

Manual Tático de Urgência e Emergência

Modelos mentais, priorização clínica e
e suporte de vida para o Atendimento
Pré-Hospitalar (APH).



Aviso de Sistema: Parâmetros de Uso

Este conteúdo, desenvolvido pela Profec Cursos, possui caráter estritamente informativo, teórico e educacional.



Teoria

Fundamentação conceitual e protocolos teóricos.



Prática

Não substitui a certificação prática presencial (simulação realística) exigida para atuação profissional.

Calibrando a Gravidade: Urgência vs. Emergência

Emergência

Urgência

Tempo de Intervenção

Imediato (Minutos/Segundos).

Curto/Médio prazo (Horas).

Risco Iminente

Alto risco de morte iminente.

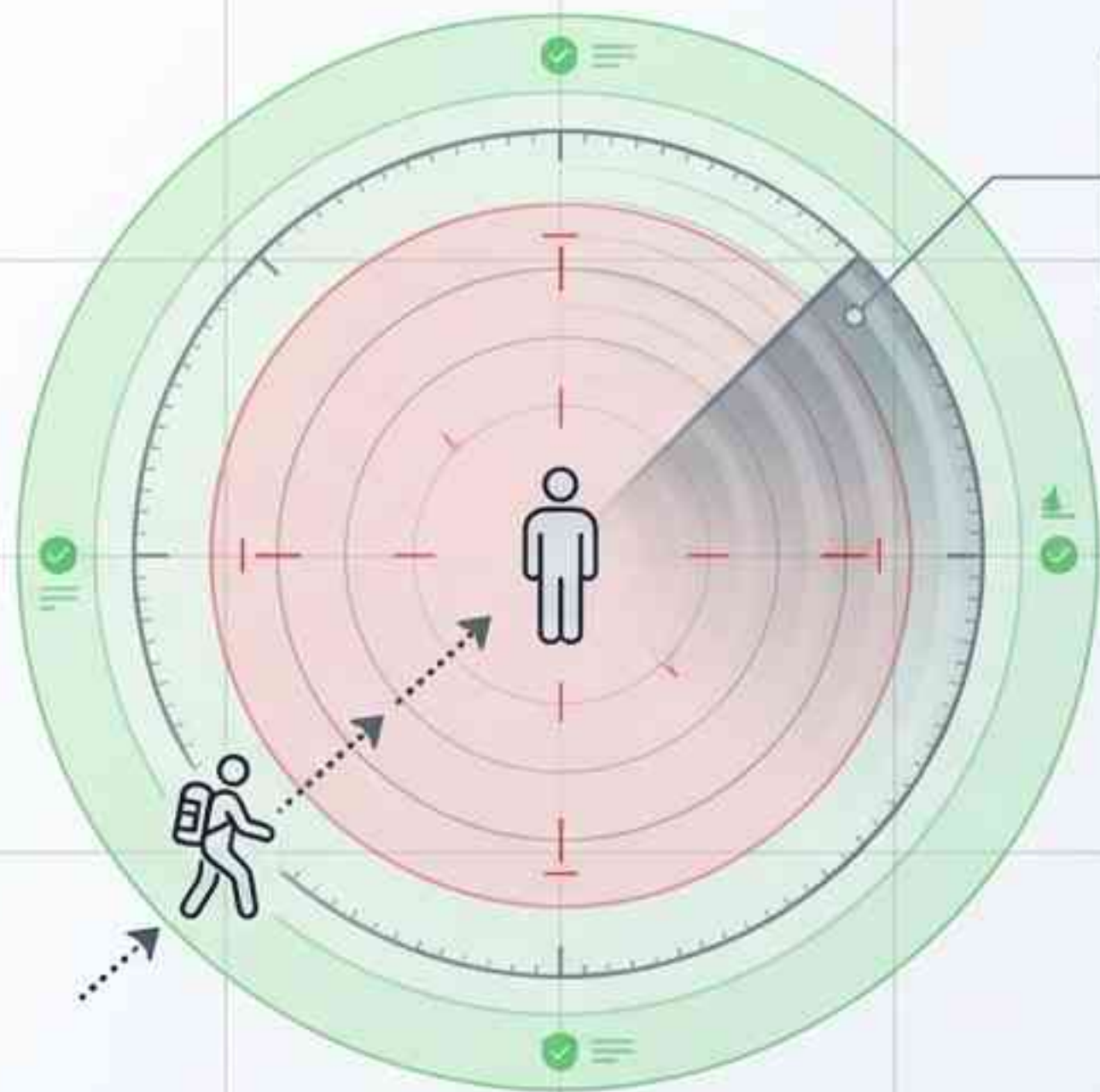
Sem risco de morte imediato, mas com potencial de agravamento.

