Unidade 4

Primeiro atendimento ao trauma

Introdução

As lesões traumáticas têm forte impacto na sociedade, tanto para a vítima, a família ou a equipe de Saúde da Família à qual está adscrita. São vistos e sentidos, por todos, os danos físicos, emocionais, financeiros e materiais que o trauma acarreta. Uma equipe bem preparada e sistema hierarquizado e integrado de assistência ao trauma fazem com que essas vítimas sejam atendidas na hora certa, no local certo e com os recursos necessários adequados. E é aqui, nesta unidade, que vão ser retomados alguns conceitos de trauma e trabalhados para a melhor assistência a esses pacientes.

Assim como foi feito em seções anteriores, para facilitar os estudos, dividimos a apresentação da unidade em três seções:

Seção 1 - Atendimento inicial

Seção 2 - Particularidades da criança

Seção 3 - Materiais e equipamentos

Nosso objetivo ao final do estudo desta unidade é que você tenha aprimorado a sua prática, demonstrando as seguintes capacidades:

1. reconhecer um paciente vítima de trauma;

2. realizar o primeiro atendimento à vítima de trauma;

3. conhecer e manusear os dispositivos e equipamentos a serem usados em vítimas de trauma.

Seção 1

Atendimento inicial

O grau de urgência é diretamente proporcional à gravidade, à quantidade de recursos necessários para atender ao caso e à pressão social presente na cena do atendimento e inversamente proporcional ao tempo necessário para iniciar o tratamento. Para essa avaliação, há uma fórmula:

U = grau de urgência
G = gravidade do caso
A = atenção – recursos necessários para o tratamento
T = tempo para iniciar o tratamento
V = valor social que envolve o caso

$$U = \frac{GxAxV}{T}$$

Fonte: MARTINEZ-ALMOYNA; NITSCHKE, 2008.

Para o atendimento pré-hospitalar, há três premissas básicas, que são: segurança, situação e cena.

Na segurança, devem-se avaliar todas as ameaças potenciais à segurança do paciente, dos transeuntes e da equipe que presta atendimento.

Na situação, devem-se avaliar o mecanismo de trauma, o número de vítimas, a necessidade de apoio de outras equipes ou apoio especial, como transporte rodoviário e/ou aéreo.

Na cena, devem-se avaliar o mecanismo de trauma e o número de pessoas envolvidas, em relação à necessidade de recursos e gravidade desses.

Exame primário

Para melhor avaliação e tratamento do paciente vítima de trauma, deverá ser usado o método mnemônico do ABCDE:

- **A** (*Airway*) – via aérea com imobilização cervical
- **B** (*Breathing*) – respiração e ventilação
- **C** (*Circulation*) – circulação e controle de hemorragias
- **D** (*Diability*) – incapacidade / estado neurológico
- **E** (*Exposure*) – exposição/controle ambiental: despir completamente o paciente, mas prevenir a hipotermia

Via aérea e proteção da coluna cervical

As lesões que obstruem as vias aéreas provocam morte mais rapidamente se comparadas às outras, pois impossibilitam que o oxigênio do meio externo alcance os alvéolos pulmonares. Toda vítima de trauma deve receber oxigênio suplementar.

Todas as manobras para estabelecer a perviedade das vias aéreas devem ser aplicadas com a proteção da coluna cervical, sobretudo, evitando-se sua rotação.

Aproximadamente 25% das vítimas com traumatismos raquimedulares têm suas lesões agravadas ou provocadas depois do evento inicial. O uso de dispositivos apropriados de imobilização (colar cervical (Figura 18) ou, na sua ausência, o alinhamento e imobilização manuais da cabeça e pescoço garantem essa proteção.

A maneira mais simples de determinar a perviedade da via aérea é pedir ao paciente que fale. A voz clara, sem ruídos é sinal de via aérea pérvia, naquele momento, devendo ser reavaliada sistematicamente.

A primeira medida recomendada para facilitar a perviedade da via aérea é a manobra de levantamento de queixo ou de anteriorização da mandíbula, com os cuidados para proteção da coluna cervical (Figura 18). A via aérea deve ser aspirada, corpos estranhos retirados e oferecido oxigênio suplementar a 12 L/min através de máscara facial com reservatório. Caso essas manobras não sejam suficientes, o posicionamento de cânula orofaríngea pode ser útil no paciente inconsciente.

