



PADRONIZAÇÃO DE PROTOCOLOS DE ATENDIMENTO À PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA DURANTE O TRANSPORTE PRÉ- HOSPITALAR: DIRETRIZES PARA O CORPO DE BOMBEIROS MILITAR

STANDARDIZATION OF CARDIOPULMONARY ARREST MANAGEMENT PROTOCOLS IN PREHOSPITAL TRANSPORT: GUIDELINES FOR MILITARY FIRE BRIGADE SERVICES

DOI: 10.5281/zenodo.18880978



Bruna Karen Córdoba Penteado¹

Carlos Eduardo Malinowski²

Enio Mendes Conturbia³

RESUMO

O atendimento pré-hospitalar em casos de parada cardiorrespiratória representa um dos maiores desafios na assistência às urgências médicas, especialmente em regiões com infraestrutura limitada. Este artigo apresenta uma análise sobre os desafios e as perspectivas do atendimento pré-hospitalar (APH) em casos de parada cardiorrespiratória (PCR) durante o transporte, em atenção a municípios do interior de Mato Grosso do Sul, onde a ausência de unidades de suporte avançado de vida (SAV) amplia a responsabilidade das equipes de suporte básico de vida (SBV). A metodologia utilizada fundamentou-se em pesquisa bibliográfica e na análise de informações extraídas de publicações científicas e sociais, permitindo compreender as lacunas normativas e operacionais que afetam a eficácia das intervenções. Constatou-se que a inexistência de protocolos específicos para a realização de ressuscitação cardiopulmonar (RCP) em deslocamento compromete a qualidade da assistência e aumenta o risco de mortalidade. A pesquisa concluiu que a implementação de um Procedimento

1 Cadete do Corpo de Bombeiros Militar do Estado de Mato Grosso do Sul. E-mail: bruna.cordoba03@gmail.com.

2 Professor doutor da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS). E-mail: carlos_em@uems.br.

3 Oficial do Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Mato Grosso do Sul. E-mail: econturbia@hotmail.com.





Operacional Padrão (POP) adaptado à realidade logística do Estado representa medida estratégica para qualificar a resposta emergencial, padronizar condutas e garantir a continuidade das manobras durante o transporte. As contribuições práticas desta proposta abrangem a elevação da segurança das vítimas e dos socorristas, a integração dos serviços de emergência com a rede hospitalar e o fortalecimento da capacidade operacional do Corpo de Bombeiros Militar de Mato Grosso do Sul (CBMMS), beneficiando diretamente a sociedade sul-mato-grossense.

Palavras-chave: Atendimento pré-hospitalar; Corpo de Bombeiros; Parada cardiorrespiratória; Procedimento Operacional Padrão; Transporte de emergência.

ABSTRACT

Prehospital care for cardiopulmonary arrest (CPA) represents one of the greatest challenges in emergency medical care, especially in regions with limited infrastructure. This article presents an analysis of the challenges and prospects for prehospital care (PHC) for cardiopulmonary arrest (CPA) during transport, focusing on municipalities in the interior of Mato Grosso do Sul, where the lack of advanced life support (ALS) units increases the responsibility of basic life support (BLS) teams. The methodology used was based on bibliographic research and analysis of information extracted from scientific and social publications, allowing us to understand the regulatory and operational gaps that affect the effectiveness of interventions. It was found that the lack of specific protocols for performing cardiopulmonary resuscitation (CPR) during transport compromises the quality of care and increases the risk of mortality. The research concluded that implementing a Standard Operating Procedure (SOP) adapted to the state's logistical needs represents a strategic measure to improve emergency response, standardize procedures, and ensure the continuity of maneuvers during transportation. The practical contributions of this proposal include increasing the safety of victims and first responders, integrating emergency services with the hospital network, and strengthening the operational capacity of the Mato Grosso do Sul Military Fire Department (CBMMS), directly benefiting the people of Mato Grosso do Sul.

Keywords: Cardiac arrest; Emergency transport; Fire Department; Prehospital care; Standard Operating Procedure.

1. INTRODUÇÃO

O atendimento pré-hospitalar (APH) no Brasil constitui uma engrenagem essencial dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), configurando-se como um dos principais meios de resposta às urgências e emergências médicas. Em um país de dimensões continentais, marcado por desigualdades regionais e desafios logísticos, torna-se imperativo adaptar





protocolos e estruturas operacionais às condições locais, garantindo eficiência, segurança e universalidade do atendimento. Nesse contexto, a regulamentação normativa, expressa em diretrizes nacionais e internacionais, estabeleceu parâmetros para a atuação dos serviços móveis de urgência, como o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e o Corpo de Bombeiros Militar, ambos considerados pilares estratégicos da rede de saúde.

No entanto, estados como Mato Grosso do Sul enfrentam limitações significativas. A ausência de unidades de suporte avançado de vida (SAV) em grande parte dos municípios impõe às equipes de suporte básico de vida (SBV) um papel que extrapola sua concepção original, especialmente em ocorrências críticas como a parada cardiorrespiratória (PCR). Essa condição caracteriza-se pela interrupção súbita da circulação sanguínea e ventilação, resultando em colapso hemodinâmico e risco iminente de morte. A literatura especializada é unânime ao apontar que a qualidade das manobras de ressuscitação cardiopulmonar (RCP) e a rapidez da intervenção são determinantes para a sobrevivência da vítima e seu prognóstico neurológico. Contudo, a execução dessas manobras em deslocamento, dentro de um ambiente móvel e restrito, ainda carece de protocolos específicos adaptados à realidade operacional sul-mato-grossense.

A presente pesquisa, fundamentada na metodologia de pesquisa bibliográfica e na análise de informações extraídas de publicações científicas e bases de dados especializadas, busca compreender as limitações enfrentadas pelas equipes de salvamento, considerando a atuação do Corpo de Bombeiros Militar de Mato Grosso do Sul (CBMMS) no atendimento a vítimas de PCR durante o transporte. O estudo visa identificar lacunas críticas nos protocolos vigentes e apontar a necessidade de desenvolver um Procedimento Operacional Padrão (POP) específico para essa situação.

A relevância deste estudo reside no fato de que a parada cardiorrespiratória é uma das principais emergências médicas e apresenta elevadas taxas de mortalidade quando não manejada de forma adequada e tempestiva. Em municípios onde não há suporte avançado disponível, a padronização das condutas do suporte básico de vida torna-se um fator crucial para reduzir óbitos evitáveis, ampliar a qualidade da assistência e garantir que a vítima chegue





à unidade hospitalar em melhores condições de sobrevivência. Assim, a pesquisa contribui não apenas para a prática operacional do CBMMS, mas também para o fortalecimento do sistema de saúde estadual.

Tendo em vista a importância do tema, este trabalho se defronta com a seguinte questão: como o Corpo de Bombeiros Militar de Mato Grosso do Sul pode padronizar procedimentos operacionais em casos de parada cardiorrespiratória durante o transporte pré-hospitalar, de modo a garantir a continuidade e a qualidade das manobras de ressuscitação cardiopulmonar, considerando as limitações estruturais e logísticas dos municípios sem cobertura de suporte avançado de vida?

