



PREFEITURA DE
ITARIRI
O NOVO TEMPO



DEPARTAMENTO
MUNICIPAL DE SAÚDE
REDE MUNICIPAL DE
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

PROTOCOLO MUNICIPAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

PMUE-REAN-001

PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA NO ADULTO



RECONHECER
RÁPIDO



RCP DE ALTA
QUALIDADE



DESFIBRILAR
PRECOZEMENTE



ADRENALINA
A CADA 3-5 MIN



PROCURAR
Hs E Ts



ESTABILIZAR
E TRANSFERIR



RITMOS
CHOCÁVEIS



RCP DE ALTA
QUALIDADE



MONITOR
E DEA



MEDICAÇÕES
E DOSES



CUIDADOS
PÓS-PCR



TRANSPORTE
SEGURO

VERSÃO 1.0 – 2026

PRONTO-SOCORRO MUNICIPAL DR. TAMINATO TION



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITARIRI – SP
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE
PRONTO-SOCORRO MUNICIPAL DR. TAMINATO TION
REDE MUNICIPAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA



PROTOCOLO MUNICIPAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

PMUE-REAN-001

PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA NO ADULTO SALA VERMELHA – PCR NO ADULTO



FICHA TÉCNICA

Código: PMUE-REAN-001

Área: Sala Vermelha

Linha de Cuidado: Emergências Cardiovasculares

Aplicação: Atendimento Pré-Hospitalar e Hospitalar

Público-Alvo: Médicos, Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem, Condutores e Equipe de Urgência

Validade: 2 anos

Revisão Programada: 2028

APRESENTAÇÃO

A Parada Cardiorrespiratória (PCR) representa a principal emergência médica atendida na Sala Vermelha do Pronto-Socorro Municipal Dr. Taminato Tion.

A sobrevida depende fundamentalmente do reconhecimento precoce, do início imediato das compressões torácicas e da rápida desfibrilação dos ritmos chocáveis.

Em municípios remotos, como Itariri-SP, onde os hospitais de referência encontram-se a aproximadamente 90 km de distância, a qualidade da estabilização inicial constitui o principal determinante da sobrevivência e do prognóstico neurológico.

Este protocolo foi elaborado com base nas recomendações da American Heart Association (AHA), European Resuscitation Council (ERC), Associação Brasileira de Medicina de Emergência (ABRAMEDE) e Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB), adaptadas à realidade operacional da Rede Municipal de Urgência e Emergência de Itariri.



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITARIRI – SP
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE
PRONTO-SOCORRO MUNICIPAL DR. TAMINATO TION
REDE MUNICIPAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA



SUMÁRIO



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITARIRI – SP
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE
PRONTO-SOCORRO MUNICIPAL DR. TAMINATO TION
REDE MUNICIPAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA



PREFEITURA DE
ITARIRI
O NOVO TEMPO

PROTOCOLO MUNICIPAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA NO ADULTO

PMUE-REAN-001 VERSÃO 1.0 – 2026

SAÚDE
ITARIRI

1 OBJETIVO

Padronizar o atendimento dos pacientes adultos em Parada Cardiorrespiratória, garantindo:

- Reconhecimento imediato da PCR
- Início rápido da RCP
- Aplicação uniforme do ACLS
- Tratamento das causas reversíveis
- Estabilização pós-retorno da circulação espontânea
- Regulação adequada via CROSS
- Transferência segura para serviço de maior complexidade

2 DEFINIÇÃO

Parada Cardiorrespiratória (PCR) é a interrupção súbita da atividade mecânica eficaz do coração, resultando em:

- Ausência de circulação sanguínea efetiva
- Inconsciência
- Ausência de respiração normal
- Ausência de pulso central palpável

3 EPIDEMIOLOGIA E IMPACTO

- A PCR permanece entre as principais causas de morte no mundo.
- A cada minuto sem RCP: Redução de 7-10% na chance de sobrevivência. **-7 a -10% por minuto**
- Após 10 minutos sem circulação efetiva: Aumento expressivo do risco de lesão cerebral irreversível.
- Em municípios remotos: A qualidade da reanimação inicial é frequentemente mais importante que a disponibilidade de recursos avançados.

RECONHECER RÁPIDO
COMPRIMIR FORTE
DEFIBRILAR CEDO
SALVA VIDAS

RCP DE ALTA
QUALIDADE

USAR MONITOR
E DEA

ADRENALINA
A CADA 3-5 MIN

PROCURAR
HS E TS

CUIDADOS
PÓS-PCR

ESTABILIZAR
E TRANSFERIR

PROTÓCOLOS
PADRONIZADOS,
EQUIPE TREINADA,
MAIS VIDAS SALVAS.