Função Orgânica

Lesão irreversível em curso.

Condição estável no momento da avaliação.

Fase 0: Segurança da Cena e Biossegurança



Avaliação de segurança antes do acesso à vítima.

Equipamentos de Proteção Individual (EPIs)



Luvas



Óculos



Máscara



Avental

Cena insegura = Zero intervenção. A segurança da equipe precede o atendimento.

O Funil de Manchester: Compressão do Tempo-Alvo

Emergência. Risco iminente de morte.

0 min (Imediato)

Muito Urgente. Risco potencial/dor severa.

Até 10 min

Urgente. Estável, mas requer avaliação.

Até 60 min

Pouco Urgente. Menor gravidade.

Até 120 min

Não Urgente. Baixa complexidade/Atenção básica.

Até 240 min

Avaliação Primária: O Mapa XABCDE

 **[X] Exsanguinação**

Controle imediato de hemorragias externas graves.

 **[B] Respiração**

Avaliar boa ventilação e esforço (Breathing).

 **[D] Disfunção Neurológica**

Aplicação da Escala de Coma de Glasgow.

 **[A] Vias Aéreas**

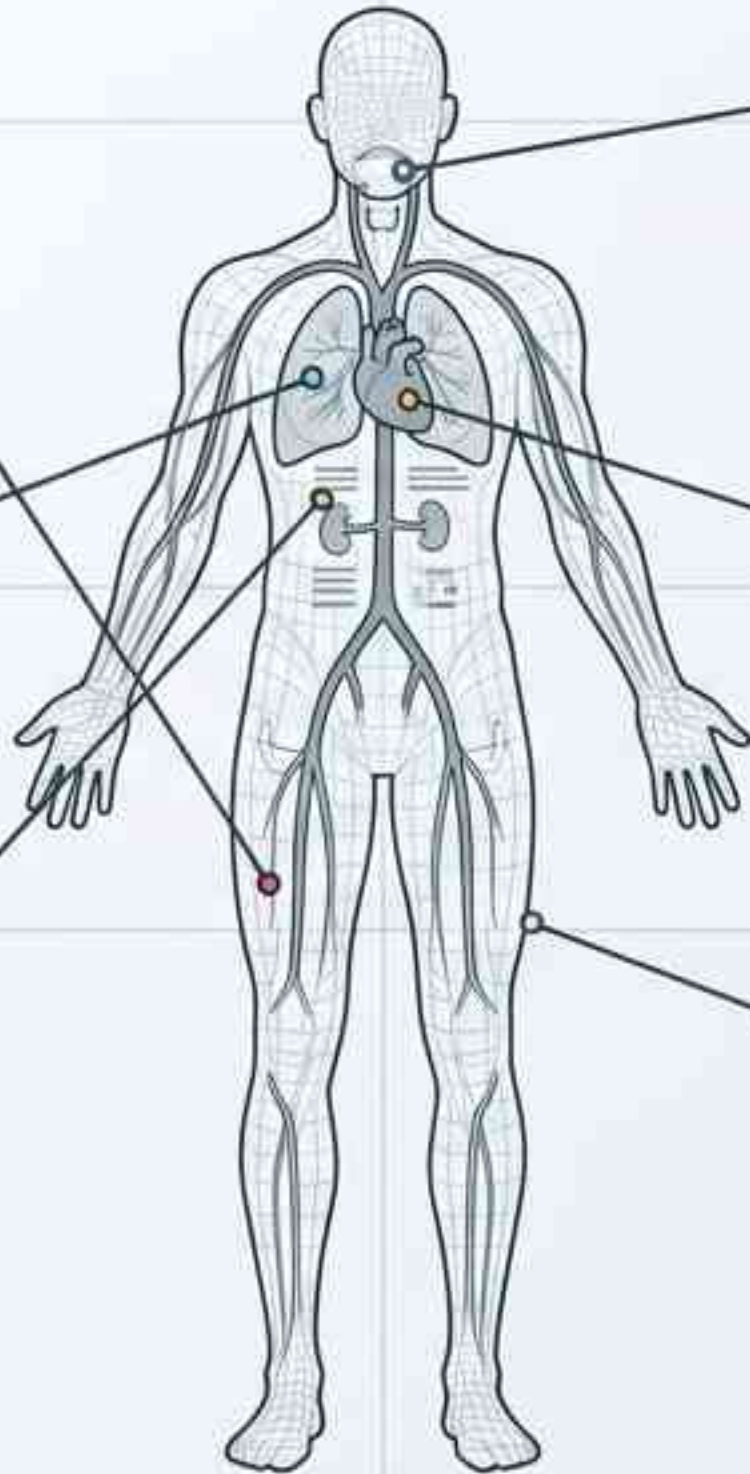
Abertura com controle rigoroso da coluna cervical.