Parte-se da hipótese de que a adoção de um Procedimento Operacional Padrão (POP), elaborado com base nas diretrizes nacionais e internacionais e adaptado às condições locais, permitirá às equipes de suporte básico de vida realizar intervenções mais eficazes durante o deslocamento, reduzindo a variabilidade das condutas, melhorando a eficiência das manobras de RCP e ampliando as chances de sobrevivência das vítimas de PCR.

O objetivo deste trabalho é propor a elaboração de um POP voltado ao atendimento de vítimas de parada cardiorrespiratória durante o transporte pré-hospitalar pelo Corpo de Bombeiros Militar de Mato Grosso do Sul, garantindo padronização, qualidade e efetividade nas intervenções de suporte básico de vida.

Para atingir esse objetivo, serão analisadas as diretrizes nacionais e internacionais sobre RCP em ambiente pré-hospitalar, identificadas as limitações estruturais e operacionais enfrentadas pelas equipes do CBMMS e discutida a importância da padronização de condutas no contexto do suporte básico de vida. Por meio de pesquisa bibliográfica e documental e método dedutivo, serão apresentados os fundamentos teóricos do atendimento à PCR em deslocamento, bem como sugestões para a construção de protocolos aplicáveis à realidade estadual.





2. O SISTEMA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR NO BRASIL

A formulação de políticas públicas de saúde no Brasil enfrenta desafios inerentes às suas dimensões continentais, exigindo uma organização compatível com a diversidade regional e as necessidades da população. A Constituição Federal de 1988, nos artigos 196 e 197, estabelece a saúde como direito de todos e dever do Estado, fundamentando a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 1988). Nesse contexto, o Atendimento Pré-Hospitalar (APH) configura-se como um componente essencial da rede de urgência e emergência, sendo responsável pela assistência inicial e transporte de pacientes em situações críticas.

Os serviços de APH no Brasil foram implantados inicialmente de forma isolada, por meio de hospitais universitários e iniciativas voluntárias, carecendo de regulamentação unificada. A consolidação normativa ocorreu com a Portaria nº 2048/GM, de 2002, implementada em 2003, que estabeleceu diretrizes para os serviços móveis de urgência, definindo padrões de estrutura, equipes e integração entre setores públicos e privados (Brasil, 2002). Este marco foi fundamental para padronizar e qualificar os atendimentos em nível nacional.

Os principais executores do APH são o SAMU e o Corpo de Bombeiros Militar. Em estados como Mato Grosso do Sul, a insuficiência de unidades de suporte avançado nos municípios menores evidencia a necessidade de o Corpo de Bombeiros Militar de Mato Grosso do Sul (CBMMS) realizar atendimentos que excedem o escopo do suporte básico, revelando assim um cenário em que surge a necessidade de protocolos operacionais adaptados e infraestrutura adequada para garantir a eficácia das intervenções. Em consonância, a Portaria nº 814/MS, de 2001, estabeleceu diretrizes preliminares para a normatização dos serviços móveis de urgência, contemplando as especificidades regionais e os avanços técnico-científicos no campo da emergência médica (Brasil, 2001).

Para Castro *et al.* (2023, p. 18915), a adoção de modelos de unidades mistas, que combinam recursos de distintas instituições, promove a ampliação da capacidade de resposta desses atendimentos, todavia, passa a exigir uma coordenação interinstitucional eficiente, ao





passo que Silva e Fontes (2024, p. 14) ressaltam que fatores geográficos, demográficos e logísticos impactam diretamente no tempo de resposta, fator decisivo para os desfechos clínicos, especialmente em casos de PCR.

A Portaria nº 2048/GM segue como principal referência normativa, estabelecendo diretrizes sobre Centrais de Regulação Médica, categorização das unidades e funções das equipes (Brasil, 2002). Conforme publicação da American Heart Association (AHA) (2020, p. 15), destaca-se a “importância da triagem adequada e do despacho eficiente de recursos”, otimizando a utilização das viaturas e priorizando casos de maior gravidade. Além disso, a formação continuada das equipes e a adoção de protocolos baseados em evidências científicas são fundamentais para a qualidade do atendimento.

Conforme Geocadin *et al.* (2019, p. 523), a integração entre normas nacionais e internacionais é essencial para garantir a qualidade do APH, especialmente em regiões remotas com recursos limitados. A inexistência de unidades de suporte avançado em muitos municípios obriga os socorristas a manterem manobras de RCP apenas com o suporte básico de vida durante todo o transporte, o que exige comunicação eficaz com a Regulação Médica e protocolos específicos para compressões torácicas em movimento. Assim, a efetivação do direito constitucional à saúde requer ações coordenadas entre APH e rede hospitalar, incluindo a ampliação de unidades de suporte avançado em pontos estratégicos, protocolos adaptados à realidade local e fortalecimento da comunicação entre Corpo de Bombeiros, SAMU e hospitais, visando a redução do tempo de resposta e a melhoria dos índices de sobrevivência em emergências críticas.

3. ASPECTOS FISIOLÓGICOS DA PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA

Conforme conceituado por Bernoche (2019, p. 555), a parada cardiorrespiratória (PCR) caracteriza-se pela interrupção súbita da circulação sistêmica e da respiração, culminando na cessação da perfusão tecidual e da oxigenação celular. As principais causas incluem hipóxia, infarto agudo do miocárdio, tromboembolismo pulmonar e distúrbios





eletrolíticos graves, evidenciando que, de acordo com o Ministério da Saúde *apud* Degraf e Bertolin (2023, p. 2), cerca de 80% dos casos decorrem de eventos cardíacos isquêmicos. A incidência de PCR extra-hospitalar, segundo a American Heart Association (2020), ultrapassa 356.000 casos anuais apenas nos Estados Unidos, com taxas de sobrevivência variando de 8% a 12%, enquanto no Brasil, estima-se que ocorrem cerca de 280 mil óbitos por ano decorrentes de PCR extra-hospitalar, segundo Paula *et al.* (2021, p. 1).

Fisiopatologicamente, a PCR decorre da falência do sistema elétrico cardíaco, cuja condução normal se inicia no nódulo sinoatrial e propaga-se pelos átrios, nódulo atrioventricular, feixe de His e fibras de Purkinje, como apontado por Bernoche (2019, p. 556), de modo que as alterações nesse circuito, como fibrilação ventricular ou atividade elétrica sem pulso, levam à ausência de ejeção ventricular eficaz. Esse colapso circulatório é responsável pela rápida instauração da hipóxia cerebral e acidose metabólica, comprometendo irreversivelmente a função neuronal em minutos.

A evolução temporal da PCR ocorre em três fases: a fase elétrica, ocorrida nos primeiros 4-5 minutos e caracterizada pela alta probabilidade de reversão com desfibrilação precoce, sobretudo nos casos de fibrilação ventricular; a fase circulatória, cuja duração estende-se até aproximadamente 10 minutos, na qual se manifesta a queda progressiva da perfusão coronariana e cerebral; e por fim, a fase metabólica, ocorrida após 10 minutos, na qual se observa o desenvolvimento de lesão celular extensa por hipóxia e disfunção mitocondrial, reduzindo drasticamente o prognóstico (AHA, 2020).