SALA VERMELHA
ITARIRI – SP

PRONTO-SOCORRO MUNICIPAL DR. TAMINATO TION
REDE MUNICIPAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

ACIONAR CROSS
REGULAÇÃO E SUPORTE

TRANSPORTE SEGURO
PARA UTI DE REFERÊNCIA

1. OBJETIVO

Padronizar o atendimento dos pacientes adultos em Parada Cardiorrespiratória, garantindo:

- Reconhecimento imediato da PCR;
- Início rápido da RCP;
- Aplicação uniforme do ACLS;
- Tratamento das causas reversíveis;
- Estabilização pós-retorno da circulação espontânea;
- Regulação adequada via CROSS;
- Transferência segura para serviço de maior complexidade.

2. DEFINIÇÃO

Parada Cardiorrespiratória (PCR) é a interrupção súbita da atividade mecânica eficaz do coração, resultando em:

- Ausência de circulação sanguínea efetiva;
- Inconsciência;
- Ausência de respiração normal;
- Ausência de pulso central palpável.

3. EPIDEMIOLOGIA E IMPACTO

A PCR permanece entre as principais causas de morte no mundo.

A cada minuto sem RCP:

- Redução de 7–10% na chance de sobrevivência.

Após 10 minutos sem circulação efetiva:

- Aumento expressivo do risco de lesão cerebral irreversível.

Em municípios remotos:

A qualidade da reanimação inicial é frequentemente mais importante que a disponibilidade de recursos avançados.

4. FISIOPATOLOGIA



- A imagem demonstra a sequência fisiopatológica da Parada Cardiorrespiratória (PCR), iniciando pela interrupção súbita da atividade mecânica eficaz do coração.
- Com a perda do débito cardíaco, o sangue deixa de ser bombeado adequadamente para os órgãos e tecidos.



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITARIRI – SP
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE
PRONTO-SOCORRO MUNICIPAL DR. TAMINATO TION
REDE MUNICIPAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA



- A redução da perfusão sistêmica provoca hipóxia tecidual, levando as células a receberem oxigênio insuficiente para manter suas funções.
- A falta de oxigênio resulta em metabolismo anaeróbio e acúmulo de ácido lático, causando acidose metabólica progressiva.
- A persistência desse processo leva à falência orgânica múltipla, com comprometimento progressivo dos órgãos vitais.
- Sem intervenção eficaz, ocorre morte biológica, caracterizada pela perda irreversível das funções vitais do organismo.
- A Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP) atua como uma circulação artificial temporária, mantendo fluxo sanguíneo para órgãos vitais até o Retorno da Circulação Espontânea (RCE) ou tratamento definitivo da causa da PCR.

PROTÓCOLO MUNICIPAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA NO ADULTO

5 DIAGNÓSTICO
O diagnóstico é exclusivamente clínico.

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS

- ✓ Inconsciência
- ✓ Ausência de resposta verbal
- ✓ Ausência de respiração normal
- ✓ Respiração agônica (gaspings)
- ✓ Ausência de pulso carotídeo em até 10 segundos

Se **TODOS** os critérios estiverem presentes, **INICIE RCP IMEDIATAMENTE!**

6 CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

NÍVEL PRETO
PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA
INTERVENÇÃO IMEDIATA

TEMPO MÁXIMO ACEITÁVEL PARA INÍCIO DAS COMPRESSÕES:
60 SEGUNDOS

CADA SEGUNDO IMPORTA!

RECONHECER PCR → INICIAR RCP IMEDIATAMENTE → DESFIBRILAR PRECOCEMENTE → ESTABILIZAR E TRANSFERIR

A chance de sobrevivência diminui **7 a 10% a cada minuto sem RCP.**

7 RITMOS DA PCR

RITMOS CHOCÁVEIS
(Desfibrilação Indicada)

- FIBRILAÇÃO VENTRICULAR (FV)
- TAQUICARDIA VENTRICULAR SEM PULSO (TVSP)

RITMOS NÃO CHOCÁVEIS
(Desfibrilação Não Indicada)

- ASSISTOLIA
- ATIVIDADE ELÉTRICA SEM PULSO (AESP)

Identifique o ritmo o mais rápido possível e inicie o tratamento apropriado!

RECONHECER • INICIAR RCP • DESFIBRILAR • TRATAR CAUSAS REVERSÍVEIS • ESTABILIZAR • TRANSFERIR

COMPRESSÕES DE ALTA QUALIDADE SALVAM VIDAS!