 **[C] Circulação**

Perfusão tecidual e controle de hemorragias internas.

 **[E] Exposição**

Exposição total da vítima e prevenção térmica (Hipotermia).

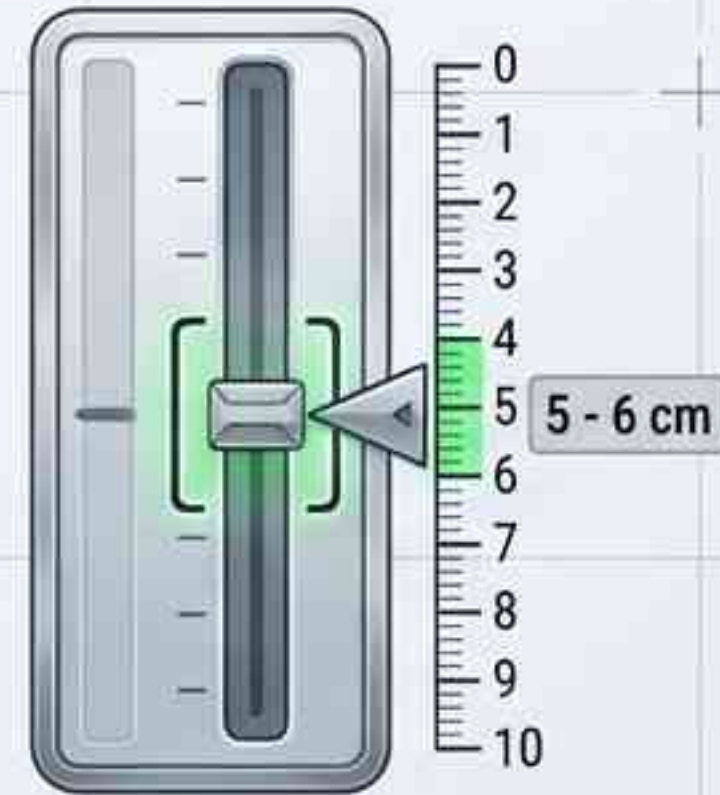


Suporte Básico de Vida (SBV - AHA): O Ponto Ideal



100 - 120

Compressões por minuto



5 - 6 cm

Profundidade no adulto

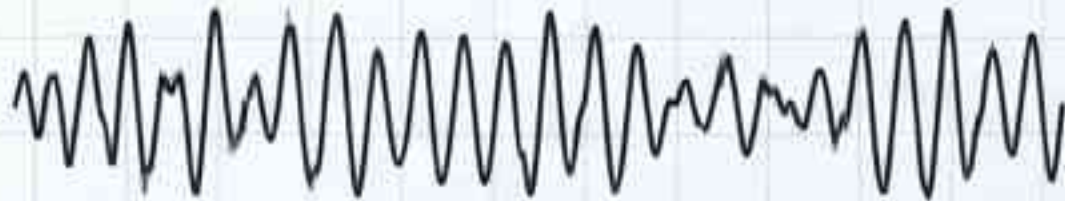
Compressões de alta qualidade: Retorno total do tórax e interrupções mínimas.

Lógica Binária do DEA: Ritmos de Parada



Ritmos Chocáveis

Ação: Disparo



Fibrilação Ventricular (FV) & Taquicardia Ventricular (TV) sem pulso.

Desorganização elétrica total requer 'reset' imediato.