O prognóstico da PCR está fortemente vinculado ao tempo de resposta. Conforme apontado por Degraf e Bertolin (2023, p. 4), cada minuto sem ressuscitação reduz em cerca de 10% a chance de sobrevida. As diretrizes mais recentes da AHA reforçam a importância da RCP de alta qualidade, com compressões torácicas entre 100-120 por minuto, associadas à desfibrilação precoce. Além disso, a decisão prognóstica pós-ressuscitação exige avaliação criteriosa da função neurológica, uma vez que, de acordo com Geocadin *et al.* (2019, p. 528), a maior parte das mortes pós-PCR decorre de encefalopatia hipóxico-isquêmica.





Portanto, compreender os mecanismos elétricos, circulatórios e metabólicos da PCR, assim como intervir rapidamente com suporte avançado, constitui pilar fundamental para mitigar a elevada letalidade associada a essa condição.

4. A CADEIA DE SOBREVIVÊNCIA E SUAS IMPLICAÇÕES NO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

A cadeia de sobrevivência corresponde a uma sequência estruturada de etapas interdependentes, cujo objetivo é maximizar a chance de sobrevida e reduzir o grau de lesão neurológica em vítimas de parada cardiorrespiratória (PCR). Segundo Rasia *et al.* (2007, p. 71), o conceito de cadeia de sobrevivência surgiu para enfatizar a necessidade de ações rápidas, integradas e coordenadas. A American Heart Association (2020) consolidou essa estrutura em cinco elos principais: reconhecimento precoce e acionamento do serviço de emergência, início imediato da ressuscitação cardiopulmonar (RCP), desfibrilação rápida, suporte avançado de vida e cuidados pós-PCR.

O primeiro elo é o reconhecimento precoce. Nesse ponto, destaca-se o papel da população leiga na identificação de sinais de PCR e na ativação imediata do serviço de urgência. Para Chiarelli *et al.* (2025, p. 254), o intervalo entre a PCR e o início das compressões torácicas influencia de forma decisiva o prognóstico, sendo cada minuto de atraso responsável por reduzir em cerca de 10% a chance de sobrevida.

A RCP de alta qualidade representa o segundo elo da cadeia. De acordo com Rasia *et al.* (2007, p. 81), compressões torácicas eficazes devem ter profundidade de, no mínimo, 5 cm, frequência entre 100 e 120 por minuto, minimizando interrupções e garantindo o recuo completo do tórax. Estudos coordenados por Alves e Maia (2011, p. 14) apontam que a qualidade da RCP realizada pelos profissionais melhora significativamente após treinamentos simulados e reciclagens anuais.

O terceiro elo refere-se à desfibrilação rápida, principalmente nos casos de fibrilação ventricular ou taquicardia ventricular sem pulso. Segundo Malvestio e Eid (2012, p. 3), a



aplicação do choque elétrico nos primeiros três a cinco minutos é o fator isolado que mais aumenta a taxa de retorno da circulação espontânea. Para tanto, a disponibilização de desfibriladores externos automáticos (DEA) em locais públicos e viaturas de atendimento pré-hospitalar tornou-se uma estratégia prioritária nas políticas de saúde.

O quarto elo compreende o suporte avançado de vida. Essa fase inclui o manejo avançado de vias aéreas, administração de drogas como adrenalina e amiodarona e monitorização contínua do ritmo cardíaco. Conforme destaca Malvestio e Eid (2012, p. 2), a atuação integrada entre profissionais médicos e de enfermagem, baseada em protocolos previamente definidos, é indispensável para reduzir mortalidade e sequelas.

Por fim, os cuidados pós-PCR integram o quinto elo. Incluem-se intervenções como a manutenção da oxigenação, controle de temperatura e avaliação neurológica sistemática. Segundo Chiarelli *et al.* (2025, p. 249), a implementação precoce de medidas neuroprotetoras tem relação direta com melhores desfechos funcionais. Durante o transporte da vítima, surgem desafios adicionais. De acordo com Rasia *et al.* (2007, p. 85), as limitações de espaço e movimento do veículo comprometem a qualidade das compressões. Para superar esses entraves, Sousa *et al.* (2014, p. 4) recomendam estratégias como pranchas rígidas, cintos de segurança corretamente posicionados e interrupções apenas para reavaliação do pulso a cada dois minutos. Outro aspecto essencial é a capacitação continuada da equipe de atendimento. Segundo Malvestio e Eid (2012, p. 4), as habilidades psicomotoras da RCP apresentam declínio considerável após seis meses sem treinamento, sendo recomendável a atualização anual. Nesse sentido, a Política Nacional de Atenção às Urgências (2006) enfatiza que gestores devem garantir a execução de programas regulares de educação permanente.

Além disso, Chiarelli *et al.* (2025, p. 252) destacam que a integração entre o Corpo de Bombeiros e os Serviços de Atendimento Móvel de Urgência é um fator decisivo: “protocolos unificados, comunicação em tempo real e supervisão médica remota permitem decisões mais ágeis e seguras”. Essa organização é fundamental em regiões com limitações logísticas, como áreas rurais e municípios de pequeno porte. Portanto, a cadeia de sobrevivência constitui o arcabouço conceitual que orienta o manejo da PCR, sendo seu





êxito condicionado à padronização de condutas, atualização constante dos profissionais e articulação eficiente entre os diferentes níveis da rede assistencial.

5. SUPORTE BÁSICO vs. SUPORTE AVANÇADO DE VIDA

O atendimento à parada cardiorrespiratória exige a compreensão aprofundada das diferenças entre o Suporte Básico de Vida (SBV) e o Suporte Avançado de Vida (SAV), os quais representam níveis distintos de complexidade técnica, mas são igualmente indispensáveis para a manutenção da vida. O SBV corresponde às ações imediatas e essenciais executadas no local da ocorrência, mesmo por profissionais não médicos, caracterizado por um protocolo de atendimento no qual se estabelecem o reconhecimento e a realização das manobras de ressuscitação cardiopulmonar. Essas intervenções incluem as compressões torácicas de qualidade, abertura de vias aéreas e utilização do desfibrilador externo automático (DEA), sendo este último considerado o recurso que mais impacta na sobrevida em ritmos chocáveis.

O SAV, por sua vez, compreende intervenções avançadas, como acesso venoso periférico ou intraósseo, administração de medicamentos, intubação orotraqueal e ventilação mecânica. Conforme Melo *et al.* (2024, p. 28), o Suporte Avançado de Vida baseia-se no uso de medicamentos específicos e técnicas invasivas com o objetivo de restabelecer a circulação espontânea e a ventilação eficaz. As recomendações internacionais reforçam a importância da desfibrilação precoce, associada a compressões torácicas ininterruptas e administração de epinefrina em casos de ritmos não chocáveis.

O DEA figura como o principal recurso técnico compartilhado por SBV e SAV. Conforme descrito nas Diretrizes da American Heart Association (2020, p. 30) “a utilização imediata do DEA nos primeiros 3 a 5 minutos pode aumentar em até 70% a taxa de sobrevida da vítima de fibrilação ventricular”. Essa evidência reforça que a precocidade da desfibrilação se sobrepõe a outros determinantes prognósticos.





