção que não possa ser realizada com segurança durante o deslocamento, solicitar a parada da ambulância em local seguro, conforme a urgência clínica.

l) Registrar todas as intercorrências, incluindo horários, alterações identificadas, condutas realizadas, resposta clínica e comunicações efetuadas.

6.6 Transferência do cuidado à unidade receptora

a) Antes da transferência, confirmar a estabilidade do paciente e as condições necessárias para continuidade do suporte ventilatório.

b) Realizar comunicação estruturada com a equipe receptora, informando o diagnóstico, as condições clínicas, o tipo de via aérea e a modalidade de ventilação utilizada.

c) Informar os parâmetros ventilatórios em utilização, incluindo FiO_2, PEEP, frequência respiratória, volume corrente ou pressão inspiratória e demais ajustes relevantes.

d) Comunicar as condições da via aérea artificial, profundidade de fixação, presença de secreções, necessidade de aspiração e eventuais intercorrências.

e) Informar os medicamentos e infusões em andamento, concentrações, doses, velocidades e acessos vasculares utilizados.

f) Durante a transferência entre equipamentos, assegurar que a ventilação seja mantida sem interrupções desnecessárias, com participação dos profissionais responsáveis.

g) Confirmar a efetividade da ventilação e da monitorização após a instalação no equipamento da unidade receptora.

h) Realizar a entrega dos documentos assistenciais, exames e registros disponíveis, conforme os fluxos institucionais.

i) Conferir a retirada ou devolução dos equipamentos e acessórios pertencentes ao SAMU, conforme as rotinas operacionais, sem comprometer a continuidade da assistência.

j) Registrar no RAE as condições do paciente no momento da entrega, os parâmetros ventilatórios, os dispositivos utilizados, as intercorrências e a identificação da equipe receptora, conforme a rotina institucional.

7. RECOMENDAÇÕES PROFISSIONAIS

a) O transporte de pacientes em ventilação mecânica deverá ser precedido de avaliação clínica e planejamento assistencial, considerando a estabilidade do paciente, a complexidade do suporte ventilatório e a disponibilidade de recursos adequados.

b) O enfermeiro é responsável, no âmbito da equipe de enfermagem, pela montagem, testagem, instalação, monitorização e manejo dos equipamentos de ventilação mecânica, observadas as disposições da Resolução COFEN nº 639/2020.

c) O ajuste inicial e o manejo dos parâmetros ventilatórios pelo enfermeiro deverão ocorrer sob coordenação médica, conforme previsto na referida resolução, respeitando os protocolos institucionais.

d) Pacientes em ventilação mecânica invasiva deverão ser transportados em unidade compatível com sua complexidade assistencial, com equipe habilitada, monitorização e recursos de suporte ventilatório e manejo de emergências.

e) Antes do início do transporte, deverá ser confirmada a adequação do ventilador portátil às necessidades ventilatórias do paciente, incluindo modalidades disponíveis, parâmetros programados, alarmes e condições de funcionamento.

f) A autonomia de oxigênio e bateria deverá ser suficiente para todo o deslocamento previsto, acrescida de margem de segurança para possíveis atrasos, intercorrências ou necessidade de ventilação manual.

g) A avaliação da via aérea artificial deverá contemplar fixação, profundidade, permeabilidade, condições do balonete, quando aplicável, e risco de deslocamento durante a movimentação.

h) A mudança do paciente entre equipamentos ventilatórios deverá ocorrer de maneira coordenada, com disponibilidade imediata de dispositivo para ventilação manual e profissionais capacitados.

i) A monitorização deverá ser contínua e compatível com a gravidade, incluindo oximetria de pulso, frequência cardíaca, ritmo cardíaco e capnografia, além de avaliações hemodinâmicas periódicas.

j) A oximetria de pulso isoladamente não é suficiente para avaliar a ventilação alveolar, devendo seus resultados ser correlacionados com a avaliação clínica e os demais parâmetros disponíveis.

k) A aspiração de vias aéreas deverá ser realizada somente quando indicada, observando técnica asséptica, monitorização e as disposições do POP específico.

l) Evitar desconexões desnecessárias do circuito, devido ao risco de perda de PEEP, desrecrutamento alveolar, hipoxemia e contaminação.

m) A manutenção da sedação e analgesia deverá observar as prescrições válidas e os protocolos assistenciais, garantindo monitorização e prevenção de interrupções inadvertidas das infusões.

n) A equipe deverá possuir condições de reconhecer e responder a intercorrências como extubação acidental, obstrução da via aérea, desconexão do circuito, falha do ventilador, hipoxemia e instabilidade hemodinâmica.

o) Diante de falha ventilatória, a prioridade será restabelecer a oxigenação e a ventilação efetivas, utilizando os recursos de contingência disponíveis e solicitando intervenção médica conforme a gravidade.

p) A utilização de ventilação manual prolongada em substituição ao ventilador deverá ser evitada sempre que possível, considerando as dificuldades de controle preciso dos parâmetros ventilatórios.

q) Os equipamentos deverão permanecer adequadamente fixados durante o transporte, evitando quedas, desconexões e tracionamento da via aérea artificial.

r) Os profissionais deverão receber capacitação periódica em ventilação mecânica de transporte, interpretação de alarmes, aspiração de vias aéreas, ventilação manual e manejo inicial de intercorrências.

s) Não deverá ser iniciado o transporte eletivo ou inter-hospitalar de paciente em ventilação mecânica sem condições mínimas de segurança ventilatória, monitorização, autonomia de gases e energia e recursos de contingência. Situações excepcionais de risco imediato deverão ser avaliadas pela equipe médica e pela regulação, com definição da estratégia mais segura disponível.

t) A continuidade da assistência deverá ser garantida durante a transferência do paciente, evitando interrupções de ventilação, oxigenação ou terapias essenciais.

u) A assistência deverá ser registrada de forma completa, incluindo avaliação pré-transporte, parâmetros ventilatórios, verificações de segurança, monitorização, intercorrências e condições clínicas na entrega.

8. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

Extubação accidental

Obstrução de via aérea

Falha do ventilador

Insuficiência de oxigênio

Bateria insuficiente

Desconexão do circuito

Alteração inadequada de parâmetros

9. REFERÊNCIAS

Base normativa e técnica: Lei nº 7.498/1986; Decreto nº 94.406/1987; Resolução Cofen nº 736/2024; Protocolos de Intervenção do SAMU 192 (SBV e SAV); e manual institucional do SAMU Curitiba. Referências completas ao final deste documento.

HISTÓRICO DE REVISÃO E APROVAÇÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1	2026	Elaboração do documento

RESPONSABILIDADE	SETOR
Elaboração	Coordenação de Unidades Móveis de Atenção à Urgência e Emergência
Revisão/Análise	Coordenação de Unidades Móveis de Atenção à Urgência e Emergência, Coordenação Médica de Unidades Móveis de Atenção à Urgência e Emergência, Coordenação de Enfermagem do SAMU
Validação	Núcleo da Qualidade do Cuidado em Saúde
Aprovação	Direção Geral do Departamento de Urgência e Emergência

1. OBJETIVO

Padronizar a execução segura e a documentação do procedimento de enfermagem: prevenção e controle de infecções no atendimento pré-hospitalar.

2. APLICABILIDADE

Atendimento pré-hospitalar móvel do SAMU Curitiba, conforme perfil assistencial, categoria profissional e recursos da unidade.

3. RESPONSÁVEIS

Todos os profissionais de enfermagem.

4. DEFINIÇÕES / SIGLAS

SAMU: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência;
RAE: Registro de Atendimento de Enfermagem;
POP: Procedimento Operacional Padrão;
USB: Unidade de Suporte Básico;
USA: Unidade de Suporte Avançado.

5. ESTRUTURA, EQUIPAMENTOS E MATERIAIS

Preparação alcoólica, água e sabonete, EPIs, produtos saneantes aprovados e coletores.

6. PRECAUÇÕES PADRÃO E AVALIAÇÃO DE RISCO

a) Aplicar as precauções padrão em todos os atendimentos, independentemente do diagnóstico conhecido ou suspeito, considerando o risco de exposição a sangue, secreções, excreções, mucosas, pele não íntegra e materiais potencialmente contaminados.
b) Realizar avaliação inicial dos riscos biológicos envolvidos no atendimento, identificando sinais e sintomas sugestivos de doenças infectocontagiosas, necessidade de precauções adicionais e condições ambientais que possam favorecer a transmissão de microrganismos.

c) Adotar precauções adicionais de contato, gotículas ou aerossóis conforme a suspeita ou confirmação diagnóstica, a forma de transmissão do agente infeccioso e as orientações institucionais vigentes.
d) Comunicar à Central de Regulação Médica, sempre que pertinente, a necessidade de precauções adicionais, permitindo o planejamento do transporte e a comunicação prévia ao serviço de destino.
e) Evitar a exposição desnecessária de profissionais e acompanhantes, limitando a presença no compartimento assistencial da ambulância às pessoas indispensáveis à assistência.

6.1 Higienização das mãos

a) Realizar higiene das mãos conforme os cinco momentos recomendados pela Organização Mundial da Saúde:
Antes de tocar o paciente.
Antes de realizar procedimento limpo ou asséptico.
Após risco de exposição a fluidos corporais.
Após tocar o paciente.
Após tocar superfícies próximas ao paciente.
b) Utilizar preparação alcoólica apropriada quando as mãos não apresentarem sujidade visível, respeitando o tempo de fricção recomendado pelo fabricante.
c) Realizar higiene das mãos com água e sabonete quando houver sujidade visível, contaminação por matéria orgânica ou situações específicas que exijam lavagem, conforme o protocolo institucional.
d) Higienizar as mãos antes de calçar e após retirar luvas, considerando que o uso de luvas não substitui a higiene das mãos.
e) Manter unhas curtas e naturais, livres de adornos incompatíveis com a prática assistencial, observando as recomendações de biossegurança.
f) Garantir a disponibilidade e o acesso às preparações alcoólicas nas unidades móveis, realizando reposição sempre que necessário.