É importante monitorar a saturação de oxigênio com oxímetro de pulso e manter essa saturação acima de 90% em ar ambiente; e acima de 95% com oxigênio suplementar.

Figura 18 - Sequência de imagens para proteção da coluna e colocação de colar cervical

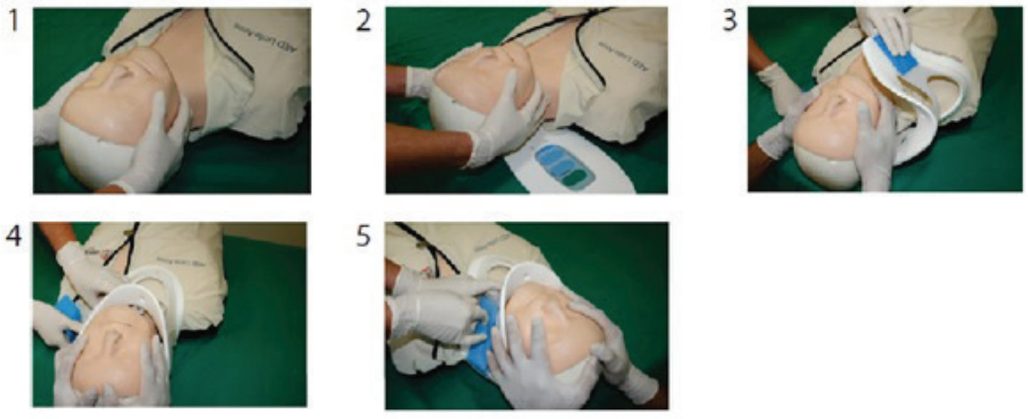


Foto 1. Fixação da coluna cervical.
Foto 2. Abertura da via aérea com a manobra de elevação do ângulo da mandíbula.
Fotos 3 e 4. Inserção do colar cervical.
Foto 5. Fixação do colar cervical.

Fonte: Arquivo das autoras, 2018.

Respiração e ventilação

A segunda prioridade na avaliação do paciente politraumatizado é o tratamento das lesões torácicas que prejudicam a respiração. A hipóxia causa morte mais rapidamente do que hipovolemia e hipotensão. Via aérea pérvia não significa ventilação adequada. Os pulmões, caixa torácica e diafragma necessitam ser rapidamente examinados por inspeção, palpação, percussão e ausculta, à procura de alterações que sugerem lesões.

Sinais de alerta de esforço respiratório:

- Movimento da cabeça a cada respiração
- Respiração difícil, estridor ou ronco
- Batimento de asas do nariz
- Tiragem de fúrcula, supraclavicular, subcostal e intercostal
- Uso de músculos acessórios do pescoço e da parede abdominal
- Distensão abdominal na retração torácica (efeito de balanço entre tórax e abdome)

As lesões como pneumotórax hipertensivo, pneumotórax aberto, hemotórax maciço e o tórax instável com contusão pulmonar comprometem a respiração e devem ser abordadas no exame primário.

O oxigênio pode ser ofertado por meio de unidade ventilatória autoinflável com reservatório.

Circulação com controle de hemorragia

Na maioria dos casos, o distúrbio hemodinâmico nas vítimas de trauma é provocado por choque hemorrágico, consequente à diminuição da volemia. As manifestações clínicas que rapidamente oferecem informações importantes da volemia do paciente são:

a) **nível de consciência** – quando baixo, é porque a hipovolemia prejudica a perfusão cerebral;

b) **cor e temperatura da pele e enchimento capilar** - pele pálida e pegajosa é evidência de hipovolemia. reperfusão capilar igual ou superior a três segundos indica má perfusão tecidual;

c) **pulso** – o pulso deve ser examinado bilateralmente para que possa avaliar a qualidade, frequência e regularidade. se os pulsos periféricos estiverem rápidos e filiformes, é habitualmente significado de hipovolemia. se irregular, costuma ser alerta de potencial disfunção cardíaca. a taquicardia é sinal precoce de hipovolemia. a ausência de pulso central, não relacionada a fatores locais, significa necessidade de ação imediata de reanimação.

PARA LEMBRAR:

Em vítima de trauma, a hipotensão é sinal tardio de perda volêmica e indicador de perfusão periférica ruim.