No contexto de Mato Grosso do Sul, entretanto, a implementação plena do SAV encontra desafios expressivos. Conforme reportagem de Farias e Santana (2023), “dos 79 municípios do estado, ao menos 16 cidades ainda não possuem hospitais próprios para atendimento à população local, dependendo de transferências para cidades vizinhas”. Essa limitação estrutural obriga que unidades básicas de saúde assumam papéis que excedem sua capacidade original. Um exemplo dramático ocorreu durante a pandemia, quando houve a necessidade de realizar procedimentos de intubação em pacientes nas unidades básicas de saúde, haja vista os hospitais de Campo Grande/MS estarem lotados, e não haver estrutura compatível disponível em cidades do interior do estado.

Os Protocolos Nacionais de Intervenção, conforme mencionados por Malvestio e Eid (2012, p. 3), orientam que as equipes de suporte básico de vida devem ser capacitadas para realizar “todas as etapas da ressuscitação cardiopulmonar”, incluindo a utilização do DEA e a ventilação de resgate com dispositivos simples. Tais orientações visam garantir que, mesmo na ausência de unidades de suporte avançado, o atendimento inicial seja padronizado e eficiente.

Outro elemento crucial é a formação continuada das equipes locais. Como destacam Melo *et al.* (2024, p. 15), a capacitação dos profissionais deve ser sistemática e contemplar as habilidades de reconhecimento da PCR, compressões eficazes e desfibrilação rápida, com ênfase em cenários de recursos limitados. Essa abordagem busca mitigar as consequências de possíveis carências de infraestrutura hospitalar e de transporte especializado. Convém ressaltar que a conjunção de SBV e SAV forma a base da resposta organizada à PCR, mas sua eficácia depende da integração com a rede de atenção às urgências e da regionalização da saúde. Ou seja, o planejamento logístico e o preparo prévio das equipes são indispensáveis para reduzir o tempo de deslocamento e assegurar a qualidade da ressuscitação.

Desta forma, enquanto o SAV representa o padrão ouro do atendimento, a realidade do interior brasileiro impõe a valorização do SBV e o fortalecimento da capacidade operacional das equipes locais, que muitas vezes são a única linha de cuidado até a chegada de suporte avançado.





6. INTEGRAÇÃO ENTRE SERVIÇOS DE EMERGÊNCIA E UNIDADES HOSPITALARES

A integração entre os serviços de emergência pré-hospitalar e as unidades hospitalares representa um fator determinante para a qualidade e a segurança do atendimento aos pacientes em situações de urgência e emergência. A Política Nacional de Atenção às Urgências destaca a necessidade de articulação entre diferentes níveis de atenção, estruturando a rede de forma a garantir a continuidade do cuidado e a otimização de recursos (Brasil, 2006). Nesse contexto, a regulação médica desempenha papel estratégico, sendo responsável por ordenar o fluxo de pacientes, definir os recursos a serem mobilizados e decidir sobre o tipo de transporte mais adequado conforme a gravidade do caso.

Conforme definido pela Portaria nº 2.048/02 do Ministério da Saúde, compete ao médico regulador zelar pela saúde do paciente com o máximo de cuidado e diligência, devendo avaliar continuamente as condições de transporte, inclusive em transferências inter-hospitalares. Cabe-lhe ainda a competência técnica e a responsabilidade de enviar os recursos necessários ao atendimento, considerando as necessidades e ofertas disponíveis, e decidir sobre a melhor utilização dos meios a serem mobilizados frente a cada caso (Brasil, 2002).

Ademais, para que essas decisões sejam efetivas, a comunicação entre as equipes envolvidas torna-se essencial. Para Souza *et al.* (2019, p. 589), falhas de comunicação entre equipes de atendimento pré-hospitalar (APH), unidades de socorro móvel e equipes hospitalares são a principal causa de erros na assistência em urgências, gerando eventos adversos que poderiam ser evitados com processos devidamente padronizados. A adoção de estratégias como uso de mnemônicos, treinamentos integrativos e avaliação periódica das equipes constituem medidas fundamentais para reduzir riscos durante a transferência de pacientes entre serviços, de forma que o compartilhamento de informações em tempo real, especialmente em ocorrências conjuntas, evita duplicidade de esforços e potencializa o uso racional dos recursos logísticos e humanos disponíveis.





Outra estratégia relevante consiste na possibilidade de interceptação de Unidades de Suporte Avançado em deslocamento. Conforme o manual de Regulação Médica das Urgências (Brasil, 2006, p. 24), essa prática, quando realizada de forma coordenada pelas centrais de regulação, permite que pacientes em condições críticas recebam suporte imediato, mesmo durante o transporte, garantindo assim uma abordagem assistencial contínua e integrada. Nesse sentido, a comunicação entre os profissionais em atendimento nas viaturas submete-se às coordenadas recebidas pelos centros médicos de regulação, os quais determinam procedimentos possíveis, materiais a serem utilizados, técnicas a serem aplicadas e demais atividades que visem à prolongação de vida do paciente. A equipe a bordo da viatura deve realizar as devidas comunicações de recursos, trajeto, estado do paciente e abordagem realizada em tempo real.

A articulação entre regulação médica, comunicação eficaz e interceptação operacional reafirma-se como um mecanismo essencial para viabilizar o acesso equânime, integral e resolutivo às urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), em consonância com os princípios de universalidade e integralidade que regem o SUS, porém tal articulação somente se torna possível quando da possibilidade de aplicação prática de protocolos, diretrizes e orientações que visem a estruturação dos serviços em unidade.

O transporte de pacientes em parada cardiorrespiratória (PCR) no contexto pré-hospitalar representa uma das fases mais críticas da cadeia de sobrevivência. A complexidade do atendimento em deslocamento está associada à necessidade de manter a eficácia da ressuscitação cardiopulmonar (RCP), mesmo diante de condições adversas como movimentações do veículo, obstáculos no trajeto e limitações ergonômicas. De acordo com Malvestio e Eid (2012, p. 2), estudos demonstram que a qualidade das compressões torácicas é significativamente comprometida durante o transporte, especialmente quando não há planejamento adequado.

Para garantir um atendimento seguro e eficaz, é fundamental que a equipe utilize Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), como capacete com viseira ou óculos de proteção, luvas, máscara e Joelheiras. A paramentação correta assegura a proteção dos





profissionais em ambientes instáveis e potencialmente contaminados. Os materiais indispensáveis incluem maleta de APH, DEA com eletrodos e acessórios, cilindro de oxigênio, bolsa-válvula-máscara com reservatório, cânulas orofaríngeas de tamanhos variados, prancha rígida, maca retrátil, tirantes de fixação e conjunto estabilizador de cabeça. Com base nas referências abordadas, considera-se que a RCP deve iniciar-se o mais rápido possível, com compressões de qualidade, a uma frequência de 100 a 120 por minuto, respeitando o retorno completo do tórax entre as compressões. Toda movimentação da vítima, conforme indicado por Malvestio e Eid (2012, p. 3). Procedimentos como colocação sobre a prancha rígida, fixação com tirantes e remoção até a maca devem ser realizados durante os intervalos de checagem de pulso, limitados a dez segundos.

Cabe à regulação médica decidir, com base nas informações passadas pela equipe, se o paciente será interceptado por uma unidade de Suporte Avançado de Vida (SAV) ou transportado diretamente ao hospital. Essa decisão leva em consideração fatores como tempo de atendimento, resposta aos choques e distância até o destino. A RCP deve ser mantida durante todo o deslocamento até que outra equipe assuma os cuidados ou que o médico regulador oriente sua interrupção.