6.2 Utilização de equipamentos de proteção individual (EPIs)

a) Selecionar os EPIs conforme a avaliação do risco de exposição, considerando procedimento, a possibilidade de contato com materiais biológicos e a forma de transmissão de doenças suspeitas ou confirmadas.
b) Utilizar luvas de procedimento quando houver possibilidade de contato com sangue, secreções, excreções, mucosas, pele não íntegra ou superfícies contaminadas.
c) Utilizar avental de proteção quando houver risco de contaminação da roupa ou da pele por materiais biológicos.

d) Utilizar máscara cirúrgica, proteção ocular ou facial e outros equipamentos conforme os riscos identificados e as precauções indicadas.
e) Utilizar respirador particulado PFF2/N95 ou equivalente quando houver indicação de precaução para aerossóis, observando a vedação adequada e as orientações institucionais.
f) Realizar a colocação e a retirada dos EPIs conforme técnica apropriada, evitando contato das superfícies potencialmente contaminadas com pele, mucosas e vestimentas.
g) Substituir EPIs danificados, contaminados ou inadequados para a continuidade da assistência, observando as recomendações de utilização e descarte.

6.3 Prevenção de infecções durante procedimentos assistenciais

a) Utilizar técnica asséptica nos procedimentos invasivos, conforme indicação clínica e protocolos institucionais.
b) Realizar antissepsia da pele antes de procedimentos invasivos, utilizando produtos padronizados pela instituição e respeitando suas indicações e o tempo de secagem.
c) Utilizar materiais estéreis quando exigidos pela natureza do procedimento, conferindo integridade, validade e condições das embalagens.
d) Evitar manipulações desnecessárias de acessos venosos, conexões, circuitos respiratórios e demais dispositivos invasivos.
e) Desinfetar conexões e pontos de acesso aos sistemas de infusão antes da manipulação, conforme protocolo institucional e recomendações do fabricante.
f) Utilizar materiais de uso único conforme sua finalidade, sendo vedado o reprocessamento não autorizado.
g) Manter os equipamentos e materiais limpos separados daqueles utilizados e potencialmente contaminados.
h) Higienizar as mãos e substituir as luvas quando necessário entre procedimentos, evitando a transferência de microrganismos entre superfícies e dispositivos.

6.4 Prevenção de acidentes com materiais perfurocortantes

a) Manipular agulhas, lancetas e outros materiais perfurocortantes utilizando técnica segura e atenção às condições do atendimento pré-hospitalar.
b) Não reencapar, desconectar manualmente ou manipular desnecessariamente agulhas utilizadas.
c) Descartar imediatamente os materiais perfurocortantes após o uso, em recipientes rígidos, resistentes à punctura, identificados e posicionados de forma segura.
d) Respeitar o limite de preenchimento dos coletores, providenciando sua substituição conforme recomendações do fabricante e normas institucionais.
e) Não transportar perfurocortantes utilizados sem proteção ou fora dos recipientes apropriados.

f) Comunicar imediatamente acidentes envolvendo materiais biológicos, acionando o fluxo institucional de atendimento, notificação e acompanhamento ocupacional.

6.5 Limpeza e desinfecção da ambulância e dos equipamentos

a) Realizar limpeza e desinfecção das superfícies e dos equipamentos assistenciais conforme o POP institucional de higienização de ambulâncias, observando o tipo de superfície, a natureza da contaminação e o produto padronizado.
b) Garantir a limpeza e desinfecção das superfícies frequentemente tocadas, incluindo maca, grades, cintos, bancos, maçanetas, bancadas, suportes e demais superfícies utilizadas durante o atendimento.
c) Realizar o processamento indicado dos equipamentos compartilhados, como estetoscópios, oxímetros, manguitos de pressão arterial, monitores e outros dispositivos, respeitando as recomendações dos fabricantes.
d) Realizar limpeza e desinfecção após o atendimento e transporte, antes da utilização da unidade por outro paciente, conforme o risco identificado e os procedimentos institucionais.
e) Na presença de sangue, secreções ou outros materiais orgânicos, realizar a remoção segura da matéria orgânica e a limpeza e desinfecção indicadas, utilizando EPIs apropriados.
f) Utilizar exclusivamente saneantes padronizados e regularizados para a finalidade pretendida, respeitando concentração, diluição, compatibilidade com superfícies e tempo de contato estabelecidos pelo fabricante.
g) Não realizar misturas de produtos químicos, nem utilizar saneantes de forma diferente das orientações técnicas autorizadas.
h) Realizar limpeza terminal ou procedimento de descontaminação específico quando indicado pelo risco biológico, conforme fluxo institucional.
i) Registrar as atividades de higienização, quando previsto, e comunicar situações que impeçam a limpeza ou desinfecção adequada da unidade.
j) Não disponibilizar a ambulância para novo atendimento quando houver contaminação que exija descontaminação prévia, devendo a situação ser comunicada à Central de Regulação e à coordenação responsável.

6.6 Transporte de pacientes com suspeita ou confirmação de doenças transmissíveis

a) Identificar previamente, sempre que possível, o risco de transmissão e as precauções necessárias para o transporte.
b) Orientar a equipe quanto à utilização dos EPIs indicados e às medidas de prevenção de transmissão durante o atendimento.
c) Utilizar máscara cirúrgica no paciente quando indicada, clinicamente tolerada e compatível com sua condição respiratória.

d) Manter medidas de etiqueta respiratória e controle da fonte de infecção sempre que aplicáveis.
e) Reduzir a manipulação desnecessária de equipamentos e superfícies durante o transporte.
f) Manter ventilação apropriada no compartimento assistencial, conforme as condições técnicas da ambulância e as orientações institucionais para o agente infeccioso suspeito ou confirmado.
g) Informar previamente ao serviço de destino sobre a necessidade de precauções adicionais, por intermédio do fluxo de regulação e transferência de cuidados.
h) Após o transporte, realizar limpeza e desinfecção conforme o risco identificado e o POP específico de higienização da ambulância.
i) Em situações que envolvam agentes infecciosos de alta consequência ou orientações sanitárias especiais, seguir os protocolos específicos e as determinações das autoridades competentes.

6.7 Gerenciamento de resíduos de serviços de saúde

a) Segregar os resíduos no momento e local de sua geração, conforme classificação e gerenciamento estabelecidos no Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) institucional.
b) Descartar resíduos potencialmente infectantes em recipientes e embalagens apropriados, devidamente identificados.
c) Descartar materiais perfurocortantes exclusivamente em coletores próprios.
d) Evitar o transporte desnecessário de resíduos contaminados e manter os recipientes acondicionados com segurança durante o deslocamento.
e) Substituir recipientes quando necessário e assegurar o encaminhamento dos resíduos conforme o fluxo institucional.

6.8 Conduta diante de exposição ocupacional a material biológico

a) Interromper a atividade de forma segura após exposição percutânea, contato com mucosas ou pele não íntegra, adotando imediatamente os cuidados locais indicados.
b) Em exposições percutâneas ou cutâneas, realizar lavagem do local com água e sabonete. Em exposições de mucosas, realizar irrigação com água ou solução fisiológica, conforme o local atingido.
c) Não espremer o local da lesão nem utilizar substâncias irritantes ou procedimentos inadequados.
d) Comunicar imediatamente o acidente ao responsável pelo serviço e acionar o fluxo institucional de atendimento ao trabalhador.

e) Encaminhar o profissional para avaliação assistencial urgente quanto ao risco de transmissão de HIV, hepatites virais e outros agentes relevantes, incluindo indicação de profilaxia pós-exposição quando aplicável.
f) Providenciar os registros e notificações exigidos, incluindo comunicação de acidente de trabalho, quando cabível.
g) Garantir orientação e acompanhamento do profissional conforme avaliação do serviço responsável pela saúde ocupacional.

6.9 Registros e comunicação de intercorrências

a) Registrar situações de exposição ocupacional, falhas de biossegurança, acidentes com perfurocortantes e outras intercorrências conforme os instrumentos institucionais.
b) Comunicar imediatamente eventos que representem risco de transmissão cruzada, exposição de profissionais ou pacientes ou comprometimento das condições de segurança da unidade móvel.
c) Notificar incidentes e eventos adversos conforme o fluxo institucional de segurança do paciente.
d) Participar das ações de educação permanente e das atividades de monitoramento das práticas de prevenção e controle de infecções.

7. RECOMENDAÇÕES PROFISSIONAIS

a) As precauções padrão deverão ser adotadas universalmente, independentemente da suspeita ou confirmação de doença infectocontagiosa.
b) A seleção de precauções adicionais deverá considerar o mecanismo de transmissão do agente infeccioso, a situação clínica e as diretrizes institucionais e sanitárias vigentes.
c) A higienização das mãos constitui medida fundamental de prevenção da transmissão de microrganismos e deverá ser realizada nos momentos indicados, independentemente da utilização de luvas.
d) A utilização de EPIs deverá ser fundamentada na avaliação do risco, evitando tanto a exposição ocupacional quanto o uso inadequado dos equipamentos.
e) A limpeza e desinfecção das ambulâncias deverão seguir procedimento institucional específico, considerando a compatibilidade dos produtos, o tempo de contato e a segurança dos profissionais.
f) Os equipamentos compartilhados deverão ser submetidos à limpeza e desinfecção indicadas antes da utilização em outro paciente.
g) Materiais descartáveis e dispositivos de uso único não deverão ser reutilizados indevidamente.
h) Os profissionais deverão estar capacitados para identificar situações que exijam precauções adicionais e realizar corretamente a colocação e retirada dos EPIs.

i) A indisponibilidade de EPIs, produtos de higiene, saneantes ou recipientes de descarte deverá ser comunicada imediatamente à coordenação responsável, com adoção das medidas necessárias à segurança assistencial.
j) As exposições ocupacionais a materiais biológicos deverão ser consideradas situações que exigem avaliação imediata, independentemente da aparente gravidade da lesão.
k) A equipe deverá garantir que a transferência do cuidado inclua informações relevantes sobre precauções e riscos infecciosos, preservando o sigilo e a confidencialidade das informações clínicas.
l) As medidas de prevenção e controle de infecções deverão ser integradas às rotinas assistenciais do SAMU, sendo responsabilidade compartilhada por todos os profissionais envolvidos no atendimento e transporte.

8. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

a) Transmissão cruzada de microrganismos entre pacientes, profissionais, equipamentos e superfícies da ambulância.
b) Higienização inadequada ou insuficiente das mãos.
c) Utilização incorreta, insuficiente ou desnecessária de equipamentos de proteção individual.
d) Falhas na identificação e na aplicação das precauções adicionais.
e) Acidentes com materiais perfurocortantes e exposição ocupacional a sangue e outros materiais biológicos.
f) Reutilização inadequada de materiais descartáveis ou ausência de processamento de equipamentos compartilhados.
g) Limpeza e desinfecção insuficientes das superfícies e dos dispositivos assistenciais.
h) Utilização inadequada de saneantes, incluindo diluição incorreta, incompatibilidade de produtos e descumprimento do tempo de contato.
i) Contaminação de materiais limpos durante armazenamento ou manipulação dentro da ambulância.
j) Descarte e acondicionamento inadequados de resíduos de serviços de saúde.
k) Falhas na comunicação entre equipe assistencial, Central de Regulação e unidade receptora sobre precauções necessárias.
l) Atraso na identificação, comunicação e atendimento de exposições ocupacionais.
m) Retorno da ambulância à atividade sem conclusão das medidas de descontaminação necessárias.
n) Indisponibilidade de insumos e equipamentos de biossegurança.
o) Descumprimento dos protocolos institucionais de prevenção e controle de infecções.

9. REFERÊNCIAS

Base normativa e técnica: Lei nº 7.498/1986; Decreto nº 94.406/1987; Resolução Cofen nº 736/2024; Protocolos de Intervenção do SAMU 192 (SBV e SAV); e manual institucional do SAMU Curitiba. Referências completas ao final deste documento.

HISTÓRICO DE REVISÃO E APROVAÇÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1	2026	Elaboração do documento

RESPONSABILIDADE	SETOR
Elaboração	Coordenação de Unidades Móveis de Atenção à Urgência e Emergência
Revisão/Análise	Coordenação de Unidades Móveis de Atenção à Urgência e Emergência, Coordenação Médica de Unidades Móveis de Atenção à Urgência e Emergência, Coordenação de Enfermagem do SAMU
Validação	Núcleo da Qualidade do Cuidado em Saúde
Aprovação	Direção Geral do Departamento de Urgência e Emergência

1. OBJETIVO

Padronizar a assistência de enfermagem ao paciente em crise comportamental, agitação psicomotora ou sofrimento psíquico agudo no atendimento pré-hospitalar móvel do SAMU Curitiba, assegurando abordagem humanizada, identificação precoce de condições clínicas associadas, prevenção de situações de violência, utilização prioritária de estratégias não coercitivas e adoção de medidas proporcionais de proteção, visando preservar a integridade física, a dignidade e os direitos do paciente, dos profissionais e de terceiros.

2. APLICABILIDADE

Este Procedimento Operacional Padrão aplica-se ao atendimento pré-hospitalar móvel realizado pelas equipes do SAMU Curitiba, incluindo as Unidades de Suporte Básico (USB) e Unidades de Suporte Avançado (USA).

3. RESPONSÁVEIS

Enfermeiros: Responsáveis pela avaliação de enfermagem, identificação dos riscos assistenciais, planejamento e supervisão dos cuidados, monitorização clínica, reconhecimento de possíveis causas orgânicas da alteração comportamental e execução das intervenções compatíveis com suas competências legais.

Técnicos de enfermagem: Responsáveis pela execução dos cuidados pertinentes às suas atribuições, incluindo avaliação inicial compatível com sua capacitação, acolhimento, monitorização, medidas de segurança e participação nas intervenções previstas em protocolo institucional.

4. DEFINIÇÕES / SIGLAS

SAMU: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência;

RAE: Registro de Atendimento de Enfermagem;

POP: Procedimento Operacional Padrão;

USB: Unidade de Suporte Básico;

USA: Unidade de Suporte Avançado.

5. ESTRUTURA, EQUIPAMENTOS E MATERIAIS

a) Equipamentos de proteção individual adequados aos riscos da ocorrência.

b) Monitor multiparamétrico, oxímetro de pulso e aparelho de aferição da pressão arterial, conforme disponibilidade e indicação.

c) Glicosímetro, tiras reagentes e lancetas para avaliação da glicemia capilar quando indicada.

d) Equipamentos de oxigenoterapia e suporte ventilatório compatíveis com o nível assistencial da unidade.

e) Aspirador portátil e dispositivos apropriados para manejo das vias aéreas.

f) Maca com cintos de segurança e dispositivos de retenção próprios para transporte.

g) Dispositivos de contenção mecânica específicos, padronizados pela instituição, quando excepcionalmente indicados.

h) Materiais para proteção da pele e redução de pontos de pressão, quando necessários.

i) Medicamentos e materiais para administração conforme prescrição válida, protocolos institucionais e recursos da unidade.

j) Materiais para acesso vascular, quando indicado e compatível com as competências profissionais.

k) Equipamentos de comunicação com a Central de Regulação Médica.

l) RAE ou sistema institucional para registro da assistência.

6. DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

6.1 Avaliação da segurança da cena

a) Antes da aproximação, avaliar as condições de segurança da cena, identificando sinais de violência, presença de armas, objetos potencialmente perigosos, aglomerações, animais ou outras situações que possam comprometer a integridade da equipe.
b) Observar o comportamento do paciente à distância, identificando agitação intensa, ameaças, movimentos agressivos, desorganização comportamental ou sinais de possível perda de controle.
c) Manter distância de segurança e posicionamento que permita o afastamento da equipe, evitando situações de confinamento ou bloqueio das rotas de saída.
d) Evitar aproximação simultânea e desorganizada de vários profissionais, priorizando a comunicação por um integrante da equipe.
e) Solicitar o afastamento de pessoas que estejam contribuindo para o aumento da tensão, sempre que possível e seguro.
f) Reduzir estímulos ambientais excessivos, como ruídos, iluminação intensa, aglomerações e discussões.
g) Não tentar retirar armas ou enfrentar fisicamente pacientes em situações de violência ativa. Aguardar suporte especializado em local seguro.

h) Quando houver risco concreto à segurança, comunicar a Central de Regulação Médica e solicitar apoio dos órgãos competentes.
i) Somente iniciar aproximação e atendimento quando houver condições razoáveis de segurança para o paciente e os profissionais.

6.2 Abordagem humanizada e desescalada verbal

a) Apresentar-se ao paciente de maneira tranquila, informando sua função e o objetivo da assistência.
b) Utilizar tom de voz calmo, frases curtas, linguagem simples e comunicação respeitosa, evitando discussões, ameaças, julgamentos ou atitudes provocativas.
c) Manter postura corporal não ameaçadora, respeitando o espaço pessoal e evitando contato físico inesperado.
d) Procurar compreender as necessidades, preocupações e sentimentos manifestados pelo paciente, utilizando escuta ativa e acolhimento.
e) Evitar confrontar diretamente ideias delirantes, percepções alteradas ou crenças expressas pelo paciente, priorizando a validação do sofrimento e a segurança.
f) Explicar antecipadamente os procedimentos necessários, solicitando colaboração sempre que as condições clínicas permitirem.
g) Oferecer escolhas simples e seguras, buscando preservar a autonomia do paciente e favorecer sua participação nas decisões.
h) Estabelecer limites claros e respeitosos diante de comportamentos que possam causar danos, sem utilizar linguagem punitiva ou ameaçadora.
i) Considerar a participação de familiar ou pessoa de confiança quando sua presença favorecer a tranquilização e não aumentar o risco.
j) Avaliar continuamente a resposta às estratégias de comunicação, evitando escalada desnecessária das intervenções.
k) Priorizar o manejo verbal e ambiental sempre que viável, reservando medidas restritivas às situações em que houver risco imediato ou iminente de dano.

6.3 Avaliação clínica e identificação de possíveis causas orgânicas

a) Avaliar o nível de consciência, a orientação, a responsividade, o padrão respiratório, a circulação e a condição neurológica do paciente, conforme as condições de segurança.
b) Verificar os sinais vitais, incluindo pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória, temperatura e saturação periférica de oxigênio, quando possível.
c) Realizar avaliação da glicemia capilar quando houver suspeita de alteração metabólica, rebaixamento do nível de consciência, confusão mental ou outra indicação clínica.
d) Investigar possíveis causas orgânicas da alteração comportamental, como hipoglicemia, hipóxia, intoxicação, abstinência de substâncias, traumatismo cranioencefálico, convulsões, infecções, distúrbios metabólicos e outras condições agudas.
e) Investigar, quando possível, histórico de doenças, medicamentos em uso, alergias, consumo recente de álcool ou outras substâncias e antecedentes de episódios semelhantes.
f) Identificar sinais de gravidade, incluindo alteração súbita do nível de consciência, dificuldade respiratória, convulsões, hipertermia, instabilidade hemodinâmica ou déficit neurológico.

g) Não presumir que a agitação seja exclusivamente de origem psiquiátrica, especialmente quando ocorrer de forma súbita ou acompanhada de alterações clínicas.
h) Priorizar as intervenções necessárias ao tratamento de condições clínicas imediatamente ameaçadoras à vida, conforme competências profissionais e protocolos aplicáveis.
i) Comunicar ao médico regulador os achados relevantes, especialmente diante de suspeita de causa orgânica, instabilidade clínica ou necessidade de suporte adicional.