A abordagem do paciente com hemorragia visa a estancar o sangramento e repor volume, conforme orientação seguinte:

a) Sangramentos – todo sangramento necessita ser rapidamente estancado. Se for externo, faz-se a compressão sobre o ferimento, no momento do exame primário. As causas mais comuns de perdas ocultas de sangue são: hemorragias no tórax, abdome, espaço retroperitoneal secundário à fratura pélvica e partes moles ao redor de fraturas de ossos longos.

b) Reposição de volume – devem ser puncionadas duas veias periféricas nos membros superiores com cateteres calibrosos (16F ou 14F). Na impossibilidade do acesso periférico, dissecam-se veias periféricas ou punciona-se veia central. Ao puncionar o acesso venoso, colhe-se amostra de sangue para tipagem. A forma mais rápida, eficaz e segura para repor a volemia é a infusão de cristaloides, ringer lactato ou cloreto de sódio a 0,9%. O cristaloide deve ser infundido cautelosamente em bólus.

No trauma, o choque pode ser classificado como I, II, III e IV (Quadro 24); e essa classificação pode ser feita com base em dados obtidos dos sinais vitais como frequência cardíaca, pressão arterial sistólica, pressão de pulso, diurese e estado mental. A identificação da classe desse choque é de fundamental importância para a tomada de decisão no tratamento.

Quadro 24 - Classificação do choque hemorrágico no trauma

Classe	Volume de sangue perdido	Frequência cardíaca (bpm)	Pressão arterial sistêmica (mmHg)	Frequência respiratória (respiração/ min)
Classe I	menos que 750	Normal ou pouco aumentado	Normal	Normal
Classe II	750 a 1.500	mais que 100	Normal	20-30
Classe III	1.500 a 2.000	mais que 120	Diminuída	30-40
Classe IV	mais que 2.000	mais que 140	Muito diminuída	mais que 35

Fonte: Modificado de NATIONAL ASSOCIATION OF EMERGENCY MEDICAL

Estado neurológico

A avaliação neurológica basal é obtida pela determinação do nível de consciência do paciente, empregando-se a avaliação neurológica rápida (AVDN) ou a escala de coma de Glasgow (Quadro 25). O nível de consciência é o fator mais importante na avaliação inicial do sistema nervoso central. Sempre lembrar que, além do traumatismo crânio-encefálico, o nível de consciência pode estar alterado devido à hipoxemia ou hipoperfusão cerebral. A hipoglicemia, narcóticos, drogas e álcool também podem ser responsáveis por alterações no nível de consciência.

Avaliação neurológica rápida (AVDN)

- A – Alerta
- V – Resposta ao estímulo verbal
- D – Responde à dor
- N – Não responde a qualquer estímulo

Quadro 25 - Escala de coma de Glasgow

Variáveis	Escore	
Abertura ocular	Espontânea	4
	À voz (ordem verbal)	3
	À dor (estímulo doloroso)	2
	Nenhuma	1
Resposta verbal	Coerente e orientado	5
	Confuso	4
	Inapropriada	3
	Incompreensível Sons incompreensíveis	2
	Nenhuma	1
Resposta motora	Cumpre ordens	6
	Localiza dor	5
	Flexão anormal (movimento de retirada)	4
	Flexão (decorticação)	3
	Extensão anormal (descerebração)	2
	Nenhuma	1

Fonte: AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS COMMITTEE ON TRAUMA, 2014.

Exposição e controle da hipotermia

É prioridade iniciar as medidas de reaquecimento mediante o aquecimento das soluções de cristaloides, uso de cobertores aquecidos ou dispositivos de aquecimento.

O mais importante nessa fase é garantir a temperatura corpórea do paciente, mantendo-o normotérmico.

Exame secundário

Uma vez concluídos o exame primário, a identificação e o tratamento das condições que representam risco de morte, inicia-se o exame secundário, que deve ser pormenorizado, incluindo história clínica e exame físico completo, além da reavaliação de todos os sinais vitais.

Todo paciente vítima de trauma deve ser totalmente despido, com vista à completa avaliação. É necessário examinar todo o corpo do paciente traumatizado e proceder a reavaliações frequentes. O objetivo é assegurar-se de que não há fatos novos, além de detectar o agravamento de anormalidades já conhecidas.