Ritmos Não Chocáveis

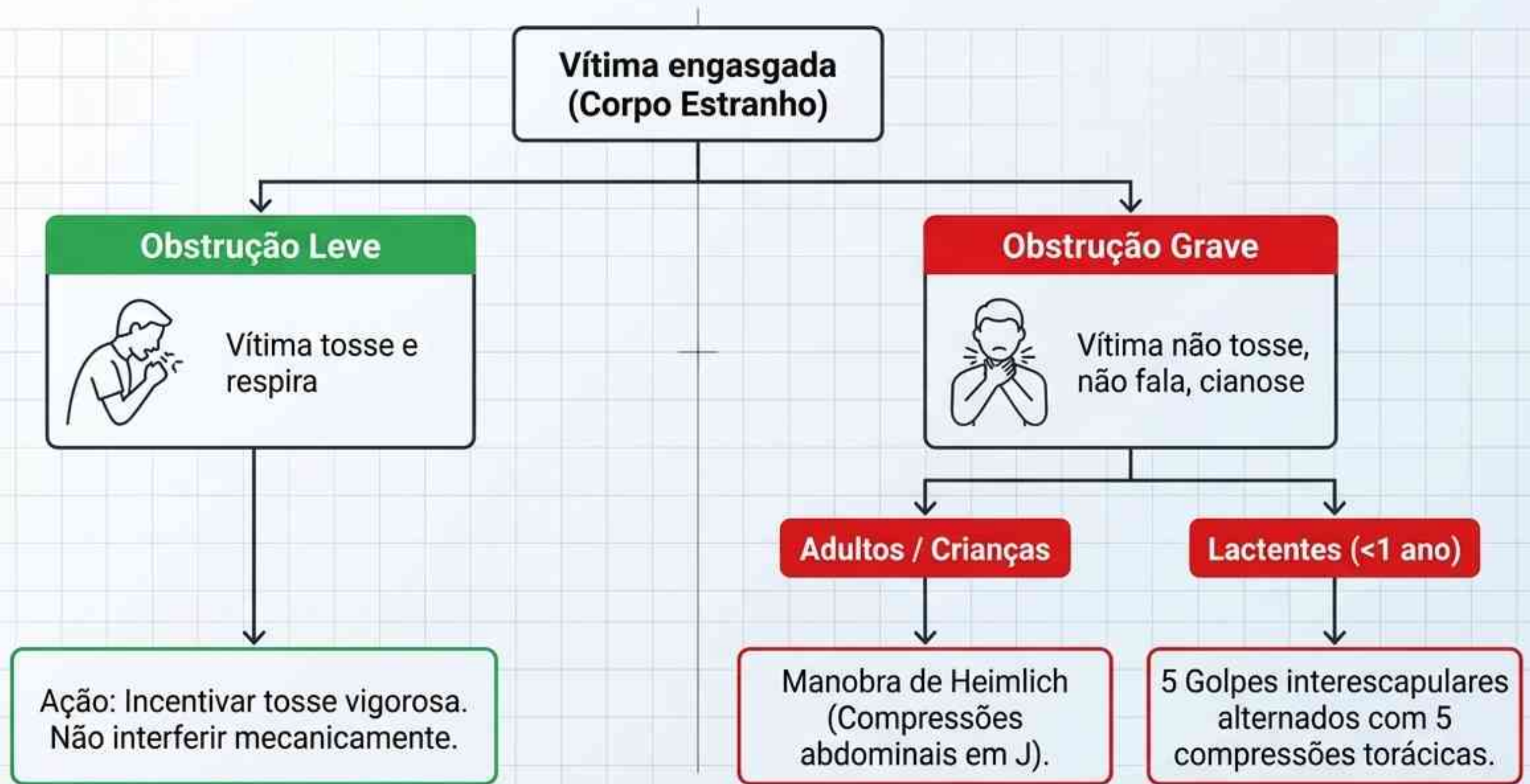
Ação: Apenas RCP