6.4 Avaliação de risco e definição da conduta

a) Avaliar continuamente o comportamento do paciente, observando a presença de ameaças, tentativas de agressão, autoagressão ou incapacidade de manter condições mínimas de segurança.
b) Identificar fatores de risco imediatos, como acesso a objetos perigosos, impulsividade intensa, confusão mental grave e comportamento progressivamente desorganizado.
c) Considerar a capacidade do paciente de compreender orientações e participar das decisões, respeitando sua autonomia e as disposições legais aplicáveis.
d) Avaliar a efetividade das medidas de acolhimento, comunicação terapêutica e adequação ambiental.
e) Nas situações em que houver risco persistente ou agravamento da agitação, solicitar apoio à Central de Regulação Médica para definição dos recursos necessários.
f) Quando houver risco imediato à integridade física do paciente ou de terceiros, considerar medidas proporcionais de proteção, observando as competências profissionais e os protocolos institucionais.
g) Evitar intervenções coercitivas quando houver alternativas menos restritivas capazes de controlar o risco.
h) Registrar os achados da avaliação e a justificativa das condutas adotadas.

6.5 Contenção mecânica excepcional

a) A contenção mecânica somente deverá ser considerada quando constituir o único meio disponível para prevenir dano imediato ou iminente ao paciente ou a terceiros.
b) A indicação deverá ser fundamentada em avaliação clínica e de segurança, observando a proporcionalidade da intervenção, a gravidade do risco e a possibilidade de utilização de medidas menos restritivas.
c) A contenção deverá ocorrer sob supervisão direta do enfermeiro, respeitando a excepcionalidade prevista para o atendimento pré-hospitalar móvel na legislação profissional.
d) Nas situações excepcionais de contenção mecânica no atendimento pré-hospitalar móvel, observar a exigência de participação mínima de cinco pessoas estabelecida pela Resolução COFEN nº 746/2024, com organização da equipe e definição prévia das funções.
e) Antes da intervenção, sempre que as condições de segurança permitirem, explicar ao paciente a necessidade da medida, sua finalidade protetiva e as etapas do procedimento.
f) Utilizar exclusivamente dispositivos apropriados e padronizados, evitando materiais improvisados que possam causar lesões ou comprometer a circulação e a ventilação.
g) Realizar a intervenção de forma coordenada, evitando movimentos bruscos, torções, compressões excessivas ou aplicação de força sobre regiões vulneráveis.

h) Não aplicar pressão sobre pescoço, tórax ou abdome, nem utilizar técnicas que comprometam os movimentos respiratórios.
i) Evitar posicionamento em decúbito ventral durante a contenção e o transporte, devido ao risco de comprometimento ventilatório e asfixia posicional.
j) Priorizar posicionamento que permita a manutenção da permeabilidade das vias aéreas, ventilação adequada e monitorização clínica.
k) Verificar se os dispositivos de contenção estão posicionados corretamente, sem compressão excessiva ou comprometimento neurovascular.
l) Após a instalação, avaliar imediatamente respiração, circulação, nível de consciência, perfusão periférica, integridade da pele e condições dos membros contidos.
m) Manter vigilância contínua, especialmente nos pacientes com agitação intensa, intoxicação, alterações do nível de consciência ou uso de medicamentos sedativos.
n) Reavaliar frequentemente a necessidade de manutenção da medida, considerando a evolução comportamental e as condições clínicas.
o) Interromper a contenção assim que cessarem os critérios que justificaram sua utilização, assegurando retirada segura e assistência contínua.
p) Não utilizar contenção como punição, medida disciplinar, coerção, conveniência operacional ou substituição da vigilância profissional.
q) Registrar obrigatoriamente os motivos da contenção, horário de início e término, profissionais participantes, dispositivos utilizados, avaliações clínicas, monitorização, intercorrências e condições do paciente.

Fundamentação normativa: A Resolução COFEN nº 746/2024 estabelece que a contenção mecânica deve ser reservada à prevenção de dano imediato ou iminente, determina supervisão direta do enfermeiro, prevê a excepcionalidade do atendimento pré-hospitalar móvel com no mínimo cinco participantes e exige monitorização e registro. Essa resolução revogou a Resolução COFEN nº 427/2012.

6.6 Cuidados de enfermagem durante a sedação medicamentosa

a) A sedação medicamentosa deverá ocorrer mediante prescrição individual válida ou protocolo institucional específico que autorize expressamente a intervenção, observadas as competências profissionais.
b) Antes da administração, verificar identificação do paciente, alergias conhecidas, medicamento, dose, via, horário, contraindicações e condições clínicas relevantes.
c) Avaliar a disponibilidade de recursos para monitorização e manejo de possíveis intercorrências, especialmente depressão respiratória e instabilidade hemodinâmica.
d) Realizar a administração conforme a prescrição, respeitando a técnica, a velocidade e as recomendações específicas do medicamento.
e) Monitorizar nível de consciência, frequência respiratória, padrão ventilatório, saturação de oxigênio, frequência cardíaca e pressão arterial, conforme o risco clínico.
f) Manter equipamentos de suporte ventilatório e aspiração prontamente disponíveis.
g) Observar sinais de sedação excessiva, depressão respiratória, obstrução das vias aéreas, hipotensão e outras reações adversas.
h) Diante de deterioração clínica, instituir as medidas de suporte compatíveis com a capacitação da equipe e comunicar imediatamente o médico responsável ou regulador.
i) Registrar medicamento, dose, via, horário, fundamento prescricional, parâmetros monitorizados, resposta clínica e eventuais intercorrências.

j) A sedação não elimina a necessidade de avaliação clínica, vigilância contínua e utilização criteriosa de medidas de contenção.

6.7 Transporte seguro do paciente em crise comportamental

a) Antes da remoção, avaliar as condições clínicas e comportamentais do paciente, identificando riscos de fuga, queda, autoagressão, agressão a terceiros e deterioração clínica.
b) Confirmar com a Central de Regulação Médica o destino assistencial e a necessidade de recursos adicionais, conforme o quadro apresentado.
c) Organizar o ambiente interno da ambulância, mantendo equipamentos e materiais adequadamente fixados e reduzindo o acesso a objetos potencialmente perigosos.
d) Acomodar o paciente na maca de forma segura, utilizando os cintos de retenção próprios do equipamento, sem confundi-los com dispositivos de contenção mecânica.
e) Quando houver indicação excepcional de contenção, assegurar posicionamento seguro, monitorização e condições apropriadas para transporte, conforme protocolo institucional.
f) Evitar o transporte de paciente com agitação intensa e risco persistente sem equipe e recursos suficientes para garantir sua segurança e a dos profissionais.
g) Manter comunicação respeitosa com o paciente durante o deslocamento, explicando as intervenções e procurando reduzir sentimentos de medo, ameaça ou desconfiança.
h) Monitorizar continuamente as condições clínicas e observar alterações do comportamento que indiquem agravamento ou melhora da crise.
i) Em pacientes submetidos à sedação ou contenção mecânica, intensificar a vigilância das vias aéreas, ventilação, circulação, nível de consciência e integridade cutânea.
j) Quando ocorrer intercorrência que impossibilite assistência segura durante o deslocamento, solicitar parada da ambulância em local apropriado, conforme a urgência.
k) Na chegada à unidade receptora, realizar passagem estruturada de cuidados, informando histórico da ocorrência, avaliação clínica, comportamento apresentado, intervenções e evolução.
l) Informar expressamente a utilização de contenção mecânica, sua indicação, horários, avaliações e eventuais medicamentos administrados.
m) Garantir que a transferência do paciente preserve sua dignidade, segurança e continuidade assistencial.

6.8 Registros e comunicação de intercorrências

a) Registrar no RAE as condições iniciais do paciente, comportamento apresentado e informações relevantes obtidas na ocorrência.
b) Descrever os sinais e sintomas observados, evitando expressões estigmatizantes ou julgamentos subjetivos.
c) Registrar as estratégias de comunicação terapêutica e as medidas ambientais adotadas, incluindo a resposta apresentada.
d) Documentar os achados da avaliação clínica, sinais vitais, glicemia quando realizada e possíveis condições orgânicas identificadas.
e) Registrar as comunicações realizadas com a Central de Regulação Médica, orientações recebidas e condutas executadas.
f) Quando utilizada contenção mecânica, documentar indicação, justificativa, horário, participantes, dispositivos, duração, monitorização e intercorrências.

g) Registrar os medicamentos administrados, conforme prescrição e protocolos aplicáveis, incluindo dose, via, horário, resposta terapêutica e possíveis efeitos adversos.
h) Descrever as condições clínicas e comportamentais do paciente no momento da transferência de cuidados.
i) Comunicar eventos adversos e situações de risco conforme os fluxos institucionais de segurança do paciente.