Além das escalas já vistas anteriormente para auxílio na avaliação do paciente vítima de trauma, temos ainda outras, como Escala de Gravidade da Lesão (ISS), Escala Politrauma (PTS), CRAMS (*circulation, respiration, abdomem, motor evaluation, speech*), Escala de Trauma Revisada (*Revised Trauma Score* - RTS).

Entre essas, a mais usada é a RTS, que se mostra como uma boa ferramenta para avaliar a gravidade do caso do paciente, em que valores mais baixos indicam mais gravidade (Quadro 26).

Quadro 26 - Escala de trauma revisado

Variáveis	Escore	
Frequência respiratória (irpm)	10 a 29	4
	mais que 29	3
	6 a 9	2
	1 a 5	1
	0	0
Pressão arterial sistólica (mmHg)	mais que 90	4
	76 a 89	3
	50 a 75	2
	1 a 49	1
	0	0
Escala de Coma de Glasgow	13 a 15	4
	9 a 12	3
	6 a 8	2
	4 a 5	1
	3	0

Fonte: AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS COMMITTEE ON TRAUMA, 2014.

Devemos nos atentar, ainda, para os exames de rotina a serem realizados em todos os pacientes politraumatizados: hematócrito, hemoglobina, grupo sanguíneo e fator Rh, amilase, radiografia de tórax em posição anteroposterior, radiografia de pelve em posição anteroposterior, radiografia de coluna cervical, eletrocardiograma, B-hCG na mulher em idade fértil, ultrassom de abdome total (*Focused Assessment with Sonography for Trauma* - FAST: método rápido com ultrassom abdominal para detecção de hemorragia em paciente com trauma).

Particularidades na criança

As causas mais comuns de trauma nas crianças, por ordem de frequência, são as quedas, os atropelamentos e acidentes automobilísticos.

A incidência de trauma fechado é maior, assim como o potencial de lesões multissistêmicas.

Em geral, a evidência de lesão na superfície corporal é mínima, mas deve-se sempre considerar a possibilidade de lesão grave de órgãos internos.

Algumas características das crianças, como tamanho, pouca quantidade de gordura corporal, mais elasticidade do tecido conjuntivo e mais proximidade entre os diferentes órgãos proporcionam mais absorção de energia do trauma por unidade de superfície corpórea, o que favorece a lesão de vários órgãos.

O esqueleto, por ser incompletamente calcificado e mais elástico, em geral não sofre fraturas, a despeito das lesões internas graves.

É comum a contusão pulmonar sem fraturas de costelas. O maior volume da cabeça da criança determina mais frequência de traumatismo crânio-encefálico.

A relação entre área de superfície corpórea e volume corpóreo propicia mais perda de calor por superfície, o que contribui para o surgimento de hipotermia e coagulopatia.

O efeito do trauma no crescimento e desenvolvimento subsequente pode ocasionar sequelas definitivas. Quando a criança é atendida de forma inadequada, isso interfere não apenas na sobrevida, mas na sua qualidade de vida por muitos anos.

> Toda criança traumatizada deve ser transportada imediatamente para o hospital de referência para tratamento apropriado.

A existência de occipício maior dificulta o posicionamento da cabeça. Deve ser usado coxim ou cobertor de 2 a 3 cm de espessura sob o tronco da criança, para diminuir a flexão aguda do pescoço, o que contribui para manter as vias aéreas pérvias e mobilização cervical. A estabilização manual da coluna cervical é feita durante o controle das vias aéreas e mantida até que a criança esteja imobilizada em prancha longa, com o uso de coxins para preenchimento dos espaços.

Os elementos clínicos oferecem informações hemodinâmicas importantes em poucos segundos: nível de consciência, cor e temperatura da pele e enchimento capilar. Alguns sinais contribuem para a avaliação hemodinâmica: a presença e características do pulso, a pressão arterial e a frequência e característica da ausculta cardíaca (som e ritmo).

A criança tem particularidades na avaliação e tratamento da circulação:

- pode haver compensação inicial satisfatória da hemorragia pelo aumento da resistência vascular sistêmica, em detrimento da perfusão periférica, até a perda de 30% do seu volume sanguíneo, seguida de descompensação rápida;
- a maioria das lesões na faixa etária pediátrica não causa exsanguinação imediata;
- na criança grave, se houver insucesso em duas tentativas de acesso venoso periférico, deve ser considerado o acesso intraósseo;
- a reposição volêmica se faz com infusão de 20 ml/kg de solução fisiológica (cloreto de sódio a 0,9%) ou ringer lactato em bólus, de preferência aquecidos. se o sangramento for mínimo e os sinais vitais normais, aplicar no máximo um a dois bólus de volume;
- a criança que necessitar de mais de um bólus da solução cristaloide pode estar piorando;
- depois da administração de dois bólus de 20 ml/kg, se a criança mantiver sinais de má perfusão tecidual, avaliar a necessidade de infundir concentrado de hemácias (10 ml/kg).