5. DIAGNÓSTICO

O diagnóstico é exclusivamente clínico.

Crítérios diagnósticos

- ✓ Inconsciência
- ✓ Ausência de resposta verbal
- ✓ Ausência de respiração normal
- ✓ Respiração agônica (gaspings)
- ✓ Ausência de pulso carotídeo em até 10 segundos



6. CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

NÍVEL PRETO

Parada Cardiorrespiratória

Intervenção imediata.

Tempo máximo aceitável para início das compressões:

Menor que 60 segundos

7. RITMOS DA PCR

Ritmos Chocáveis

Fibrilação Ventricular (FV)

Taquicardia Ventricular sem Pulso (TVSP)

Ritmos Não Chocáveis

Assistolia

Atividade Elétrica sem Pulso (AESP)

8. RESPONSABILIDADES DA EQUIPE

PREFEITURA DE ITARIRI
O NOVO TEMPO

PROTOCOLO MUNICIPAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA NO ADULTO

RESPONSABILIDADES DA EQUIPE

MÉDICO	ENFERMEIRO	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	CONDUTOR / SOCORRISTA
- Liderar a PCR - Interpretar ritmo - Autorizar desfibrilação - Realizar IOT - Pesquisar Hs e Ts - Acionar CROSS LIDERANÇA • DECISÃO • FOCO Cada segundo importa!	- Coordenar equipe - Preparar drogas - Registrar tempos - Garantir qualidade da RCP COORDENAÇÃO • ORGANIZAÇÃO COMUNICAÇÃO Trabalho em equipe salva vidas!	- Compressões torácicas - Administração de medicamentos - Monitorização - Acesso venoso EXECUÇÃO • AGILIDADE • PRECISÃO RCP de alta qualidade faz a diferença!	- Apoio operacional - Transporte - Preparação da ambulância APOIO • SEGURANÇA • RAPIDEZ Transporte seguro para o melhor desfecho!

RECONHECER • INICIAR RCP • DESFIBRILAR • TRATAR CAUSAS REVERSÍVEIS • ESTABILIZAR • TRANSFERIR
ATUAÇÃO INTEGRADA • PROTOCOLO • FOCO NO PACIENTE

ACIONAR CROSS
Comunicação rápida para regulação e suporte avançado.



Médico

- Liderar a PCR
- Interpretar ritmo
- Autorizar desfibrilação
- Realizar IOT
- Pesquisar Hs e Ts
- Acionar CROSS

Enfermeiro

- Coordenar equipe
- Preparar drogas
- Registrar tempos
- Garantir qualidade da RCP

Técnico de Enfermagem

- Compressões torácicas
- Administração de medicamentos
- Monitorização
- Acesso venoso

Condutor/Socorrista

- Apoio operacional
 - Transporte
 - Preparação da ambulância
-

9. TEMPOS-ALVO MUNICIPAIS

INDICADOR	META
 Reconhecimento PCR	 ≤ 10 s
 Início da RCP	 ≤ 1 min
 Primeira dose de adrenalina	 ≤ 3 min
 Primeira desfibrilação	 ≤ 5 min
 Acionamento CROSS após RCE	 ≤ 15 min
 Cumprir os tempos-alvo salva vidas e melhora o prognóstico neurológico.	

10. CONDOTA NOS PRIMEIROS 5 MINUTOS



PREFEITURA DE ITARIRI
O NOVO TEMPO

PROTOCOLO MUNICIPAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA NO ADULTO



SAÚDE ITARIRI



10. CONDOTA NOS PRIMEIROS 5 MINUTOS



TEMPO É CÉREBRO.
CADA SEGUNDO IMPORTA!

PASSO 1

1 RECONHECER PCR



Verificar resposta, respiração e pulso carotídeo (máx. 10 segundos).

PASSO 2

2 ACIONAR EQUIPE



Chamar ajuda imediatamente e delegar funções.

PASSO 3

3 INICIAR COMPRESSÕES IMEDIATAMENTE



Compressões de alta qualidade: 100–120/min e profundidade de 5–6 cm.

PASSO 4

4 MONITOR CARDÍACO / DEA



Conectar monitor cardíaco e preparar o DEA.

PASSO 5

5 IDENTIFICAR RITMO



Analisar o ritmo para definir a conduta.

PASSO 6

6 APLICAR ACLS



Seguir o algoritmo ACLS: medicações, desfibrilação e cuidados avançados.