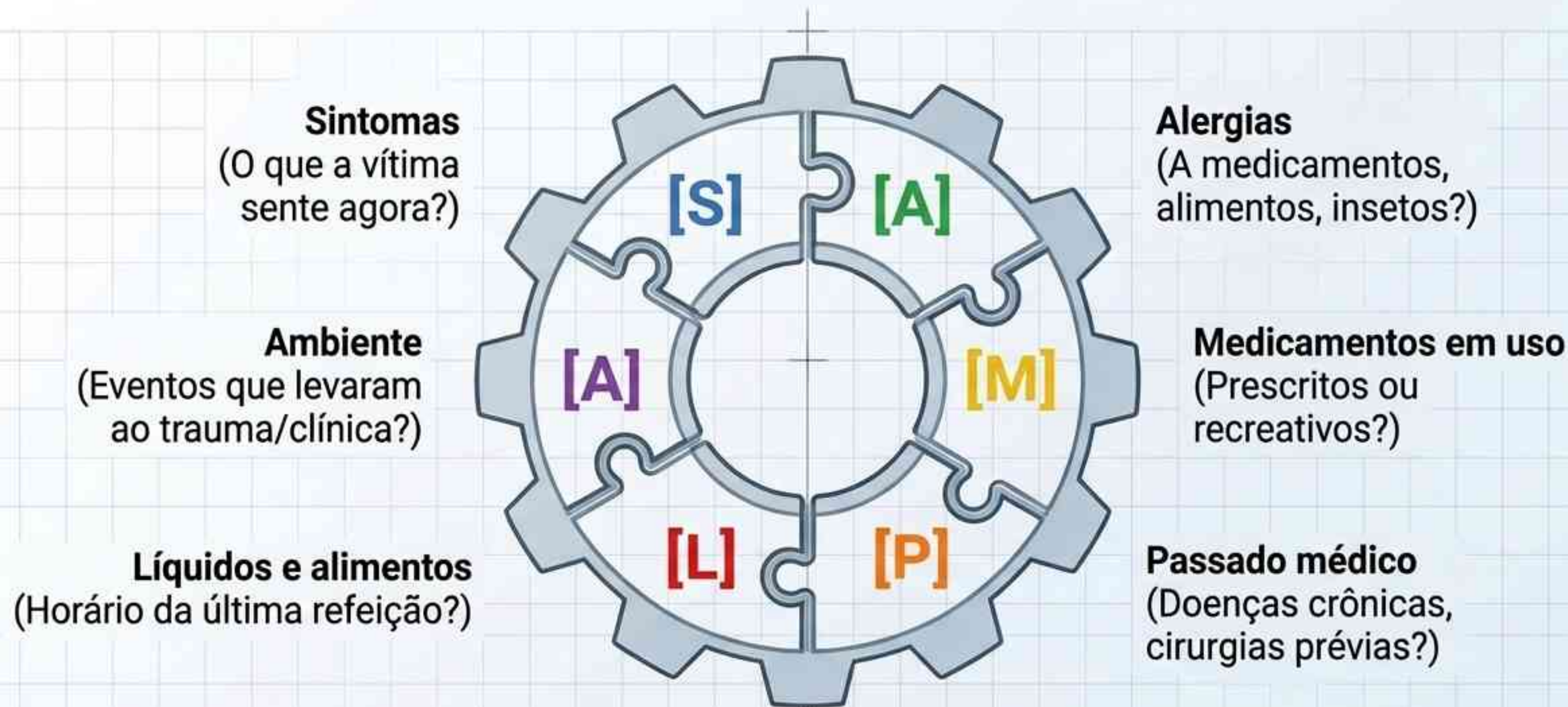
Assistolia & Atividade Elétrica Sem Pulso (AESP).