Uma criança pode apresentar estado de consciência profundamente deprimido e ter recuperação excelente se não ocorrer hipóxia cerebral.

Na avaliação neurológica basal, devem-se incluir: escala de coma de Glasgow, reação pupilar, resposta sensitiva e motora. O escore de coma de Glasgow para a avaliação verbal dever ser modificado para crianças (Quadro 27). O nível de consciência é o fator mais importante na avaliação inicial do sistema nervoso central.

Quadro 27 - Escala de coma de Glasgow modificada para lactentes e crianças

Situação	Criança	Lactente	Pontuação
Abertura dos olhos	Espontânea	Espontânea	4
	À fala	À fala	3
	À dor	À dor	2
	Nenhuma	Nenhuma	1
Melhor resposta verbal	Orientado, adequado	Balbucia e sussurra	5
	Confuso	Sorriso social; fixa e segue	4
	Palavras inapropriadas	Irritável, choro consolável	3
	Palavras incompreensíveis ou sons inespecíficos	Chora em resposta à dor Gemidos em resposta à dor	2
	Nenhuma	Nenhuma	1
Melhor resposta motora	Obedece a comandos	Move-se espontânea e intencionalmente	6
	Localiza estímulo doloroso	Movimento de retirada em resposta ao toque	5
	Movimento de retirada em resposta à dor	Movimento de retirada em resposta à dor	4
	Flexão em resposta à dor	Postura de corticada (flexão anormal) em resposta à dor	3
	Extensão em resposta à dor	Postura descerebrada (extensão anormal) em resposta à dor	2
	Nenhuma	Nenhuma	1

Pontuação para traumatismo cranioencefálico: grave: 3 a 8; moderado: 9 a 12; leve: 13 a 15

Fonte: GIUGNO et al. 2003. AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS COMMITTEE ON TRAUMA, 2014.

Assim como no adulto, a Escala de Trauma Revisada (RTS) é empregada, porém com as devidas adequações (Quadro 28).

Quadro 28 - Escala de trauma revisado pediátrico

Variável	Escore		
	+2	+1	-1
Peso (kg)	mais que 20	10 a 20	menos que 10
Vias aéreas	Normal	Via aérea nasal ou oral	Intubação ou traqueostomia
Pressão arterial	mais que 90	50 a 90	menos que 50
Nível de consciência	Completamente desperto	Obnubilado ou qualquer perda de consciência	Comatoso
Lesões abertas	Nenhuma	Menor	Maior ou penetrante
Fraturas	Nenhuma	Menor	Múltiplas ou penetrantes

Fonte: AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS COMMITTEE ON TRAUMA, 2014.

Seção 2

Queimaduras

Assim como os outros traumas já vistos nesta unidade, no atendimento dos pacientes com queimaduras, o profissional deverá observar os princípios básicos da reanimação inicial no trauma e a aplicação, em tempo apropriado, de medidas que visem a minimizar a morbidade e a mortalidade (Quadro 29).

Devem ser observados comprometimento da via aérea por inalação de fumaça e a infusão de líquidos (volume) para a manutenção e reanimação hemodinâmica. O profissional deverá estar atento, também, para medidas que buscam evitar e tratar potenciais complicações dessas lesões.

Quadro 29 - Medidas imediatas para salvar a vida do paciente queimado

A – Via aérea

- Os sinais de obstrução de via aérea podem não ser óbvios no atendimento inicial, mas a equipe que atende deve estar atenta aos riscos.
- Os indicadores de lesão por inalação são: queimaduras de face e/ou da região cervical, chamuscamento dos cílios e vibrissas nasais, escarro carbonado/preto, rouquidão, inflamações agudas na orofaringe, história de confusão mental e/ou confinamento no local do incêndio, história de explosão com queimaduras de cabeça e tronco. A constatação de qualquer um desses achados sugere lesão inalatória aguda.
- O tratamento deve ser oxigênio umedecido. Sempre que se encontrar lesão por inalação, estará indicada a transferência do paciente para uma unidade de tratamento de queimados. E estridor indica intubação imediata.