7 RECOMENDAÇÕES PROFISSIONAIS

a) O atendimento ao paciente em crise comportamental deverá priorizar acolhimento, comunicação terapêutica, respeito à dignidade humana e redução de intervenções coercitivas.

b) A presença de agitação psicomotora, agressividade ou comportamento desorganizado não deverá ser interpretada automaticamente como manifestação de transtorno psiquiátrico, sendo necessária avaliação de possíveis causas clínicas.

c) As estratégias de desescalada verbal e adequação ambiental deverão ser utilizadas prioritariamente sempre que houver condições de segurança.

d) O paciente deverá ser tratado de forma respeitosa e não discriminatória, independentemente de diagnóstico psiquiátrico, uso de substâncias psicoativas, comportamento apresentado ou condição social.

e) A contenção mecânica é medida excepcional e deverá ser utilizada somente quando constituir o único meio disponível para prevenir dano imediato ou iminente, nos termos da Resolução COFEN nº 746/2024.

f) No atendimento pré-hospitalar móvel, deverão ser observadas as exigências específicas da resolução quanto à supervisão do enfermeiro, excepcionalidade operacional, número mínimo de participantes, monitorização e registro.

g) A contenção deverá durar exclusivamente o período necessário para controle do risco, sendo reavaliada continuamente e retirada tão logo seja possível.

h) É vedado utilizar contenção mecânica como punição, disciplina, intimidação ou por conveniência da equipe.

i) O posicionamento do paciente deverá preservar a ventilação e a circulação, evitando compressão do pescoço, tórax e abdome.

j) A manutenção de paciente contido em posição que comprometa a respiração representa risco grave e deverá ser evitada.

k) Os dispositivos de contenção não substituem os cintos de segurança e os mecanismos próprios de retenção da maca.

l) A sedação medicamentosa deverá observar prescrição válida, indicação clínica, recursos de monitorização e capacidade de resposta às complicações.

m) Pacientes sedados ou submetidos à contenção apresentam maior risco de alterações respiratórias, hemodinâmicas e neurológicas, exigindo vigilância contínua.

n) A presença de profissionais de segurança pública não substitui a avaliação clínica nem transfere a responsabilidade assistencial da equipe de saúde.

o) Diante de risco de violência ativa, a segurança da cena deverá ser restabelecida antes da aproximação da equipe, com solicitação de apoio apropriado.

p) A comunicação com a Central de Regulação Médica deverá ocorrer de forma oportuna, especialmente diante de risco persistente, necessidade de recursos adicionais, suspeita de causa orgânica ou indicação de transporte assistido.

q) As decisões relacionadas à sedação, ao encaminhamento e a intervenções que dependam de prescrição deverão respeitar as competências profissionais e os protocolos institucionais.

r) O registro da assistência deverá ser objetivo, completo e cronológico, permitindo identificar os motivos das intervenções e a resposta clínica do paciente.

s) As equipes deverão receber capacitação periódica em abordagem humanizada, desescalada verbal, reconhecimento de causas clínicas de agitação, prevenção de violência e contenção mecânica segura.

t) O atendimento deverá ser articulado com a Rede de Atenção Psicossocial, os serviços de urgência e os demais pontos da rede assistencial, conforme as necessidades clínicas e os fluxos de regulação.

8 PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

Asfixia posicional

Escalada da agitação

Agressão ao paciente ou à equipe

Trauma

Exposição a violência

Contenção sem indicação

9 REFERÊNCIAS

Base normativa e técnica: Lei nº 7.498/1986; Decreto nº 94.406/1987; Resolução Cofen nº 736/2024; Protocolos de Intervenção do SAMU 192 (SBV e SAV); e manual institucional do SAMU Curitiba. Referências completas ao final deste documento.

HISTÓRICO DE REVISÃO E APROVAÇÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1	2026	Elaboração do documento

RESPONSABILIDADE	SETOR
Elaboração	Coordenação de Unidades Móveis de Atenção à Urgência e Emergência
Revisão/Análise	Coordenação de Unidades Móveis de Atenção à Urgência e Emergência, Coordenação Médica de Unidades Móveis de Atenção à Urgência e Emergência, Coordenação de Enfermagem do SAMU
Validação	Núcleo da Qualidade do Cuidado em Saúde
Aprovação	Direção Geral do Departamento de Urgência e Emergência

1. OBJETIVO

Padronizar a comunicação, a passagem de informações clínicas e a transferência segura da responsabilidade assistencial entre profissionais e serviços de saúde no âmbito do SAMU Curitiba, garantindo a continuidade do cuidado, a identificação correta do paciente, a transmissão de informações essenciais, a prevenção de eventos adversos e a rastreabilidade das ações realizadas durante o atendimento pré-hospitalar.

2. APLICABILIDADE

Este Procedimento Operacional Padrão aplica-se aos atendimentos realizados pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU Curitiba), incluindo as Unidades de Suporte Básico (USB) e de Suporte Avançado (USA).

3. RESPONSÁVEIS

Enfermeiros: Responsáveis pela avaliação de enfermagem, organização e transmissão das informações assistenciais relevantes, comunicação dos riscos identificados, registro das intervenções de enfermagem e garantia da continuidade dos cuidados sob sua responsabilidade, conforme as competências legais.

Técnicos de enfermagem: Responsáveis pela transmissão das informações relativas aos cuidados prestados e às condições observadas, bem como pelos registros e pela participação na transferência segura do paciente, respeitando suas atribuições profissionais.

4. DEFINIÇÕES / SIGLAS

SAMU: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência;

RAE: Registro de Atendimento de Enfermagem;

POP: Procedimento Operacional Padrão;

USB: Unidade de Suporte Básico;

USA: Unidade de Suporte Avançado.

5. ESTRUTURA, EQUIPAMENTOS E MATERIAIS

a) Registro de Atendimento de Enfermagem (RAE) ou documento assistencial institucional.
b) Documentos de identificação do paciente, quando disponíveis.
c)Informações referentes à ocorrência, identificação da unidade móvel e destino assistencial definido pela regulação.

d) Registros dos sinais vitais, avaliações clínicas e procedimentos realizados.
e) Prescrições médicas ou protocolos assistenciais utilizados durante o atendimento.
f) Relação dos medicamentos administrados, contendo doses, vias e horários.
g) Registros de soluções e medicamentos em infusão contínua, incluindo concentração, velocidade e volume administrado.
h) Informações sobre acessos vasculares, dispositivos invasivos, sondas, drenos e outros recursos assistenciais.
i) Registros de parâmetros ventilatórios e de monitorização, quando aplicáveis.
j) Exames, laudos, resultados e documentos disponibilizados pelo serviço de origem, quando pertinentes.
k) Equipamentos de comunicação com a Central de Regulação Médica.
l) Instrumento institucional de passagem estruturada de caso, preferencialmente baseado na metodologia SBAR.

6. DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

6.1 Preparação para a transferência do cuidado

a) Confirmar a identificação do paciente, utilizando pelo menos dois identificadores sempre que disponíveis e aplicáveis.

b) Verificar o destino assistencial definido pela Central de Regulação Médica, conforme os fluxos institucionais.

c) Identificar a unidade receptora e o profissional responsável pelo recebimento das informações clínicas.

d) Realizar avaliação atualizada das condições do paciente antes da transferência, incluindo nível de consciência, condições respiratórias, circulatórias, neurológicas e demais parâmetros pertinentes.

e) Conferir os sinais vitais mais recentes e identificar alterações significativas ocorridas durante o atendimento ou transporte.

f) Revisar as intervenções realizadas, incluindo administração de medicamentos, procedimentos invasivos, oxigenoterapia, ventilação, imobilizações e demais cuidados.

g) Identificar os riscos que exigem continuidade de vigilância, como instabilidade hemodinâmica, risco de broncoaspiração, alterações neurológicas, sangramento ativo, necessidade de oxigênio ou infusões contínuas.

h) Organizar os registros e documentos necessários à continuidade da assistência.

i) Sempre que possível, preparar a passagem de caso antes da chegada à unidade receptora, sem comprometer a monitorização ou os cuidados em andamento.

j) Nos pacientes graves ou instáveis, comunicar antecipadamente à regulação médica as alterações relevantes, permitindo a articulação com o serviço de destino.

6.2 Comunicação estruturada utilizando a metodologia SBAR

a) Realizar a passagem de caso de forma verbal, objetiva e organizada, preferencialmente diretamente ao profissional que assumirá a assistência.

b) Identificar-se, informando nome, categoria profissional e unidade móvel de origem.

c) Confirmar a identificação do paciente e apresentar resumidamente o motivo do atendimento e da transferência.

d) Utilizar preferencialmente a metodologia SBAR para organizar a comunicação.

Etapa	**Informações a transmitir**
S – Situação	Identificação do paciente, motivo do atendimento, queixa principal, condição clínica atual e gravidade.
B – Histórico	Antecedentes relevantes, comorbidades, alergias, medicamentos em uso, mecanismo de trauma ou evolução do quadro.
A – Avaliação	Sinais vitais, nível de consciência, alterações clínicas, procedimentos realizados, resposta às intervenções e evolução durante o transporte.
R – Recomendação	Riscos imediatos, cuidados que precisam ser mantidos, pendências, monitorização necessária e informações que demandam atenção prioritária.

e) Priorizar a transmissão das informações de maior relevância clínica, evitando relatos excessivamente longos que possam dificultar a identificação dos riscos.

f) Informar mudanças importantes nas condições do paciente, destacando o horário de ocorrência, as intervenções realizadas e a resposta apresentada.

g) Nos pacientes graves, iniciar a comunicação pelas condições que representam risco imediato, permitindo que a equipe receptora organize prontamente os recursos necessários.

h) Garantir oportunidade para perguntas, esclarecimento de dúvidas e confirmação das informações transmitidas.

i) Utilizar linguagem técnica padronizada, evitando abreviações ambíguas, interpretações subjetivas e informações não verificadas apresentadas como fatos.

6.3 Transmissão das informações clínicas e terapêuticas

a) Informar o motivo inicial do acionamento e as condições clínicas identificadas na primeira avaliação.

b) Descrever a evolução do paciente desde o início do atendimento, destacando melhora, piora ou alterações relevantes.

c) Comunicar os sinais vitais mais recentes e tendências observadas durante o transporte.

d) Informar as alergias conhecidas ou esclarecer quando essa informação não puder ser obtida.

e) Relatar os medicamentos administrados, especificando nome, dose, via, horário e resposta clínica.

f) Informar a existência de medicamentos em infusão contínua, incluindo concentração, velocidade programada, volume restante e condições da bomba de infusão.

g) Identificar os acessos vasculares, especificando localização, calibre e condições de permeabilidade.

h) Comunicar a presença de dispositivos invasivos, incluindo tubos endotraqueais, traqueostomias, sondas, drenos e outros dispositivos relevantes.

i) Nos pacientes em ventilação mecânica, informar o tipo de via aérea, os parâmetros ventilatórios em utilização, a necessidade de oxigênio e as intercorrências relacionadas ao suporte respiratório.

j) Informar procedimentos realizados durante o atendimento, como ressuscitação cardiopulmonar, desfibrilação, imobilização, controle de hemorragias, aspiração de vias aéreas e outras intervenções.

k) Relatar eventos adversos, complicações ou intercorrências ocorridas durante o transporte.

l) Comunicar exames realizados, resultados disponíveis e alterações relevantes identificadas.

m) Informar medidas de isolamento e precauções específicas, quando indicadas, respeitando a confidencialidade das informações.

n) Destacar pendências assistenciais, avaliações necessárias, riscos identificados e cuidados que não deverão sofrer interrupção.