Entre as situações que exigem contato imediato com a regulação, destaca-se a exaustão física da equipe. Segundo Nacer *et al.* (2023, p. 6), há necessidade de comunicação imediata à regulação em situações de exaustão extrema dos socorristas. A exaustão física dos socorristas durante manobras prolongadas de RCP constitui um fator de risco real para a qualidade do atendimento, uma vez que a fadiga muscular compromete a profundidade e a frequência das compressões torácicas, reduzindo sua eficácia. Nesse cenário, a comunicação com a regulação médica permite a reavaliação da estratégia de atendimento, possibilitando decisões como a interceptação por uma unidade de suporte avançado, o revezamento de equipes ou até mesmo a orientação quanto à priorização do transporte sobre a continuidade das manobras no local. Essa articulação evidencia que a segurança operacional e a qualidade assistencial não dependem apenas da capacitação técnica individual, mas também da integração sistêmica e do suporte institucional oferecido pela rede de regulação.





7. O CORPO DE BOMBEIROS MILITAR NO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR DE URGÊNCIA

O Corpo de Bombeiros Militar do Estado de Mato Grosso do Sul é uma instituição de segurança pública que exerce papel estratégico no atendimento pré-hospitalar (APH), sendo legalmente incumbido de realizar o socorro emergencial e a proteção da população em situações de risco (Mato Grosso do Sul, 2014). Essa norma estabelece que compete ao CBMMS atuar no socorro de emergência e urgência, bem como no salvamento de pessoas e bens, integrando-se às políticas públicas de saúde e à estrutura de defesa civil. As diretrizes operacionais do atendimento móvel municipal, aprovadas em 2011, orientam os procedimentos realizados pela corporação, buscando a eficiência, a segurança e a padronização nas ações de APH, especialmente na articulação com outros serviços, como o SAMU. A atuação dos bombeiros em ocorrências médicas emergenciais evidencia a amplitude de suas funções, que vão além das tradicionais operações de combate a incêndio, sendo cada vez mais voltadas à proteção da vida em seu sentido mais amplo.

A estrutura organizacional do CBMMS está dividida entre órgãos de direção, apoio e execução, sendo estes últimos os responsáveis diretos pelas ações operacionais, incluindo o atendimento pré-hospitalar. A instituição conta com profissionais capacitados para atuar nas diversas frentes de emergência, inclusive no socorro médico. Desde a década de 1990, houve avanços significativos na qualificação do efetivo, iniciando-se com a participação em programas do Ministério da Saúde e intercâmbio técnico com outros estados, como São Paulo e Paraná. A partir desses estudos, foram desenvolvidos protocolos próprios para o serviço de APH, incluindo critérios doutrinários sobre formação profissional, viaturas e equipamentos adequados (Mato Grosso do Sul, 2011).

Esse processo de profissionalização permitiu que o CBMMS estruturasse um programa de atendimento médico de urgência robusto, voltado não apenas à intervenção rápida, mas também à padronização e à integração com outros atores da rede de saúde. A criação de diretrizes operacionais específicas e a regulamentação do atendimento, como





observado no Procedimento Operacional Padrão para Reanimação Cardiopulmonar em deslocamento, demonstram um esforço institucional em alinhar as ações práticas às evidências técnicas e científicas mais recentes. Dessa forma, o CBMMS busca garantir qualidade no atendimento mesmo em cenários adversos, onde o tempo-resposta é determinante para a sobrevivência das vítimas.

Para enfrentar as dificuldades e melhorar a assistência às vítimas em estado crítico, compreende-se a urgência na adoção de um POP voltado ao atendimento de vítimas em parada cardiorrespiratória durante o transporte até a unidade hospitalar. Para tanto, apresenta-se neste artigo a sugestão de um protocolo que detalha a atuação dos socorristas, incluindo a divisão de tarefas, a utilização de equipamentos e a aplicação de técnicas adequadas de reanimação, enfatizando ainda a importância da continuidade das compressões torácicas e da ventilação assistida durante todo o deslocamento, minimizando perdas de eficácia na ressuscitação.

O POP para RCP em deslocamento representa uma iniciativa alinhada com as boas práticas de APH, contribuindo para a padronização do atendimento e a segurança tanto dos pacientes quanto dos profissionais. Ao adotar essa sistematização, o CBMMS oportuniza a ampliação de suas possibilidades de intervenção em ocorrências críticas, reforçando sua função como elo essencial da cadeia de sobrevivência. Essa proposta também reflete o esforço da corporação em promover um serviço cada vez mais técnico, resolutivo e equânime, mesmo diante das desigualdades regionais que caracterizam o território sul-mato-grossense.

No contexto da ampliação e qualificação das ações do CBMMS no atendimento pré-hospitalar, este trabalho apresenta a proposta de um Procedimento Operacional Padrão específico para reanimação cardiopulmonar durante o transporte de vítimas em parada cardiorrespiratória. Desenvolvido no escopo desta pesquisa, o POP tem como objetivo suprir uma lacuna operacional existente nas ocorrências em que a vítima precisa ser transportada por viatura de suporte básico até a unidade hospitalar, sem a presença de equipe médica especializada. Compreende-se, portanto, que a adoção deste protocolo contribuirá para a





padronização de ações em campo, otimizando o tempo de resposta e qualificando a assistência prestada.

Com base nesses fundamentos, este estudo propõe que o POP desenvolvido seja oficialmente adotado pelo CBMMS como protocolo de campo para ocorrências de RCP em deslocamento. Sua aplicação institucional representa um avanço operacional alinhado às boas práticas do APH moderno, promovendo segurança à vítima e à equipe, padronização de condutas e maior eficácia na resposta emergencial, sobretudo nas regiões onde o suporte avançado ainda é limitado.

8. CONCLUSÃO

A parada cardiorrespiratória constitui uma das situações mais críticas do atendimento pré-hospitalar, exigindo resposta imediata, coordenada e tecnicamente qualificada. No entanto, no cenário brasileiro, especialmente em estados como Mato Grosso do Sul, a ausência de unidades de suporte avançado de vida em grande parte dos municípios impõe às equipes de suporte básico responsabilidades que extrapolam seu escopo original. Esse contexto agrava os riscos associados à assistência durante o transporte de vítimas, uma vez que a execução de manobras de ressuscitação cardiopulmonar (RCP) em ambiente móvel apresenta obstáculos ergonômicos, logísticos e humanos significativos.

A pesquisa realizada, de caráter bibliográfico e documental, permitiu constatar que a inexistência de protocolos específicos para a realização da RCP em deslocamento representa uma lacuna operacional crítica no estado. Essa ausência compromete a qualidade do atendimento prestado, eleva os índices de mortalidade e expõe as equipes de socorristas a condições de trabalho inseguras. Conclui-se, portanto, que a sistematização de um Procedimento Operacional Padrão (POP) voltado ao atendimento de PCR em transporte constitui medida estratégica para assegurar a continuidade das manobras, otimizar os recursos disponíveis e reforçar a segurança tanto da vítima quanto da equipe.