B – Interrupção do processo de queimadura

- Toda a roupa do paciente deve ser removida para interromper o processo de queimadura. Pós-químicos (secos) devem ser removidos delicadamente para evitar contato direto do paciente e do profissional com a substância química.
- As lesões químicas podem ser causadas por ácidos, álcalis ou derivados do petróleo e penetram mais rapidamente. Assim, esses produtos devem ser removidos o mais precocemente possível.
- A superfície corporal deve ser lavada/enxaguada com água corrente e, após esse procedimento, ser coberta com lençóis quentes, limpos e secos para evitar a hipotermia.

C – Acesso venoso

- Qualquer paciente com queimadura em mais de 20% da superfície corporal necessita de reposição de volume. A reposição do volume deve ser feita com cateter de grosso calibre e, preferencialmente, o local de punção deve ser fora da área queimada.
- A solução usada, preferencialmente, deve ser ringer lactato. O volume de reanimação é de 4 mL/kg e avalia-se frequentemente a resposta do paciente, que deve ter débito urinário de 1 mL/kg. No caso de crianças que pesam 30 kg ou menos, devem ser acrescentadas a esse volume soluções de glicose, que devem ser calculadas de acordo com o peso.
- A monitorização com ECG também é de fundamental importância para identificar distúrbios do ritmo cardíaco.

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2018.

AVALIAÇÃO DO PACIENTE QUEIMADO

História

A história da circunstância em que aconteceu o trauma é valiosa, pois a vítima pode ter várias outras lesões, além da queimadura. Os eventos em ambientes fechados podem inferir queimaduras de vias aéreas. Explosão, com arremesso de paciente, sugere lesões abdominais, cranianas e ortopédicas, entre outras.

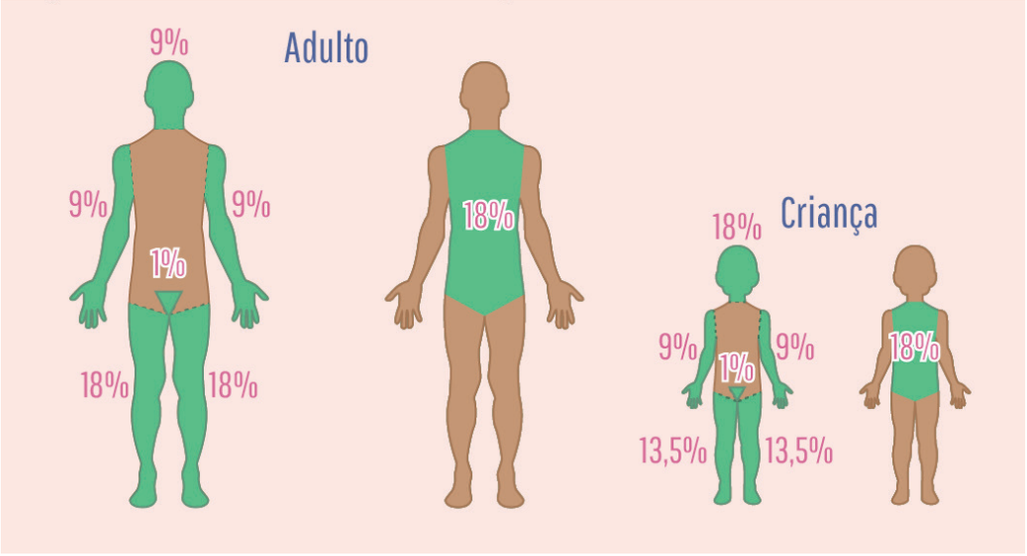
PARA LEMBRAR

Deve ser investigado o estado vacinal contra tétano.

Área da superfície corporal queimada

A regra dos nove determina a extensão queimada (Figura 19). Para os adultos, o corpo é dividido em regiões anatômicas que representam 9% ou múltiplos de 9% da superfície corporal. No caso da criança, a cabeça corresponde à porcentagem mais alta e os membros à porcentagem mais baixa.

Figura 19 - Avaliação de extensão de área queimada: regra dos nove



Fonte: Elaborado pelas autoras, 2018.