6.4 Transferência física e continuidade das intervenções

a) Antes de movimentar o paciente, confirmar as condições clínicas e a disponibilidade de espaço, equipamentos e profissionais necessários à transferência.

b) Organizar a movimentação de maneira coordenada, respeitando o POP institucional de mobilização segura e prevenção de quedas.

c) Verificar a fixação de acessos vasculares, sondas, drenos, cateteres, dispositivos de oxigenoterapia e demais equipamentos.

d) Garantir a manutenção do suporte ventilatório e da oxigenação durante a transferência entre macas, leitos e equipamentos.

e) Nos pacientes em ventilação mecânica, coordenar a mudança do ventilador de transporte para o ventilador da unidade receptora, assegurando a continuidade da ventilação e a presença de profissionais habilitados.

f) Nos pacientes em uso de infusões contínuas, conferir a continuidade da administração, evitando interrupções inadvertidas ou alterações não autorizadas dos parâmetros.

g) Manter a monitorização compatível com a condição clínica até que a equipe receptora esteja em condições de assumir os cuidados necessários.

h) Realizar a movimentação do paciente utilizando técnicas seguras, preservando alinhamento corporal, integridade dos dispositivos e prevenção de quedas.

i) Após a transferência, conferir a posição do paciente, os dispositivos instalados, a continuidade das infusões e a efetividade do suporte respiratório, quando aplicável.

j) Confirmar que a equipe receptora tenha conhecimento das terapias em andamento e das necessidades imediatas de assistência.

k) Conferir os documentos, exames e pertences do paciente, conforme os procedimentos institucionais.

l) Verificar os equipamentos pertencentes ao SAMU, assegurando que sua retirada não comprometa a continuidade da assistência.

6.5 Confirmação do recebimento e transferência da responsabilidade assistencial

a) Realizar a passagem de caso ao profissional receptor identificado, garantindo comunicação direta sempre que possível.

b) Solicitar confirmação verbal das informações críticas, especialmente relacionadas a medicamentos de alta vigilância, infusões contínuas, ventilação mecânica, riscos imediatos e intercorrências.

c) Esclarecer eventuais dúvidas apresentadas pela equipe receptora.

d) Confirmar que o paciente tenha sido efetivamente recebido pela equipe responsável, com continuidade das intervenções necessárias.

e) Não considerar a transferência concluída apenas pela chegada do paciente à unidade ou por sua acomodação física em maca ou leito.

f) A conclusão da transferência assistencial deverá contemplar comunicação clínica, entrega dos documentos pertinentes, continuidade dos cuidados essenciais e identificação do profissional receptor.

g) Quando houver dificuldade para recebimento ou continuidade segura da assistência, comunicar a situação à Central de Regulação Médica, mantendo os cuidados necessários enquanto se busca solução conforme o fluxo institucional.

h) Registrar data, horário, unidade de destino e identificação do profissional receptor, quando disponível.

i) Documentar eventuais dificuldades, intercorrências ou atrasos relevantes relacionados à transferência assistencial.

j) Após a conclusão da passagem, verificar o recolhimento dos equipamentos do SAMU e a reorganização da unidade móvel.

6.6 Comunicação com a Central de Regulação Médica

a) Manter comunicação com a Central de Regulação Médica conforme os fluxos operacionais estabelecidos pelo SAMU Curitiba.

b) Informar alterações clínicas relevantes que possam modificar a necessidade de recursos assistenciais ou o destino inicialmente definido.

c) Comunicar situações de instabilidade hemodinâmica, deterioração respiratória, alterações neurológicas ou outras condições que representem risco imediato.

d) Informar intercorrências que exijam mudança de estratégia de atendimento, solicitação de apoio ou necessidade de intervenção médica.

e) Comunicar dificuldades de recebimento do paciente que possam comprometer a segurança assistencial, conforme os procedimentos institucionais.

f) Registrar as orientações recebidas e as condutas executadas, quando pertinentes.

g) Confirmar a conclusão da ocorrência conforme as rotinas de comunicação e encerramento operacional da Central de Regulação.

6.7 Registros e documentação da transferência

a) Registrar no RAE a identificação do paciente, origem, destino e motivo do atendimento ou transferência.

b) Documentar as condições clínicas iniciais, os achados relevantes e a evolução durante o atendimento.

c) Registrar sinais vitais, procedimentos realizados, medicamentos administrados e resposta às intervenções.

d) Identificar os dispositivos assistenciais instalados e as terapias em andamento no momento da entrega.

e) Registrar as intercorrências, os eventos adversos e as medidas adotadas.

f) Documentar comunicações relevantes com o médico regulador e demais profissionais envolvidos.

g) Registrar a data e o horário da chegada à unidade de destino e da efetiva transferência do cuidado, quando esses momentos forem distintos.

h) Identificar o profissional receptor e sua categoria profissional, quando possível, conforme as regras institucionais de documentação.

i) Registrar eventuais pendências, dificuldades na transferência ou informações que não puderam ser obtidas.

j) Garantir que os registros sejam claros, objetivos, cronológicos, legíveis e compatíveis com as intervenções efetivamente realizadas.

k) Observar as disposições da Resolução COFEN nº 736/2024 quanto à documentação do Processo de Enfermagem, respeitando as atribuições de enfermeiros e técnicos de enfermagem.

7. RECOMENDAÇÕES PROFISSIONAIS

a) A passagem de caso deverá ser reconhecida como etapa essencial da assistência, diretamente relacionada à segurança do paciente e à continuidade do cuidado.

b) A comunicação deverá ser clara, objetiva, completa e realizada preferencialmente por meio de ferramenta estruturada, como SBAR, favorecendo a padronização das informações transmitidas.

c) A transferência de cuidados deverá ocorrer diretamente entre profissionais identificados, evitando comunicação exclusivamente por meio de documentos ou relatos de terceiros quando houver possibilidade de passagem verbal.

d) A passagem de caso não deverá ser substituída pela simples entrega do RAE ou de outros documentos assistenciais.

e) Informações críticas deverão ser transmitidas prioritariamente, especialmente nos pacientes graves, instáveis ou em uso de terapias de maior risco.

f) Sempre que possível, a comunicação deverá ocorrer em ambiente com menor número de interrupções e distrações, preservando a confidencialidade das informações.

g) A equipe receptora deverá ter oportunidade de esclarecer dúvidas e confirmar as informações consideradas essenciais.

h) A responsabilidade assistencial não deverá ser considerada transferida exclusivamente pela chegada do paciente ao estabelecimento de saúde, sendo necessária a efetiva passagem do cuidado à equipe receptora.

i) A continuidade de oxigenoterapia, ventilação mecânica, monitorização e infusões essenciais deverá ser assegurada durante a transferência física do paciente.

j) Medicamentos potencialmente perigosos, sedativos, anticoagulantes e fármacos vasoativos deverão receber atenção especial na comunicação, incluindo dose, concentração, horário e velocidade de administração, quando aplicáveis.

k) A presença de dispositivos invasivos deverá ser comunicada, incluindo suas condições, intercorrências e cuidados necessários à manutenção.

l) O profissional deverá distinguir claramente as informações observadas diretamente daquelas relatadas por familiares, acompanhantes ou outros serviços.

m) Nos casos de deterioração clínica durante a chegada ou transferência, as medidas assistenciais necessárias deverão ser priorizadas, com comunicação imediata à equipe receptora.

n) Nos pacientes com risco de broncoaspiração, quedas, sangramento, agitação psicomotora ou deterioração neurológica, essas condições deverão ser destacadas verbalmente durante a passagem.

o) A comunicação entre o SAMU e a unidade receptora deverá preservar relações profissionais respeitosas e colaborativas, mesmo diante de dificuldades operacionais ou assistenciais.

p) A identificação do profissional receptor deverá ser registrada conforme as possibilidades e rotinas institucionais, assegurando rastreabilidade da transferência.

q) A eventual recusa de recebimento, ausência de profissional disponível ou dificuldade que comprometa a continuidade segura da assistência deverá ser comunicada à regulação médica e documentada objetivamente.

r) A equipe deverá manter os cuidados compatíveis com suas competências enquanto a transferência segura não estiver concluída, observando a gravidade e os recursos disponíveis.

s) Os registros deverão refletir fielmente as avaliações, intervenções e comunicações realizadas, sendo vedada a documentação de procedimentos não executados ou informações não confirmadas.

t) As equipes deverão receber capacitação periódica sobre comunicação efetiva, metodologia SBAR, registro assistencial e prevenção de eventos adversos nas transições de cuidado.

8. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

Omissão de informação crítica

Perda de dispositivo

Falha de rastreabilidade

Identificação incorreta de paciente

Comunicação incomplete

9. REFERÊNCIAS

Base normativa e técnica: Lei nº 7.498/1986; Decreto nº 94.406/1987; Resolução Cofen nº 736/2024; Protocolos de Intervenção do SAMU 192 (SBV e SAV); e manual institucional do SAMU Curitiba. Referências completas ao final deste documento.