FOCO NO ABC



COMPRESSÕES CONTÍNUAS



MINIMIZAR INTERRUPÇÕES



OTIMIZAR PERFUSÃO CEREBRAL



QUALIDADE DA RCP **SALVA VIDAS!**



EM CASO DE DÚVIDA OU NECESSIDADE DE TRANSFERÊNCIA **ACIONAR CROSS IMEDIATAMENTE!**

11. RCP DE ALTA QUALIDADE

11 RCP DE ALTA QUALIDADE

COMPRESSÕES

- Frequência:** 100–120/min
- Profundidade:** 5–6 cm
- Retorno completo do tórax**
- Minimizar interrupções**
- Trocar compressor:** A cada 2 minutos

VENTILAÇÃO

Sem via aérea avançada
30:2

Com IOT

- Compressões contínuas
- 10 ventilações/min

LEMBRETES IMPORTANTES

- RCP de alta qualidade sempre
- DEA o mais rápido possível
- Tratar causas reversíveis
- Equipe coordenada e comunicação eficaz

HS E TS – CAUSAS REVERSÍVEIS

- Hipóxia
- Hipovolemia
- Hipo/ Hiperpotassemia
- Hipotermia
- Tamponamento cardíaco
- Tóxicos
- Trombose coronária
- Pneumotórax hipertensivo

RCP RÁPIDA E DE QUALIDADE SALVA VIDAS!

CROSS
0800 770 1445

SAMU 192
EMERGÊNCIA

12. ALGORITMO DOS RITMOS CHOCÁVEIS

12 ALGORITMO DOS RITMOS CHOCÁVEIS

RITMOS CHOCÁVEIS

- FIBRILAÇÃO VENTRICULAR**
- TAQUICARDIA VENTRICULAR SEM PULSO**

OBJETIVO

Restaurar ritmo perfusor o mais rápido possível e tratar as causas reversíveis.

PRINCÍPIOS

- ✓ RCP de alta qualidade
- ✓ Minimizar interrupções
- ✓ Desfibrilação precoce
- ✓ Tratamento das causas reversíveis (Hs e Ts)
- ✓ Trabalho em equipe e comunicação eficaz

1		CHOQUE	
2		RCP 2 MINUTOS	
3		REAVALIAR RITMO	
4		CHOQUE	
5		RCP 2 MINUTOS	
6		ADRENALINA 1 mg EV	
7		CHOQUE	
8		AMIODARONA 300 mg EV	
9		RCP 2 MINUTOS	
10		ADRENALINA 1 mg EV A CADA 3–5 MIN	
11		AMIODARONA 150 mg EV	
12		PESQUISAR HS E TS	

ADRENALINA

1 mg EV
A cada 3–5 minutos durante a PCR.

AMIODARONA

300 mg EV
Após o 3º choque
150 mg EV
Após o choque seguinte

HS E TS – CAUSAS REVERSÍVEIS

- Hipóxia
- Hipovolemia
- Hipo/Hipercalemia e distúrbios metabólicos
- Hipotermia / Hipertermia
- Trombose – coronária ou pulmonar
- Tamponamento cardíaco
- Tóxicos
- Pneumotórax hipertensivo

DESFIBRILAÇÃO PRECOCE E RCP DE QUALIDADE SALVAM VIDAS!

FOCO • RAPIDEZ • QUALIDADE • TRABALHO EM EQUIPE • COMUNICAÇÃO → A CADA SEGUNDO, A CHANCE DE SOBREVIVER DIMINUI!

13. ALGORÍTMOS DOS RITMOS NÃO CHOCÁVEIS



14. DESFIBRILAÇÃO





15. Os 6Hs e 6Ts

15

6Hs e 6Ts

H

Hs

O₂

H ipóxia

1

H ipovolemia

2

H⁺

H idrogênio (acidose)

3

K⁺

H ipocalemia

4

K⁺⁺

H ipercalemia

5

H ipotermia

6

T

Ts

T rombose coronariana

1

T romboembolismo pulmonar - TEP

2

T amponamento cardíaco

3

T oxinas

4

T órax - Pneumotórax hipertensivo

5

T raumas

6

PESQUISAR ATIVAMENTE E TRATAR IMEDIATAMENTE AS CAUSAS REVERSÍVEIS!

TRATAR A CAUSA REVERSÍVEL PODE SALVAR VIDAS!