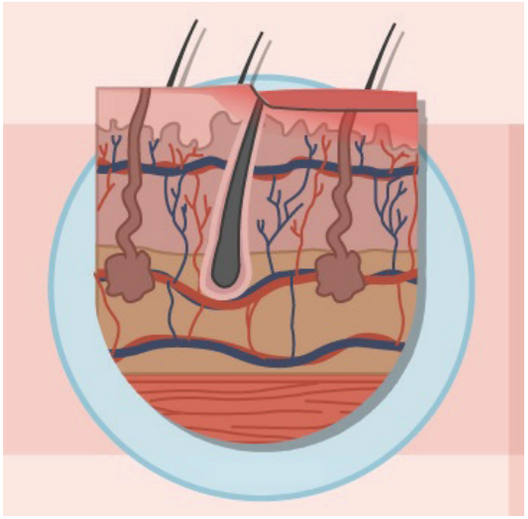
PARA LEMBRAR

A palma da mão do paciente, incluindo os dedos, representa 1% de sua superfície corpórea.

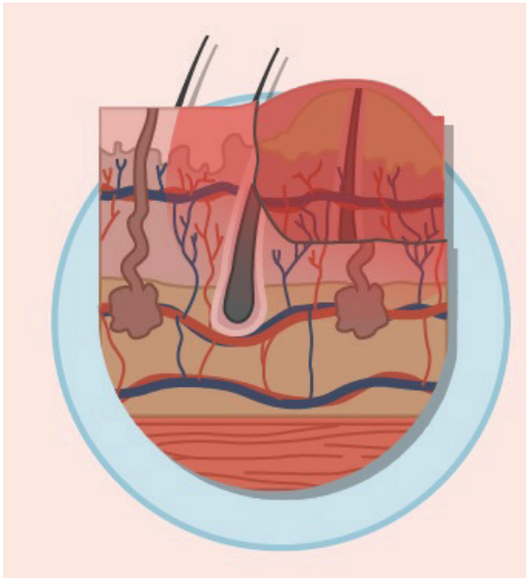
Profundidade da queimadura

A profundidade da queimadura é importante para avaliar sua gravidade, planejar o tratamento da ferida e prever os medicamentos e cosméticos funcionais (Figura 20).

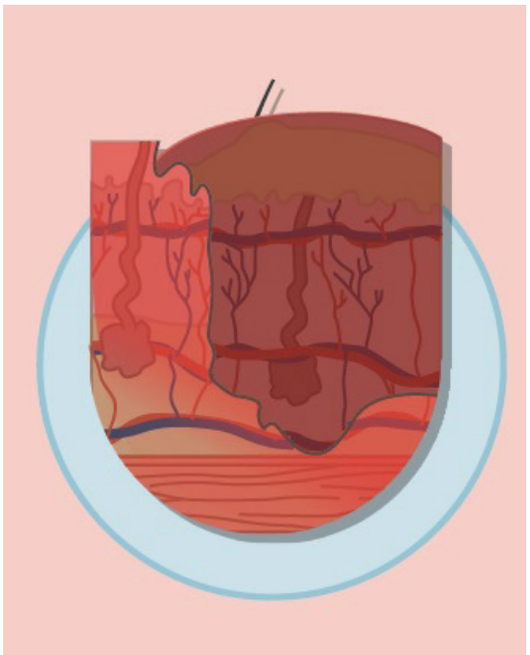
Figura 20 – Queimaduras: pronfundidade



• **Queimadura de primeiro grau:** não determina risco de morte. As queimaduras solares são um exemplo.
É caracterizada por **eritema e dor**.



• **Queimadura de segundo grau:** é mais profunda que as queimaduras de primeiro grau e também chamada de queimadura de espessura parcial. É resultado de contato com líquidos quentes ou chamas decorrentes de explosões.
Sinais e sintomas das queimaduras de segundo grau são: **aparência avermelhada ou mosqueada, bolhas e lesões da epiderme, edema importante, superfície úmida ou lacrimejante, dolorosa e sensível ao ar.**



• **Queimadura de terceiro grau ou de espessura total:** pode ser causada por fogo, exposição prolongada a líquidos quentes, contatos com objetos quentes ou por eletricidade. As queimaduras de terceiro grau causam lesões em todas as camadas da pele, nas terminações nervosas e até em tecidos subcutâneos.
Sinais e sintomas das queimaduras de terceiro grau são: **aparência pálida, branca, tostada ou de couro; pele mosqueada ou vermelha; pele rota e com exposição de gordura tecidual; superfície seca; indolor e insensível; edema.**

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2018.