HISTÓRICO DE REVISÃO E APROVAÇÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1	2026	Elaboração do documento

RESPONSABILIDADE	SETOR
Elaboração	Coordenação de Unidades Móveis de Atenção à Urgência e Emergência
Revisão/Análise	Coordenação de Unidades Móveis de Atenção à Urgência e Emergência, Coordenação Médica de Unidades Móveis de Atenção à Urgência e Emergência, Coordenação de Enfermagem do SAMU
Validação	Núcleo da Qualidade do Cuidado em Saúde
Aprovação	Direção Geral do Departamento de Urgência e Emergência

1. OBJETIVO

Padronizar a execução segura e a documentação do procedimento de enfermagem: registro de enfermagem e rastreabilidade da assistência.

2. APLICABILIDADE

Atendimento pré-hospitalar móvel do SAMU Curitiba, conforme perfil assistencial, categoria profissional e recursos da unidade.

3. RESPONSÁVEIS

Enfermeiros e técnicos de enfermagem segundo atribuições e legislação profissional.

4. DEFINIÇÕES / SIGLAS

SAMU: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência;

RAE: Registro de Atendimento de Enfermagem;

POP: Procedimento Operacional Padrão;

USB: Unidade de Suporte Básico;

USA: Unidade de Suporte Avançado.

5. ESTRUTURA, EQUIPAMENTOS E MATERIAIS

RAE física ou eletrônica institucional, relógio, identificação profissional.

6. DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

a) Registrar data, hora, identificação correta do paciente e contexto de atendimento.

b) Descrever dados objetivos, sinais vitais, avaliação, intervenções, resposta e reavaliações cronologicamente.

c) Registrar toda medicação com prescrição/protocolo correspondente, dose, via, horário e intercorrências.

d) Documentar contatos com regulação, recusas, riscos, alterações de quadro e profissionais envolvidos.

e) Identificar o autor de cada registro por nome e registro profissional conforme padronização.

f) Corrigir erros conforme regra de prontuário, sem apagar ou mascarar informação original.

6.1 RECOMENDAÇÕES PROFISSIONAIS

A documentação de enfermagem integra o Processo de Enfermagem, nos termos da Resolução Cofen nº 736/2024.

7. PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

Registro retrospectivo não identificado

Informação contraditória

Ausência de identificação profissional

8. REFERÊNCIAS

Base normativa e técnica: Lei nº 7.498/1986; Decreto nº 94.406/1987; Resolução Cofen nº 736/2024; Protocolos de Intervenção do SAMU 192 (SBV e SAV); e manual institucional do SAMU Curitiba. Referências completas ao final deste documento.

HISTÓRICO DE REVISÃO E APROVAÇÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1	2026	Elaboração do documento

RESPONSABILIDADE	SETOR
Elaboração	Coordenação de Unidades Móveis de Atenção à Urgência e Emergência
Revisão/Análise	Coordenação de Unidades Móveis de Atenção à Urgência e Emergência, Coordenação Médica de Unidades Móveis de Atenção à Urgência e Emergência, Coordenação de Enfermagem do SAMU
Validação	Núcleo da Qualidade do Cuidado em Saúde
Aprovação	Direção Geral do Departamento de Urgência e Emergência

1. OBJETIVO

Padronizar a conferência sistemática das condições assistenciais das unidades móveis do SAMU Curitiba durante a passagem de plantão, assegurando a disponibilidade, integridade, funcionamento e organização dos equipamentos, medicamentos, materiais e dispositivos necessários ao atendimento pré-hospitalar, visando à prevenção de eventos adversos, identificação precoce de não conformidades, continuidade operacional e segurança dos pacientes e profissionais.

2. APLICABILIDADE

Este Procedimento Operacional Padrão aplica-se às equipes do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU Curitiba), incluindo as Unidades de Suporte Básico (USB) e de Suporte Avançado (USA).

3. RESPONSÁVEIS

Enfermeiros: Responsáveis pela organização e supervisão das atividades de enfermagem relacionadas à conferência assistencial, verificação dos equipamentos e materiais sob sua responsabilidade, identificação de riscos, avaliação das não conformidades e encaminhamento das medidas necessárias para garantir a segurança assistencial.

Técnicos de enfermagem: Responsáveis pela conferência dos materiais, medicamentos e equipamentos conforme suas atribuições, identificação e registro de irregularidades, reposição de materiais e comunicação das pendências, observando os protocolos institucionais e a supervisão de enfermagem aplicável.

4. DEFINIÇÕES / SIGLAS

SAMU: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência;

RAE: Registro de Atendimento de Enfermagem;

POP: Procedimento Operacional Padrão;

USB: Unidade de Suporte Básico;

USA: Unidade de Suporte Avançado.

5. ESTRUTURA, EQUIPAMENTOS E MATERIAIS

a) Checklist institucional atualizado e específico para o tipo de unidade móvel.

b) Relação padronizada de medicamentos, soluções e materiais de consumo.

c) Monitor multiparamétrico, monitor/desfibrilador ou DEA, conforme o nível de suporte.

d) Equipamentos de oxigenoterapia, cilindros fixos e portáteis, fluxômetros, manômetros, extensões e conexões.

e) Bolsa-válvula-máscara, máscaras faciais e dispositivos auxiliares de vias aéreas.

f) Aspirador portátil, sistema coletor e dispositivos de aspiração.

g) Ventilador mecânico de transporte, circuitos e acessórios, quando integrante da unidade.

h) Bombas de infusão e respectivos acessórios, quando disponíveis.

i) Materiais para acesso vascular, administração de medicamentos, curativos e controle de hemorragias.

j) Materiais de imobilização, mobilização e transporte, incluindo macas, cintos, talas e demais dispositivos padronizados.

k) Equipamentos de proteção individual e materiais de biossegurança.

l) Coletor de materiais perfurocortantes e recipientes para resíduos assistenciais.

m) Kits de atendimento organizados conforme a finalidade assistencial e o perfil da unidade.

n) Materiais de limpeza e desinfecção padronizados.

o) Sistemas de comunicação e recursos de registro assistencial.

p) Fontes de alimentação elétrica, baterias e carregadores dos equipamentos.

q) Formulário ou sistema institucional para registro de pendências, solicitações de reposição e manutenção.

6. DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

6.1 Recebimento do plantão e avaliação inicial da unidade

a) Realizar a passagem de plantão entre os profissionais, preferencialmente de forma presencial e estruturada, transmitindo informações relevantes sobre as condições da unidade móvel.

b) Identificar a unidade, a data, o horário e os profissionais responsáveis pela conferência.

c) Receber informações sobre os atendimentos realizados no plantão anterior que tenham ocasionado consumo de materiais, medicamentos ou utilização de equipamentos que necessitem de reposição, limpeza, manutenção ou substituição.

d) Verificar a existência de pendências assistenciais ou operacionais previamente registradas, incluindo solicitações de reposição, manutenção e equipamentos temporariamente indisponíveis.

e) Inspecionar as condições gerais de organização e limpeza do compartimento assistencial, verificando a ausência de resíduos, materiais utilizados e objetos que possam comprometer a segurança.

f) Conferir as condições de conservação dos armários, compartimentos, suportes e dispositivos de armazenamento.

g) Verificar a disponibilidade dos materiais de biossegurança e dos equipamentos de proteção individual.

h) Identificar imediatamente situações que representem risco à equipe ou ao paciente, comunicando-as aos responsáveis conforme o fluxo institucional.

6.2 Conferência dos equipamentos assistenciais

a) Verificar a presença de todos os equipamentos previstos na relação institucional da unidade móvel.

b) Inspecionar as condições físicas dos equipamentos, observando integridade, limpeza, conservação, conexões, cabos e acessórios.

c) Verificar o funcionamento do monitor/desfibrilador ou DEA, conforme as orientações do fabricante e o procedimento institucional de verificação.

d) Conferir a disponibilidade e a integridade dos eletrodos, cabos, sensores e demais acessórios necessários ao funcionamento dos equipamentos de monitorização.

e) Verificar a carga das baterias, o funcionamento dos carregadores e a disponibilidade de alimentação elétrica compatível.

f) Conferir o funcionamento do aspirador portátil, incluindo sucção, conexões, frasco coletor e dispositivos necessários à utilização.

g) Verificar a integridade da bolsa-válvula-máscara, do reservatório, das válvulas e das máscaras, observando o funcionamento conforme as recomendações do fabricante.

h) Nas unidades equipadas com ventilador mecânico de transporte, realizar as verificações funcionais previstas pelo fabricante, incluindo circuito, conexões, alarmes, bateria e acessórios.

i) Nas unidades que disponham de bombas de infusão, verificar funcionamento, alimentação elétrica, alarmes e disponibilidade de equipos compatíveis.

j) Conferir a integridade e as condições de utilização dos equipamentos de imobilização e transporte, incluindo maca, cintos, sistemas de travamento, talas e demais dispositivos.

k) Verificar o funcionamento dos sistemas de comunicação utilizados pela equipe, conforme a distribuição institucional de responsabilidades.

l) Identificar equipamentos com defeitos, falhas ou condições inadequadas de segurança, providenciando sua segregação ou retirada de uso conforme o fluxo institucional.

m) Registrar as não conformidades encontradas e comunicar a necessidade de substituição ou manutenção.

6.3 Conferência do sistema de oxigênio e dispositivos respiratórios

a) Verificar a disponibilidade e as condições dos cilindros de oxigênio fixos e portáteis.

b) Conferir a pressão indicada nos manômetros e a quantidade disponível, considerando a capacidade dos cilindros e os critérios mínimos estabelecidos institucionalmente.

c) Verificar a integridade das conexões, válvulas, reguladores e extensões, identificando sinais de vazamento ou danos aparentes.

d) Conferir a disponibilidade de máscaras, cateteres, dispositivos de alto fluxo quando padronizados, extensões e demais materiais para oxigenoterapia.

e) Verificar a presença e a integridade dos dispositivos auxiliares de vias aéreas previstos para a unidade.

f) Conferir a disponibilidade de materiais para ventilação manual e aspiração de secreções.

g) Nas unidades de suporte avançado, verificar os materiais destinados ao manejo avançado das vias aéreas conforme o inventário institucional e as responsabilidades definidas.

h) Garantir que os cilindros estejam adequadamente fixados nos suportes apropriados.

i) Comunicar imediatamente a insuficiência de oxigênio, a presença de vazamentos ou outras falhas que comprometam a disponibilidade do suporte respiratório.