ACIONE O CROSS IMEDIATAMENTE 0800 770 1445

16. MEDICAÇÕES

16 MEDICAÇÕES				
	ADRENALINA	Dose: 1 mg EV	Intervalo: A cada 3–5 minutos	Apresentação: 1 mg/10 mL
	AMIODARONA	Primeira dose: 300 mg EV Segunda dose: 150 mg EV	Indicação: FV/TVSP refratária	
	SULFATO DE MAGNÉSIO	2 g EV	Indicação: Torsades de Pointes	
	BICARBONATO	Não utilizar rotineiramente.	Indicações: • Hipercalemia • Intoxicação por antidepressivos tricíclicos • Acidose grave documentada	

MEDICAÇÕES DEVEM SER ADMINISTRADAS DURANTE RCP DE ALTA QUALIDADE E TRATAMENTO DAS CAUSAS REVERSÍVEIS (Hs e Ts).

ACIONE O CROSS IMEDIATAMENTE 0800 770 1445

17. VIA AÉREA

17 VIA AÉREA

1 BOLSA-VÁLVULA-MÁSCARA



- ✓ Primeira escolha Sempre que possível
- ✓ Ventilação eficaz e rápida

2 DISPOSITIVO SUPRAGLÓTICO



- ✓ Alternativa eficaz quando IOT não é possível
- ✓ Menor interrupção das compressões

3 INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL



- ✓ Via aérea definitiva Protege contra aspiração
- ✓ Permite ventilação controlada e contínua



A IOT NÃO DEVE INTERROMPER AS COMPRESSÕES POR MAIS DE **10 SEGUNDOS**.



MÁXIMO 10 SEG



FOCO • RAPIDEZ
SEGURANÇA • EQUIPE

18. RETORNO DA CIRCULAÇÃO ESPONTÂNEA (RCE)

18. RETORNO DA CIRCULAÇÃO ESPONTÂNEA (RCE)

CRITÉRIOS



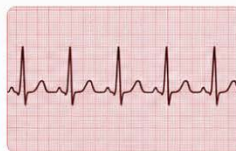
Pulso central palpável



Pressão arterial mensurável



Ritmo organizado



Melhora súbita do ETCO₂ (quando disponível)



19. CUIDADOS PÓS-PCR



OXIGENAÇÃO



META:

SpO₂ 94–98%



PRESSÃO ARTERIAL



META:

PAM ≥ 65 mmHg
PAS ≥ 90 mmHg



TEMPERATURA



Evitar hipertermia

OBJETIVO:

≤ 37,5°C



GLICEMIA



META:

140–180 mg/dL

⚠ MANUTENHA MONITORIZAÇÃO CONTÍNUA • REAVALIE FREQUENTEMENTE • TRATE A CAUSA • EVITE COMPLICAÇÕES

19. CUIDADOS PÓS-PCR

Oxigenação

- Meta: => SpO₂ 94–98%

Pressão Arterial

- Meta: => PAM ≥ 65 mmHg => PAS ≥ 90 mmHg

Temperatura => Evitar hipertermia =

- Objetivo: ≤ 37,5°C

Glicemia

- Meta: 140–180 mg/dL

20. CRITÉRIOS DE IOT

20. CRITÉRIOS DE IOT

Após RCE:

-  Glasgow ≤ 8
-  Hipoxemia
-  Insuficiência respiratória
-  Rebaixamento do nível de consciência



 A IOT NÃO DEVE INTERROMPER COMPRESSÕES POR MAIS DE 10 SEGUNDOS.

21. CRITÉRIOS DE VASOPRESSORES

Após RCE:



PAM < 65 mmHg

Apesar de reposição volêmica adequada.

Primeira escolha:

NORADRENALINA



MONITORIZAÇÃO CONTÍNUA DA PA É ESSENCIAL.

22. CRITÉRIOS DE TRANSFERÊNCIA

Todo paciente com RCE.

Especialmente:

-  IAM
-  TEP
-  Arritmias graves
-  Choque pós-PCR
-  Necessidade de UTI



ACIONE O CROSS IMEDIATAMENTE PARA REGULAÇÃO.



IDENTIFICAR E TRATAR A CAUSA • MONITORIZAÇÃO CONTÍNUA • EQUIPE TREINADA • REGISTRO ADEQUADO



23. TEXTO PADRÃO PARA CROSS

23 TEXTO PADRÃO PARA CROSS



AO CONTATAR O CROSS, INFORME DE FORMA
OBJETIVA, CLARA E COMPLETA.



Paciente: _____ anos.



PCR presenciada às: _____.



Ritmo inicial: **FV** **TVSP** **AESP** **Assistolia**.



Tempo total de RCP: _____ minutos.



Adrenalina: _____ doses.



Amiodarona: _____ mg.



RCE obtido às: _____.

SINAIS VITAIS ATUAIS



PA: _____



FC: _____ bpm



SpO₂: _____ %



Glasgow: _____



Necessita transferência para unidade de
terapia intensiva para investigação etiológica
e manejo pós-PCR.

24. TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR

24.

TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR



A ESTABILIZAÇÃO ADEQUADA E O TRANSPORTE SEGURO SÃO
ESSENCIAIS PARA A VIDA DO PACIENTE.



OBRIGATÓRIO:



MONITOR CARDÍACO

Monitorização contínua
de ECG, FC, SpO₂ e PA.



DEA DISPONÍVEL

Desfibrilador externo
automático pronto para uso.



OXIGÊNIO

Fonte de O₂ fixa e portátil
com fluxômetro.



AMBU

Dispositivo bolsa-válvula-
máscara de diferentes
tamanhos.



ASPIRADOR

Aspirador portátil com
sondas e cateteres.



BOMBA DE INFUSÃO

Bomba de infusão
funcionando e com equipo.



NORADRENALINA PREPARADA

Noradrenalina diluída
e pronta para uso.



VIA AÉREA PROTEGIDA

Via aérea definitiva
(IOT) e fixada.



ANTES DO TRANSPORTE, CONFIRME:

- ✓ Paciente estabilizado hemodinamicamente
- ✓ via aérea segura
- ✓ Monitorização adequada
- ✓ Acesso venoso pérvio
- ✓ Medicamentos essenciais disponíveis
- ✓ Documentação e informações completas
- ✓ Comunicação com a unidade de destino



DURANTE O TRANSPORTE:

- ✓ Monitorar continuamente os sinais vitais
- ✓ Manter oxigenação adequada
- ✓ Reavaliar constantemente o paciente
- ✓ Comunicar intercorrências imediatamente



**QUALQUER INSTABILIDADE
DEVE SER COMUNICADA
E MANEJADA IMEDIATAMENTE.**

25. CHECKLIST SALA VERMELHA

25. CHECKLIST SALA VERMELHA

	VERIFIQUE, CONFIRME E MANTENHA TUDO PRONTO PARA SALVAR VIDAS.			
☐		CARRINHO DE EMERGÊNCIA		Carrinho completo, lacrado, medicações e materiais checados e dentro da validade.
☐		DEA		Desfibrilador externo automático funcionando e com bateria carregada.
☐		MONITOR		Monitor ligado, com cabos, eletrodos e sensores disponíveis.
☐		O₂ OXIGÊNIO		Cilindro cheio, válvula reguladora e fluxômetros funcionando.
☐		ASPIRADOR		Aspirador ligado e com sistema de sucção íntegro.
☐		MATERIAL DE IOT		Laringoscópio, tubos, cânulas, balloon, fixadores e mandril disponíveis.
☐		ADRENALINA		Ampla disponibilidade de ampolas e seringas.
☐		AMIODARONA		Disponível e dentro do prazo de validade.
☐		GLICEMIA CAPILAR		Glicosímetro funcionando, tiras reagentes e lancetas disponíveis.
☐		CAPNOGRAFIA (SE DISPONÍVEL)		Equipamento ligado e com sensores/tubos disponíveis.



CHECKLIST DEVE SER REALIZADO NO INÍCIO DE CADA PLANTÃO E SEMPRE QUE NECESSÁRIO.



ORGANIZAÇÃO, DISCIPLINA E PREPARO FAZEM A DIFERENÇA NA SALA VERMELHA.



EQUIPE TREINADA



CHECKLIST EM DIA



PACIENTE SEGURO

26. ERROS MAIS COMUNS

26.
ERROS MAIS COMUNS

EVITAR ERROS É TÃO IMPORTANTE QUANTO FAZER CERTO.
PEQUENOS ERROS PODEM CUSTAR VIDAS.

1		COMPRESSÕES LENTAS Frequência abaixo de 100–120 compressões/min.		↓ CORRETO: 100–120 compressões/min. Mantenha o ritmo e a profundidade.
2		COMPRESSÕES SUPERFICIAIS Profundidade menor que 5 cm no adulto.		↓ CORRETO: 5–6 cm de profundidade no adulto. Permita o retorno completo do tórax.
3		PAUSAS PROLONGADAS Interrupções aumentam a perda de perfusão cerebral.		↓ CORRETO: Pausas < 10 segundos. Planeje ações antes de interromper as compressões.
4		INTUBAÇÃO DEMORADA Tentativas prolongadas causam hipóxia e interrupções.		↓ CORRETO: IOT somente por profissional experiente e com interrupção < 10 segundos.
5		FALHA NA TROCA DO COMPRESSOR Fadiga leva à redução da qualidade das compressões.		↓ CORRETO: Troque o compressor a cada 2 minutos ou antes, sem interromper o ritmo.
6		ATRASO NA DESFIBRILAÇÃO Cada minuto sem choque reduz a chance de sobrevivência.		↓ CORRETO: Desfibrile o mais rápido possível quando indicado. Minimize pausas.
7		ADMINISTRAÇÃO TARDIA DE ADRENALINA Atraso reduz a chance de retorno da circulação.		↓ CORRETO: Administrar adrenalina o mais precocemente possível a cada 3–5 minutos.