Ausência de atividade elétrica tratável por choque. Foco na causa base e compressão.

Algoritmo de Decisão: OVACE



Avaliação Secundária: A Roda Investigativa (SAMPLA)



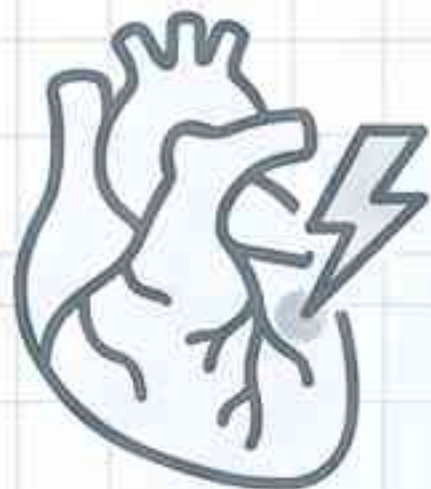
Aplicado após a estabilização do XABCDE para direcionamento do tratamento definitivo.

A Matriz Diagnóstica dos Estados de Choque

Choque = Hipoperfusão tecidual severa.

Hipovolêmico	Cardiogênico	Anafilático	Séptico
Fisiopatologia Perda de volume (sangue/líquidos).	Fisiopatologia Falha na bomba cardíaca.	Fisiopatologia Vasodilatação extrema por alergia.	Fisiopatologia Vasodilatação por infecção sistêmica.
Sinais Pele fria, taquicardia, hipotensão.	Sinais Congestão pulmonar, extremidades frias.	Sinais Edema de glote, urticária, estridor.	Sinais Febre, pele quente (fase inicial), taquicardia.
Ação Inicial Controle de sangramento, reposição volêmica.	Ação Inicial Suporte inotrópico, evitar excesso de fluidos.	Ação Inicial Adrenalina intramuscular imediata.	Ação Inicial Volume precoce, identificação do foco.

Reconhecimento Rápido: Tórax e Vias Aéreas



Infarto Agudo do Miocárdio (IAM)

Fisiopatologia:

Oclusão arterial coronariana.

Clínica:

Dor torácica típica (opressão, irradiação) e atípica (mulheres/diabéticos).

Conduta Inicial:

Eletrocardiograma (ECG) precoce, protocolos de analgesia e oxigenação sob medida.



Insuficiência Respiratória (Crise Asmática)

Fisiopatologia:

Broncoespasmo e inflamação aguda.

Clínica:

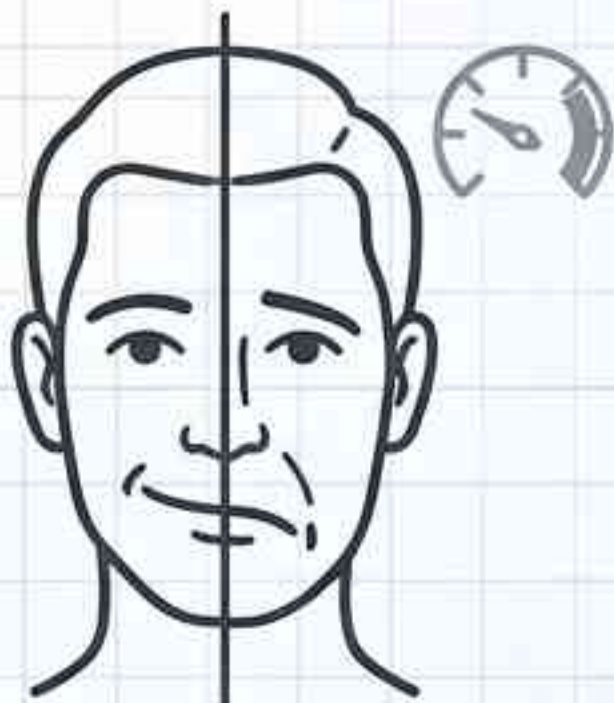
Sinais de esforço respiratório, tiragem intercostal, cianose.

Conduta Inicial:

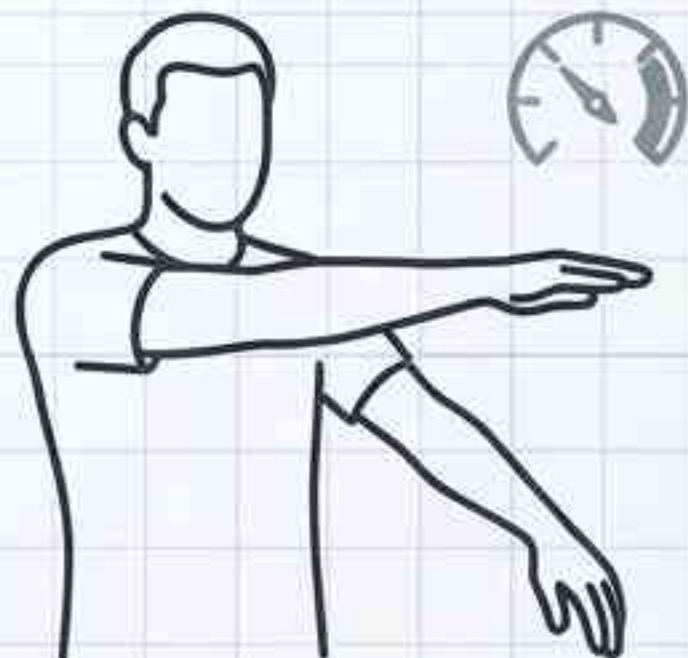
Oxigenoterapia de emergência, broncodilatadores.

Emergências Neurológicas: AVC e Convulsões

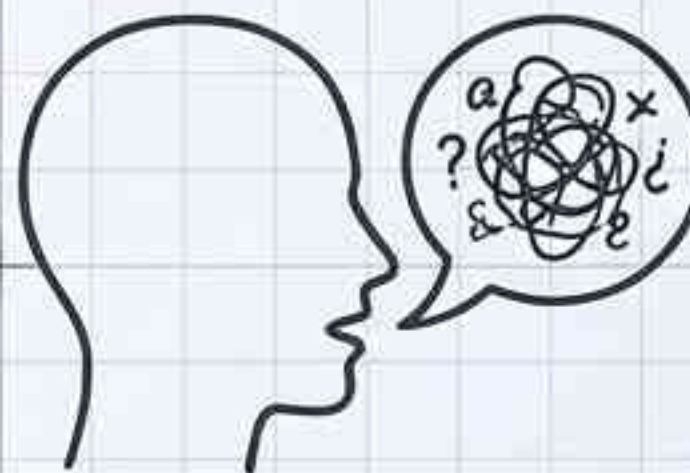
Escala Pré-Hospitalar de Cincinnati (AVC)