6.4 Conferência de medicamentos e soluções

a) Conferir a presença e a quantidade dos medicamentos e soluções previstos na relação institucional, conforme o perfil assistencial e a responsabilidade profissional.

b) Verificar o nome, a apresentação, a concentração e o prazo de validade dos medicamentos, quando aplicável.

c) Inspecionar a integridade das embalagens, lacres e condições físicas das soluções, identificando vazamentos, alterações de coloração, partículas ou outras características inadequadas.

d) Avaliar as condições de armazenamento, observando as recomendações do fabricante e os critérios institucionais de temperatura, luminosidade e organização.

e) Verificar os medicamentos que necessitam de condições especiais de conservação, incluindo controle de temperatura quando aplicável.

f) Conferir a identificação e a integridade dos medicamentos potencialmente perigosos, observando sua organização e os mecanismos adicionais de segurança adotados institucionalmente.

g) Identificar medicamentos com prazo de validade próximo do vencimento, conforme o período de alerta definido pela instituição, adotando as medidas de remanejamento ou substituição previstas.

h) Segregar e comunicar medicamentos vencidos, com embalagens comprometidas ou condições inadequadas de conservação, impedindo sua utilização.

i) Realizar a reposição dos medicamentos e soluções consumidos, conforme o fluxo institucional de abastecimento.

j) Conferir os medicamentos sujeitos a controle especial, quando existentes na unidade, observando as normas sanitárias e os procedimentos específicos de guarda, conferência, movimentação e registro.

k) Registrar divergências de quantidade, ausência de medicamentos, quebra de lacres ou outras irregularidades identificadas.

l) Comunicar imediatamente a indisponibilidade de medicamentos essenciais ao atendimento de urgências e emergências.

6.5 Conferência de materiais e kits assistenciais

a) Verificar a presença dos materiais de consumo previstos para o tipo de unidade móvel.

b) Conferir materiais destinados à punção venosa, administração de medicamentos, curativos, controle de hemorragias, imobilização e demais procedimentos previstos.

c) Verificar a quantidade mínima estabelecida institucionalmente, considerando as necessidades operacionais e o perfil assistencial da unidade.

d) Conferir a integridade das embalagens e os prazos de validade dos materiais estéreis.

e) Verificar a organização dos kits assistenciais, observando identificação, integridade de lacres quando utilizados e disponibilidade dos componentes.

f) Conferir os materiais de atendimento pediátrico e neonatal, quando previstos no inventário da unidade.

g) Avaliar a disponibilidade de dispositivos de diferentes tamanhos, compatíveis com as faixas etárias atendidas.

h) Verificar os materiais para proteção individual, limpeza, desinfecção e descarte de resíduos.

i) Providenciar a reposição dos itens consumidos, ausentes ou inadequados, conforme os procedimentos institucionais.

j) Registrar as divergências e as pendências que não puderem ser solucionadas durante a conferência.

6.6 Identificação e tratamento das não conformidades

a) Registrar imediatamente as não conformidades identificadas durante o checklist, descrevendo objetivamente a irregularidade.

b) Classificar a não conformidade conforme seu potencial de comprometer a segurança assistencial, utilizando os critérios institucionais.

c) Priorizar a correção de falhas relacionadas a equipamentos críticos, sistemas de oxigênio, materiais essenciais e medicamentos indispensáveis ao perfil da unidade.

d) Providenciar reposição, substituição ou encaminhamento para manutenção, conforme os fluxos estabelecidos.

e) Quando a irregularidade não puder ser corrigida imediatamente, comunicar a coordenação responsável e a Central de Regulação Médica, quando houver repercussão sobre a capacidade assistencial ou disponibilidade operacional da unidade.

f) Não considerar a unidade plenamente apta para atendimento quando houver ausência ou falha de recurso essencial que inviabilize a assistência segura correspondente ao seu nível de suporte.

g) A necessidade de restrição operacional, substituição do recurso ou indisponibilização temporária deverá ser avaliada pela autoridade institucional competente, conforme os fluxos estabelecidos.

h) Equipamentos com suspeita de defeito que comprometa a segurança deverão ser identificados e retirados de uso até avaliação técnica.

i) Registrar a comunicação realizada, o profissional ou setor acionado, as providências solicitadas e a situação da pendência.

j) Após a correção, verificar a efetividade da medida e atualizar o registro institucional.

6.7 Conferência após os atendimentos

a) Após cada ocorrência, verificar os materiais e medicamentos utilizados, providenciando a reposição conforme o fluxo institucional.

b) Inspecionar as condições dos equipamentos utilizados durante o atendimento, identificando necessidades de limpeza, recarga, manutenção ou substituição.

c) Realizar limpeza e desinfecção dos equipamentos e superfícies conforme os protocolos de biossegurança, respeitando os produtos e tempos de contato recomendados.

d) Verificar as condições dos dispositivos de oxigenoterapia e aspiradores, realizando reposição ou substituição dos componentes necessários.

e) Conferir a carga das baterias e restabelecer a alimentação elétrica dos equipamentos conforme necessário.

f) Reorganizar os kits e compartimentos assistenciais, assegurando acesso rápido aos materiais de emergência.

g) Registrar as pendências identificadas e comunicar aquelas que comprometam a disponibilidade da unidade.

h) Manter a unidade em condições de resposta à próxima ocorrência, conforme o nível de suporte e os critérios institucionais.

6.8 Passagem de plantão e registro das pendências

a) Ao término do plantão, transmitir à equipe sucessora as informações relevantes sobre as condições assistenciais da unidade.

b) Informar equipamentos com falhas, materiais ou medicamentos pendentes de reposição, solicitações de manutenção e demais irregularidades.

c) Identificar as medidas já adotadas e as providências que permanecem pendentes.

d) Registrar a data, o horário e a identificação dos profissionais responsáveis pela conferência, conforme o instrumento institucional.

e) Assegurar que as não conformidades pendentes permaneçam registradas até sua efetiva resolução, evitando perda de informações entre plantões.

f) Encaminhar à coordenação os registros de irregularidades que demandem intervenção administrativa, manutenção ou abastecimento.

g) Não registrar como conferidos itens que não tenham sido efetivamente verificados.

h) Garantir que o checklist represente as condições reais da unidade no momento da conferência.

6.9 Acionamento para ocorrência durante a conferência

a) A realização do checklist deverá ocorrer preferencialmente no início do plantão, sem comprometer a prontidão assistencial da equipe.

b) Em caso de acionamento durante a conferência, a equipe deverá priorizar a resposta à ocorrência, desde que estejam asseguradas as condições mínimas indispensáveis à assistência segura e ao nível de suporte da unidade.

c) Antes da saída, realizar verificação rápida dos recursos críticos ainda não conferidos, incluindo equipamentos de ressuscitação, ventilação, oxigênio e demais itens essenciais ao atendimento previsto.

d) Caso seja identificada ausência ou falha de recurso crítico que comprometa a segurança do atendimento, comunicar imediatamente a Central de Regulação Médica para avaliação e definição da conduta operacional.

e) Quando houver interrupção do checklist por acionamento, registrar essa circunstância conforme o procedimento institucional.

f) Retomar e concluir a conferência completa assim que as condições operacionais permitirem.

g) A interrupção justificada do checklist por atendimento não dispensa a equipe da responsabilidade de concluir as verificações pendentes.

7 PONTOS CRÍTICOS E/OU RISCOS

Falta de equipamento crítico

Estoque vencido

Falha de comunicação

Medicamento ausente

Ausência de materiais essenciais

Atraso na resposta à ocorrência

8 REFERÊNCIAS

Base normativa e técnica: Lei nº 7.498/1986; Decreto nº 94.406/1987; Resolução Cofen nº 736/2024; Protocolos de Intervenção do SAMU 192 (SBV e SAV); e manual institucional do SAMU Curitiba. Referências completas ao final deste documento.

HISTÓRICO DE REVISÃO E APROVAÇÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1	2026	Elaboração do documento

RESPONSABILIDADE	SETOR
Elaboração	Coordenação de Unidades Móveis de Atenção à Urgência e Emergência
Revisão/Análise	Coordenação de Unidades Móveis de Atenção à Urgência e Emergência, Coordenação Médica de Unidades Móveis de Atenção à Urgência e Emergência, Coordenação de Enfermagem do SAMU
Validação	Núcleo da Qualidade do Cuidado em Saúde
Aprovação	Direção Geral do Departamento de Urgência e Emergência

REFERÊNCIAS

BRASIL. *Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Diário Oficial da União* Brasília, DF, 26 jun. 1986. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7498.htm. Acesso em: 21 out. 2026.

BRASIL. *Decreto nº 94.406, de 8 de junho de 1987. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências. Diário Oficial da União* Brasília, DF, 9 jun. 1987. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1980-1989/d94406.htm. Acesso em: 21 out. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Protocolos de intervenção para o SAMU 192: suporte básico de vida.* Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_suporte_basico_vida.pdf. Acesso em: 21 out. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Protocolos de intervenção para o SAMU 192: suporte avançado de vida.* Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_suporte_avancado_vida.pdf. Acesso em: 21 out. 2026.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). *Resolução Cofen nº 736, de 17 de janeiro de 2024. Dispõe sobre a implementação do Processo de Enfermagem em todo contexto socioambiental onde ocorre o cuidado de enfermagem. Diário Oficial da União* Brasília, DF, 23 jan. 2024. Disponível em: https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-736-de-17-de-janeiro-de-2024/. Acesso em: 21 out. 2026.

CURITIBA (PR). Secretaria Municipal da Saúde. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). *Manual de procedimentos operacionais padrão do SAMU Curitiba.* Curitiba: Secretaria Municipal da Saúde, 2026. Documento institucional.