Diante da questão-problema proposta — como o CBMMS pode padronizar procedimentos operacionais em casos de PCR durante o transporte pré-hospitalar, assegurando a qualidade e a continuidade das manobras? — concluiu-se que a adoção de um Procedimento Operacional Padrão, adaptado às diretrizes nacionais e internacionais, apresentou-se como resposta viável e necessária. A pesquisa confirmou a hipótese de que a sistematização das condutas contribui para reduzir interrupções nas compressões torácicas, melhorar a ventilação e otimizar os recursos disponíveis, ampliando as chances de sobrevivência da vítima.

As contribuições práticas deste estudo consistem em oferecer subsídios para a elaboração de protocolos institucionais que promovam uniformidade, segurança e eficiência no atendimento às vítimas de PCR durante o transporte. Identificou-se ainda que a adoção de um POP somente alcançará sua efetividade se estiver associada a programas contínuos de capacitação, treinamentos realísticos e atualizações científicas.

Nesse sentido, o Procedimento Operacional Padrão proposto neste trabalho estabelece diretrizes claras para a atuação das equipes do CBMMS, detalhando desde o reconhecimento da PCR até o transporte adequado da vítima, com ênfase na manutenção ininterrupta das compressões torácicas e na comunicação eficaz com a regulação médica. O protocolo contempla ainda aspectos ergonômicos e de segurança da equipe, reconhecendo que a exaustão física dos socorristas constitui fator de risco para a qualidade do atendimento.

Em síntese, este trabalho demonstrou que a criação de um POP específico para a PCR em ambiente de transporte representa não apenas uma resposta às lacunas identificadas, mas também um avanço significativo na consolidação de um atendimento pré-hospitalar mais resolutivo, seguro e compatível com os princípios de integralidade e universalidade do Sistema Único de Saúde, contribuindo para a efetivação do direito constitucional à saúde e fortalecendo a rede de atenção às urgências no âmbito estadual. A proposta alinha-se, portanto, aos princípios da Política Nacional de Atenção às Urgências e reforça o papel do Corpo de Bombeiros Militar como elo essencial da cadeia de sobrevivência.





Como perspectivas futuras, recomenda-se a realização de estudos de implementação que avaliem a efetividade do POP proposto na prática operacional, mensurando indicadores como tempo de resposta, qualidade das compressões torácicas durante o transporte e taxa de sobrevivência das vítimas. Sugere-se ainda a extensão desta discussão para outros estados brasileiros com características geográficas e estruturais semelhantes, ampliando o alcance das diretrizes propostas e contribuindo para a construção de políticas nacionais de padronização do atendimento pré-hospitalar em situações de PCR durante o transporte.

REFERÊNCIAS

ALVES, Fernando Graton; MAIA, Luiz Faustino dos Santos. A importância do treinamento em PCR e RCP para os profissionais de enfermagem em unidade de terapia intensiva. **Revista Recien – Revista Científica de Enfermagem**. v. 1, n. 2, p. 11–16, 2011. Disponível em: <https://www.recien.com.br/index.php/recien/article/view/21>. Acesso em: 16 fev. 2026.

AMERICAN HEART ASSOCIATION. Destaques das Diretrizes de RCP e ACE de 2020. Dallas: American Heart Association. **Circulation**, v. 142, 2020. Disponível em: https://www.ahajournals.org/toc/circ/142/16_suppl_2. Acesso em: 15 jan. 2026.

AMERICAN HEART ASSOCIATION. Part 3: Adult Basic and Advanced Life Support. American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. **Dallas: American Heart Association**, 2020. Disponível em: <https://cpr.heart.org/>. Acesso em: 12 jan. 2026.

AMERICAN HEART ASSOCIATION. Standards for Studies of Neurological Prognostication in Comatose Survivors of Cardiac Arrest: A Scientific Statement. **Circulation**, v. 140, p. e517–e542, 2019. Disponível em: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIR.0000000000000702>. Acesso em: 12 jan. 2026.

BERNOCHE, Carlos *et al.* Atualização da Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia – 2019. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 113, n. 3, p. 449–663, 2019.





BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 5 out. 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Regulação médica das urgências**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. 126 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção às Urgências**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Série E. Legislação de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n.º 2.048, de 5 de novembro de 2002**. Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 12 nov. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 814, de 1º de junho de 2001**. Dispõe sobre o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar – Humaniza SUS. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 4 jun 2001.

CASTRO, Kaline dos Santos *et. al*. Tratamento bem-sucedido de lesão cardíaca penetrante e não transfixante com miocardiografia e manuseio de eventos de fibrilação atrial e parada cardiorrespiratória: relato de caso. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 9, n. 6, p. 18912–18926, jun 2023.

CHIARELLI, Beatriz Gomes Neves *et al*. Reanimação cardiorrespiratória (RCP): novos protocolos e técnicas avançadas. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 7, n. 2, p. 246–257, 2025.

DEGRAFF, Thais Lima; BERTOLIN, Daniela Comelis. Reversão da parada respiratória: Avanços e estratégias para aumento dos índices de sobrevivência. 2023. **Revista Corpus Hippocraticum**, 2(1). Disponível em: <https://revistas.unilago.edu.br/index.php/revista-medicina/article/view/972>. Acesso em: 10 fev. 2026.

FARIAS, Camila; SANTANA, Tamires. Em MS, 20% dos municípios não possuem hospitais próprios para atendimento da população. **O Estado Online**, Campo Grande, 2 maio 2023. Disponível em: <https://oestadoonline.com.br/manchete/em-ms-20-dos-municipios-nao-possuem-hospitais-proprios-para-atendimento-da-populacao/>. Acesso em: 12 jan. 2026.





GEOCADIN, Romergryko G. *et al.* Standards for Studies of Neurological Prognostication in Comatose Survivors of Cardiac Arrest: A Scientific Statement From the American Heart Association. **Circulation**. 2019; 140: e517–e542.

MALVESTIO, Marisa Amaro; EID, Carlos Alberto Guglielmi. **RCP em deslocamentos:** Aspectos gerais. Hospital Alemão Oswaldo Cruz. 2012.

MATO GROSSO DO SUL. Corpo De Bombeiros Militar de Mato Grosso do Sul. **Diretriz Operacional nº 002/BM-3/2011:** Diretriz Operacional de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel Municipal. Campo Grande, MS: CBMMS, 2011. Disponível em: file:///home/ubuntu/upload/CBMMS4.pdf. Acesso em: 28 jan. 2026.

MATO GROSSO DO SUL. **Lei Complementar nº 188, de 3 de abril de 2014.** Dispõe sobre a Organização Básica do Corpo de Bombeiros Militar do Estado de Mato Grosso do Sul (CBMMS), e dá outras providências. Diário Oficial [do] Estado de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, MS, n. 8.650, p. 3–9, 4 abr. 2014.

MELO, Rodrigo Rodrigues de *et al.* **Urgências médicas:** Suporte básico e avançado de vida. Campo Grande, MS: Escola de Saúde Pública Dr. Jorge David Nasser (ESP/MS), 2024.

NACER, Daiana Terra *et al.* Desfechos após parada cardiorrespiratória extra-hospitalar de natureza clínica e traumática. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 120, n. 7, p. e20220551, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.36660/abc.20220551>. Acesso em: 12 jan. 2026.

PAULA, Carla Fernanda Batista *et al.* Parada cardiorrespiratória no atendimento pré-hospitalar. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, [S. l.], v. 9, n. 3, p. 608–618, 2021. DOI: 10.18554/refacs.v9i3.4575. Acesso em: 18 fev. 2026.