TREINAMENTO • FOCO • ATENÇÃO • TRABALHO EM EQUIPE
FAZEM A DIFERENÇA NA SOBREVIVÊNCIA!

QUALIDADE DAS COMPRESSÕES + MINIMIZAÇÃO DAS PAUSAS = MAIS CHANCES DE SOBREVIVER

27. CRITÉRIOS DE SUSPENSÃO DAS MANOBRAS



PREFEITURA DE
ITARIRI
O NOVO TEMPO

PROTOCOLO MUNICIPAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

SALA VERMELHA



27.

CRITÉRIOS DE SUSPENSÃO DAS MANOBRAS



CONSIDERAR A SUSPENSÃO DAS MANOBRAS QUANDO:



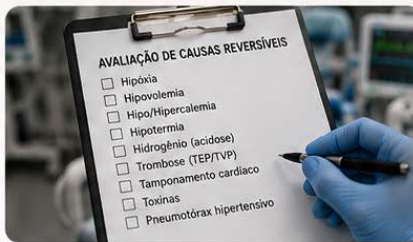
ASSISTOLIA PERSISTENTE

Ritmo não chocável
que persiste apesar
de ACLS adequado.



AUSÊNCIA DE CAUSA REVERSÍVEL

Nenhuma causa tratável
identificada após avaliação
completa.



SEM RCE APÓS 30–40 MINUTOS DE ACLS ADEQUADO

Manobras realizadas com
qualidade, sem retorno da
circulação espontânea.



EXCETO NAS SEGUINTE SITUATÓES:



HIPOTERMIA

Temperatura corporal
muito baixa pode
reverter com tratamento
adequado.



INTOXICAÇÕES REVERSÍVEIS

Ex.: drogas,
medicamentos,
substâncias tóxicas.



PCR PRESENCIADA COM CAUSA TRATÁVEL

Quando a causa é
identificada e possui
alta chance de reversão.



A DECISÃO DE SUSPENSÃO DEVE SER TOMADA APÓS AVALIAÇÃO CLÍNICA
E DISCUSSÃO DA EQUIPE, SEMPRE RESPEITANDO O CONTEXTO E A ÉTICA.



FOCO NA QUALIDADE DA RCP, NA IDENTIFICAÇÃO DE CAUSAS REVERSÍVEIS E NA SEGURANÇA DO PACIENTE.



28. INDICADORES DE QUALIDADE



PROTOCOLO MUNICIPAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

SALA VERMELHA



28. INDICADORES DE QUALIDADE

→ MEDIR PARA MELHORAR • PADRONIZAR PARA SALVAR VIDAS ←

PROCESSO



TEMPO ATÉ RCP

Início das compressões após colapso.



≤ 1
minuto



TEMPO ATÉ PRIMEIRO CHOQUE

Desde reconhecimento do ritmo chocável.



≤ 3
minutos



TEMPO ATÉ ADRENALINA

Primeira dose administrada.



≤ 5
minutos



TEMPO ATÉ CROSS

Contato com regulação e solicitação de vaga.



≤ 10
minutos

DESFECHO



TAXA DE RCE

Percentual de pacientes que retornam à circulação espontânea.



Meta: ≥ 30%



SOBREVIDA ATÉ TRANSFERÊNCIA

Pacientes vivos no momento da transferência.



Meta: ≥ 80%



SOBREVIDA HOSPITALAR

Pacientes que permanecem vivos até a alta hospitalar.



Meta: ≥ 20%



SOBREVIDA NEUROLÓGICA FAVORÁVEL

Alta com bom desfecho neurológico (CPC 1-2).



Meta: ≥ 15%



O QUE OS INDICADORES MOSTRAM?

- ✓ Permitem avaliar a eficiência do atendimento
- ✓ Identificam gargalos e oportunidades
- ✓ Orientam treinamentos e melhorias
- ✓ Ajudam a salvar mais vidas



**QUALIDADE É CONSTÂNCIA,
NÃO É SORTE!**

MONITORAR É CUIDAR



Indicadores bem acompanhados transformam dados em decisões e decisões em vidas salvas.