Rosto:
Caimento facial



Braços:
Debilidade unilateral



Fala:
Alterada ou arrastada

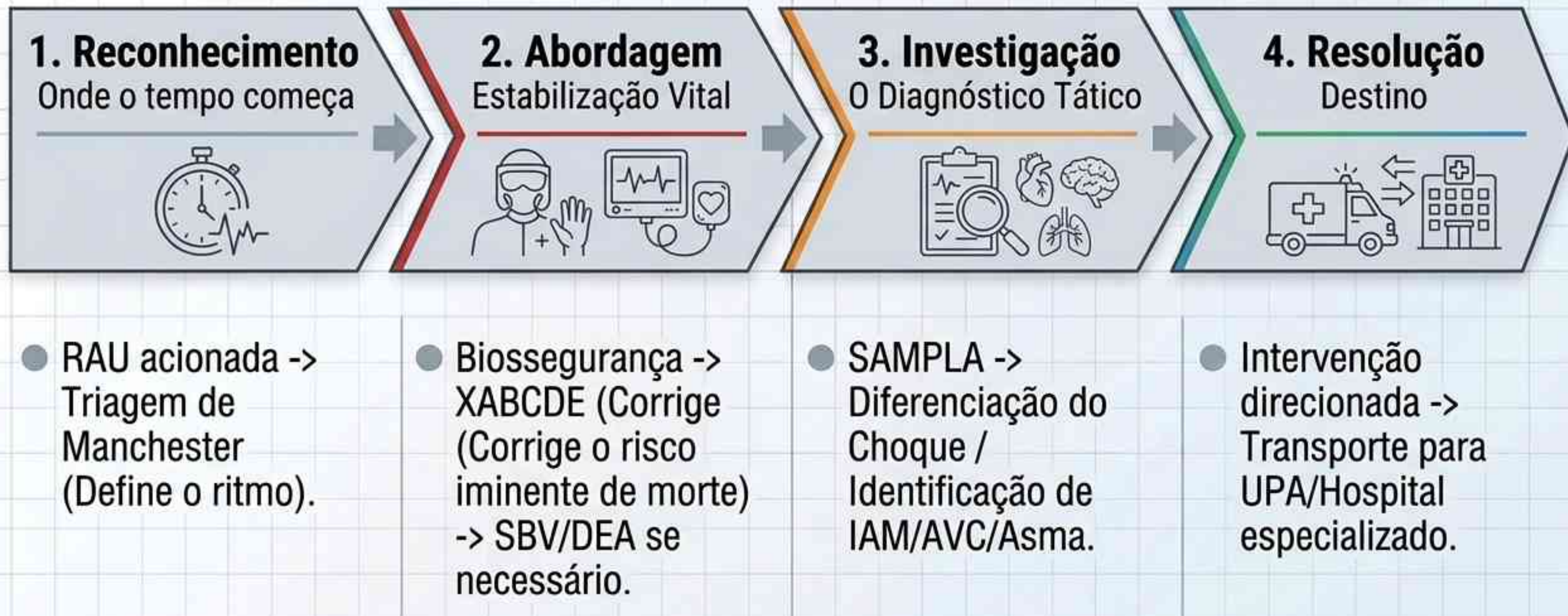
Janela terapêutica curta. 1 sinal anormal = Alta probabilidade de AVC.

Manejo da Crise Convulsiva

- **Durante:** Proteção mecânica da vítima, manutenção de vias aéreas (não inserir objetos na boca).
- **Pós-Ictal:** Posicionamento lateral de segurança.



O Ecossistema da Sobrevivência (Visão Sistêmica)



O APH não é uma série de ações isoladas, mas um fluxo contínuo de priorização.

Parâmetros Legais e Éticos em Emergências

System Log



[Consentimento Presumido]

Aplicável em vítimas inconscientes com risco de morte (ação amparada por lei).



[Omissão de Socorro]

Ocorre na falha em acionar ajuda ou prestar suporte básico compatível com o treinamento.



[Limitação de Suporte]

Respeito a diretivas antecipadas (quando aplicável e validado pela regulação médica).



[Registro em Prontuário]

“O que não foi anotado, não foi feito.” A documentação pós-evento (SAMU/UPA) é a principal defesa legal do profissional.

Sessão Encerrada. Profissionais treinados salvam vidas.