RASIA, Carlos Alberto; SILVA, José Alexandre; BORGES, Rodrigo Andrade. **Manual de atendimento pré-hospitalar**. Brasília: Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal, 2007.

SILVA, Mariana Dias da; FONTES, Yasmim Beatriz Santos. Organização do atendimento pré-hospitalar no Brasil. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 7, 2024.



REVISTA OWL (OWL Journal)

www.revistaowl.com.br – ISSN: 2965-2634



SOUSA, Milena Nunes Alves de *et al.* Parada cardiorrespiratória: conhecimento dos profissionais do Corpo de Bombeiros no atendimento pré-hospitalar. **Research Gate**, 2014. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/318455605>. Acesso em: 12 fev. 2026.

SOUZA, Diego Santos *et al.* Macrófagos residentes orquestrando o ritmo cardíaco. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 112, n. 2, p. 245–252, 2019. Disponível em: 10.5935/abc.20190041. Acesso em: 17 fev. 2026.

 BOMBEIRO MILITAR 193 MATO GROSSO DO SUL NÓS SOMOS POR VOCÊ		SECRETARIA DE ESTADO DE JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE MATO GROSSO DO SUL	
Assunto: Procedimento Operacional Padrão- POP para Reanimação Cardiopulmonar em Deslocamento	Finalidade: Regular os procedimentos operacionais a serem realizados pelos militares do CBMMS em atendimento de ocorrências envolvendo paradas cardiorrespiratórias em que a vítima precisa ser transportada para o Hospital por Unidade de Básica de Resgate.	Procedimento Operacional Padrão (POP) Processo nº Publicado em _/_/ Atualizado em _/_/_	
1. RESULTADOS ESPERADOS			
1.1 Estabelecer diretrizes para a atuação segura e eficiente do CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL (CBMMS) em ocorrências com vítimas em Parada Cardiorrespiratória e que necessitam ser transportadas para a Unidade Hospitalar de referência pela Equipe de Suporte Básico de Vida. 1.2 Otimizar o tempo resposta para o atendimento de pacientes em parada cardiorrespiratória em que não exista a possibilidade de atendimento dessa vítima por uma Equipe de Suporte Avançado. 1.3 Proporcionar uma Reanimação Cardiopulmonar de qualidade durante o deslocamento da vítima em parada cardiorrespiratória até a Unidade Hospitalar referenciada. 1.4 Proteger a integridade física das vítimas, assegurando atendimento e suporte médico com tempo resposta adequado e com maiores chances de retorno aos movimentos cardíacos e respiratórios ideais.			
2. MATERIAL RECOMENDADO			

Revista *OWL Journal*, Campina Grande - PB, v.4 n.3 (2026) - ISSN 2965-2634

A Revista *OWL Journal* está licenciada com uma **Licença Creative Commons Atribuição (CC BY)**





2.1 Equipamentos de Proteção Individual (EPI):

- 2.1.2 Capacete com viseira e protetor facial;
- 2.1.3 Luvas de procedimento;
- 2.1.4 Uniforme 5B, com mangas não remangadas;
- 2.1.5 Máscara descartável
- 2.1.6 Joelheiras;

2.2 Maleta de APH e Oxigenioterapia:

- 2.2.1 DEA- eletrodos e kit acessórios (lâmina, tesoura, toalha).
- 2.2.2 Cilindro portátil de oxigênio, bolsa-válvula-máscara com reservatório, mangueira conectora;
- 2.2.3 Cânulas Orofaríngeas de tamanhos variados;

2.3 Suprimentos para remoção da vítima:

- 2.3.1 Prancha rígida;
- 2.3.2 Maca;
- 2.3.3 Tirantes de fixação e conjunto estabilizador de cervical;

3. PROCEDIMENTOS

2.1 Funções dos membros da equipe de SBV

3.2.1 Primeiro Socorrista: Avaliar a cena, identificar a PCR e, caso seja confirmada, expor o tórax da vítima e iniciar imediatamente a RCP. Materiais transportados até a cena: maleta de APH, prancha e tirantes.

3.2.2 Segundo Socorrista: Diminuir a impedância torácica, aplicação dos eletrodos, colocação da cânula orofaríngea e preparação do suporte ventilatório. Materiais transportados até a cena: DEA, Cilindro portátil de oxigênio, cânulas de tamanhos variados, bolsa-válvula-máscara com reservatório e mangueira conectora.

3.2.3 Terceiro Socorrista: Estacionar a viatura da maneira mais adequada para saída e isolamento da cena e compor a equipe para revezamento das funções. Materiais transportados até a cena: Maca e conjunto estabilizador de cabeça.

2.2 Avaliação e Isolamento da Cena

- 2.2.1 Avaliar e isolar a cena;
- 2.2.2 Levar até a cena os materiais necessários para uma possível reanimação cardiopulmonar.

3.3 Identificação da Parada Cardiorrespiratória e exposição do tórax

3.3.1 Identificar a parada cardiorrespiratória (vítima inconsciente, não respira ou está em gasping, não tem pulso central).

3.3.2 Colocar a vítima em uma superfície rígida, e realizar a exposição do tórax;

3.3.3 Iniciar o quanto antes da Reanimação cardiopulmonar.

3.4 Colocação do DEA, cânula e Análise do Ritmo Cardíaco

3.4.1 Diminuir a impedância torácica e aplicação dos eletrodos, colando conforme recomendação indicada;

3.4.2 Realizar a colocação da cânula orofaríngea. Evitar aplicar os eletrodos sobre os mamilos, no tórax masculino e sobre o tecido mamário, no corpo feminino;

3.4.3 Importante lembrar que a aplicação do DEA não deverá interromper a massagem cardíaca, que deve ser ininterrupta até a indicação do próprio DEA de leitura do ritmo cardíaco.





3.4.4 Afastar-se durante a avaliação do ritmo cardíaco e evitar interferências com aparelhos.

3.4.5 Se o choque for recomendado, afastar-se para a aplicação.

3.4.6 Caso não seja recomendado o choque, reiniciar imediatamente a RCP até nova mensagem do DEA (estão programados para leitura a cada 2 minutos de RCP).

3.5 Colocação da Vítima sobre a prancha rígida e fixação dos tirantes

3.5.1 Toda e qualquer movimentação da vítima, em que não haja possibilidade de realização da RCP simultânea à ação, deverá ser realizada durante os intervalos de checagem de pulso (máximo 10 segundos após a leitura do DEA- quando o choque não for recomendado).

3.5.2 Após a colocação da vítima sobre a prancha os tirantes deverão ser fixados, enquanto a RCP está sendo realizada.

3.6 Remoção da vítima do local até a viatura de SBV

3.5.1 Com o paciente já em condições de transporte, coloca-se a vítima sobre a maca (utilizando o intervalo de checagem de pulso) e o primeiro socorrista posiciona-se ao lado da maca para iniciar imediatamente a RCP.

3.5.2 Para melhor ergonomia e conforto do socorrista, ou até mesmo pelas condições do espaço de deslocamento da maca até a viatura, o socorrista poderá posicionar-se sobre a maca, de frente para a vítima, de forma que consiga acesso ao tórax do paciente, para realização das compressões de qualidade.