**CADA SEGUNDO CONTA. CADA DECISÃO IMPORTA.
NOSSA META: ATENDIMENTO RÁPIDO, EFICIENTE E HUMANIZADO.**





29. TREINAMENTO OBRIGATÓRIO



PROTOCOLO MUNICIPAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
SALA VERMELHA



29. TREINAMENTO OBRIGATÓRIO



OBJETIVO: Garantir que todos os profissionais da Sala Vermelha possuam competências para atuar com segurança e eficácia na PCR.



COMPETÊNCIAS MÍNIMAS



1

RECONHECIMENTO DA PCR

- Avaliar cena com segurança
- Identificar ausência de resposta e respiração
- Acionar ajuda rapidamente



4

DESFIBRILAÇÃO SEGURA

- Analisar ritmo corretamente
- Garantir segurança antes do choque
- Desfibrilar sem atrasos



2

RCP DE ALTA QUALIDADE

- 100–120 compressões/min
- Profundidade 5–6 cm
- Reexpansão completa
- Mínimas interrupções



5

ACLS BÁSICO

- Algoritmo ACLS atualizado
- Medicações e doses corretas
- Trabalho em equipe e liderança



3

USO DO DEA

- Ligar o DEA rapidamente
- Seguir os comandos de voz
- Colocar eletrodos corretamente



6

MANEJO PÓS-PCR

- Estabilização hemodinâmica
- Via aérea e oxigenação
- Controle térmico
- Identificação e tratamento da causa
- Preparação para transporte seguro



TREINAMENTO REGULAR SALVA VIDAS E FORTALECE A EQUIPE!



RECICLAGEM PERIÓDICA



SIMULAÇÕES REALÍSTICAS



AValiação DE COMPETÊNCIA



CULTURA DE SEGURANÇA



PREPARAÇÃO • CONHECIMENTO • PRÁTICA • TRABALHO EM EQUIPE
JUNTOS, PODEMOS SALVAR MAIS VIDAS.





30. MENSAGEM INSTITUCIONAL

PREFEITURA DE ITARIRI
O NOVO TEMPO

PROTOCOLO MUNICIPAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
SALA VERMELHA

30. MENSAGEM INSTITUCIONAL

COMPRESSÕES DE ALTA QUALIDADE SALVAM VIDAS

1 RECONHECER RÁPIDO
Avalie a cena, verifique resposta e respiração.

Tempo é cérebro e é vida!

2 COMPRIMIR FORTE E RÁPIDO
100–120 compressões por minuto com profundidade de 5–6 cm.

Ritmo e profundidade salvam!

3 DESFIBRILAR PRECOCEMENTE
Use o DEA o mais rápido possível. Cada minuto conta.

Choque no tempo certo!

4 ADRENALINA A CADA 3–5 MIN
Administre 1 mg de adrenalina ev/io a cada 3–5 minutos.

Não atrasar. Repetir a cada 3–5 minutos.

5 PROCURAR Hs E Ts
Identifique e trate as causas reversíveis. Corrigir salva vidas.

Hs

- HIPOVOLEMIA
- HIPÓXIA
- HIDROGÊNIO (ACIDOSE)
- HIPO/HIPERCALEMIA
- HIPOTERMIA

Ts

- TROMBOSE PULMONAR
- TAMPONAMENTO CARDÍACO
- TÓXICOS
- TROMBOSE CORONÁRIA
- PNEUMOTÓRAX HIPERTENSIVO

Trate a causa, não apenas o ritmo.

6 ESTABILIZAR E TRANSFERIR
Obtenha RCE, estabilize o paciente e transfira com segurança para UTI.

Estabilizar com qualidade. Transferir com segurança.

EQUIPE TREINADA + PROTOCOLOS + FOCO = MAIS CHANCES DE VIDA!

QUALIDADE NA RCP É COMPROMISSO DE TODOS. JUNTOS, PODEMOS SALVAR MAIS VIDAS.



REFERÊNCIAS

- American Heart Association (AHA) – ACLS 2025
- European Resuscitation Council (ERC) 2025
- Associação Brasileira de Medicina de Emergência (ABRAMEDE)
- Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB)
- Ministério da Saúde – Brasil
- Diretrizes Brasileiras de Ressuscitação Cardiopulmonar



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITARIRI – SP
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE
PRONTO-SOCORRO MUNICIPAL DR. TAMINATO TION
REDE MUNICIPAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA



PROTOCOLO MUNICIPAL OFICIAL
REDE MUNICIPAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE ITARIRI-SP

PMUE-REAN-001
PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA NO ADULTO
VERSÃO 1.0 / 2026