3.5.2 Caso haja necessidade de transpor obstáculos, como escadas ou degraus, em que não haja possibilidade de utilização da maca, a vítima deverá ser retirada da maca e movimentada com a prancha rígida. A transposição deverá ser realizada durante o intervalo de checagem de pulso, com duração máxima de 10 segundos, mesmo que sejam necessários mais de um intervalo para conclusão da ação de transposição. Após transposição a prancha deverá ser colocada novamente sobre a maca para conclusão da remoção para a viatura.

3.5.3 A movimentação da maca deverá ser feita o tempo todo na posição mais próxima ao solo, para redução dos riscos para a vítima e para posicionamento adequado dos socorristas durante a realização da reanimação cardiopulmonar e ventilação.

3.5.4 A prioridade para a vítima é uma reanimação cardiopulmonar de qualidade. Poderá haver interrupção da ventilação durante a movimentação da maca até a viatura, caso não exista possibilidade de realizar tal ação, devendo esta ser retomada imediatamente após colocação do paciente no interior da UR.

1.1. Colocação da vítima na viatura

1.1.1. A maca deverá ser manobrada até a porta traseira da viatura;

1.1.2. Durante o intervalo de checagem de pulso a maca é elevada e posicionada dentro da viatura;

1.1.3. Dentro da viatura deverá ser conectado o oxigênio da viatura e posicionamento correto da equipe.

1. Deslocamento até a Unidade de Saúde referenciada

1. A viatura deverá deslocar-se em velocidade reduzida, com dispositivos sonoros e luminosos ligados.

2. Sempre que houver a indicação de leitura do DEA, o condutor deverá ser informado e a viatura deverá parar, para correta leitura do equipamento. Caso o choque seja recomendado, a viatura permanece parada até conclusão e reinício da RCP.

4. POSSIBILIDADES DE ERRO





- o Não colocação da vítima sobre uma superfície rígida;
- o Falha na aplicação dos eletrodos;
- o Interrupções inadequadas da RCP para realização de procedimentos que devem ser realizados nos intervalos de checagem ou simultaneamente a reanimação;
- o Movimentações da maca com altura elevada;
- o Deslocamento da viatura com velocidade elevada;
- o Não interrupção do movimento da viatura enquanto o DEA faz a leitura do ritmo;
- o Realização de RCP sem qualidade.

5. GLOSSÁRIO

- o AHA- American Heart Association
- o DEA- Desfibrilador Externo Automático
- o EPI- Equipamento de Proteção Individual
- o RCP- Reanimação Cardiopulmonar

7. BASE LEGAL E REFERENCIAL

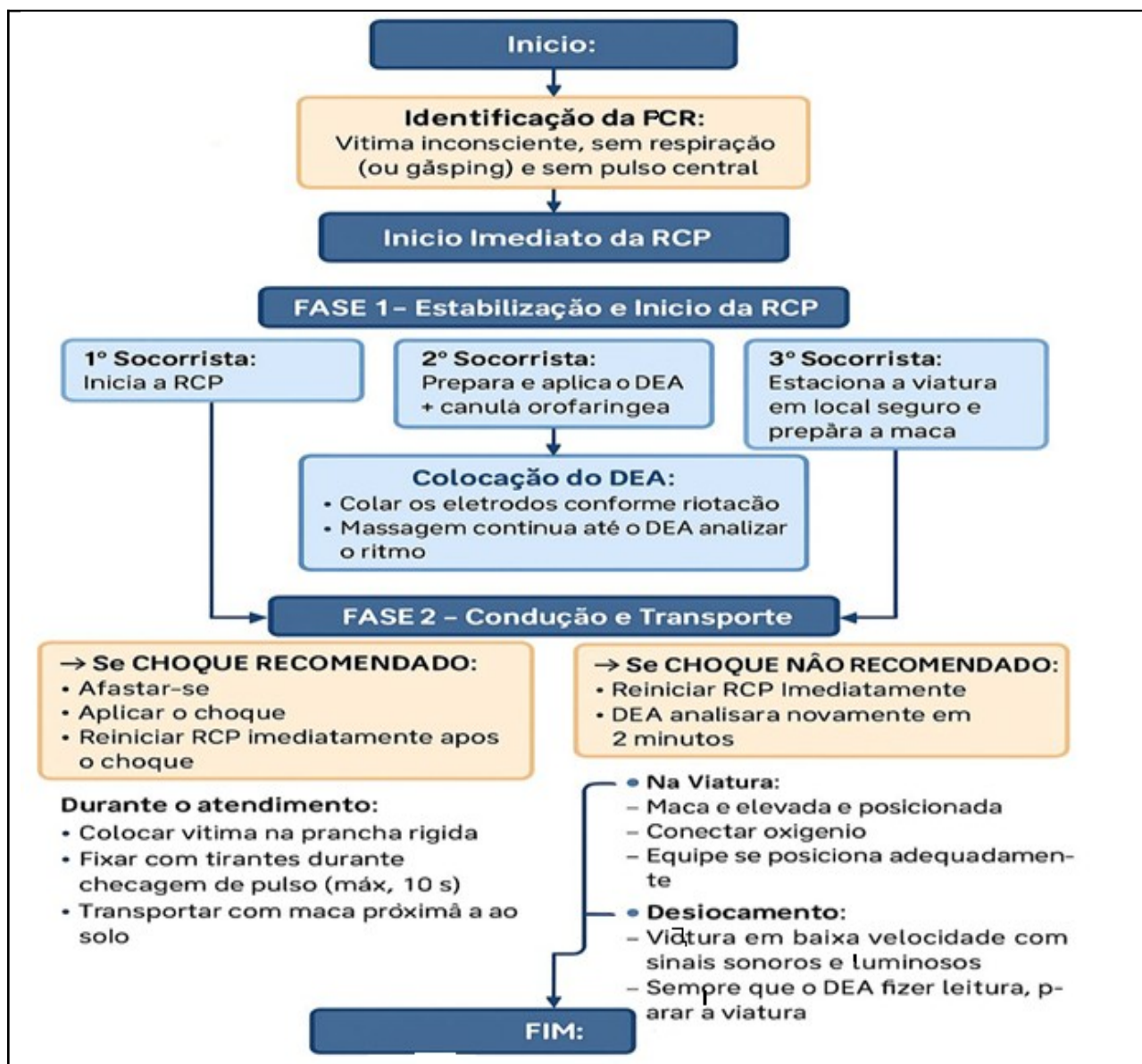
7.1 AMERICAN HEART ASSOCIATION. **Destaques das Diretrizes de RCP e ACE de 2015**. Dallas: American Heart Association, 2015. Disponível em: https://cpr.heart.org/-/media/cpr-files/cpr-guidelines-files/highlights/hghlghts_2020eccguidelines_portuguese.pdf. Acesso em: 15 ago. de 2025.

7.2 MALVESTIO, Marisa Amaro; EID, Carlos Alberto G. **RCP em deslocamentos: aspectos gerais**. [S. l.]: [s. n.], [202-?]. Apostila/Material didático.

7.3 SÃO PAULO (Estado). **Resgate e emergências médicas**. Departamento de Ensino de Resgate – Escola Superior de Bombeiros Cel PM Paulo Marques. Edição 2016.

8. FLUXOGRAMA





Recebido em: 20/02/2026

Aprovado em: 27/02/2026

Publicado em: 05/03/2026