Seção 3

Materiais e equipamentos

Para melhor atendimento ao paciente em situação de urgência, é ideal que a Unidade de Atenção Básica tenha área física adequada e específica para observação por até oito horas. É importante também que tenha medicamentos (Quadro 30), equipamentos e insumos adequados para essas situações.

Medicamentos

Quadro 30 – Medicamentos para urgência na Unidade de Atenção Básica

AAS	Comprimido de 100 e 500mg
Água destilada	Solução injetável, ampola de 5mL, 10mL
Aminofilina	Solução injetável, ampola de 10mL, 24mg/mL
Amiodarona	Comprimidos de 200 mg; ampola de 3mL, 50mg/mL
Atropina	Solução injetável, ampola de 1mL, 0,25mg/mL; 0,5mg/mL
Brometo de ipratrópio	Aerossol 0,02mg/dose, frasco com20mL), solução para inalação 0,25mg/mL, frasco com 20 e 50mL, 20 gotas = 1mL.)
Deslanosídeo	Solução injetável, ampola de 2mL, 0,2mg/mL
Dexametasona	Frasco-ampola com 2,5mL, 4 mg/mL
Diazepam	Solução injetável, ampola de 2mL, 5mg/mL
Diclofenaco de sódio	Solução injetável, ampola de 3mL, 25mg/mL
Dipirona	Solução injetável ampola de 2mL, 500 mg/mL
Epinefrina	Ampola de 1mL, 1mg/mL)
Escopolamina (hioscina)	(Hioscina) solução injetável, ampola de 1mL, 20mg/mL
Fenitoína (difenil-hidantoína)	Solução injetável, ampola de 5mL com 50mg/mL
Fenobarbital	Solução injetável, ampola de 2mL, 100mg/mL
Furoseminda	Solução injetável, ampola de 2mL, 10 mg/mL
Haloperidol	Solução injetável, ampola de 1mL, 50mg/mL)
Hidrocortisona	Pó para solução injetável, frasco-ampola, 100 e 500 mg)
Isossorbida (dinitrato)	Comprimido sublingual de 5mg
Lidocaína	Solução injetável frasco-ampola de 20 mL 1%, 10 mg/mL, 2% 20 mg/mL)
Solução isotônica de glicose	Solução injetável 50mg/mL, 5%), bolsa plástica 250 mL, 500 mL e 1000 mL
Solução de glicose hipertônica	100 mg/mL, 10%), bolsa plástica de 250 mL, 500 mL e 1000 mL
Solução de glicose hipertônica	250 mg/mL, 25%) ampola plástica de 10 e 20 mL
Solução de glicose hipertônica	500 mg/mL,50%) ampola plástica de 10 e 20 mL
Solução salina fisiológica	Solução de cloreto de sódio a 0,9%) ampola plástica de 10mL, 20mL, bolsa plástica 50mL, 100mL, 250mL, 500mL, 1000mL
Ringer + lactato	Lactato de sódio 3 mg/mL + cloreto de sódio 6 mg/mL + cloreto de potássio 0,3 mg/mL + cloreto de cálcio 0,2 mg/mL) bolsa plástica de 500 mL e 1000 mL

Fonte: Modificado de BRASIL, 2002; BRASIL, 2015.

Equipamentos

Desfibrilador automático externo (DAE)
Oxímetro digital
Aspirador portátil ou fixo
Material para imobilização (colar cervical adulto e infantil, talas moldáveis e prancha longa com tirantes e protetor lateral de cabeça),
Cânula orofaríngea
Máscara nasofaríngea
Unidade ventilatória com reservatório

Insumos

Sonda de aspiração
Oxigênio
Material para punção venosa
Material para curativo
Material para pequenas suturas

Conclusão da unidade 4

O atendimento inicial ao paciente politraumatizado ou vítima de trauma deve seguir o método mnemônico do ABCDE.

No atendimento ao trauma usando o ABCDE:

A (*Airway*) – via aérea com imobilização cervical
B (*Breathing*) – respiração e ventilação
C (*Circulation*) – circulação e controle de hemorragias
D (*Diability*) – incapacidade/ estado neurológico
E (*Exposure*) – exposição/controle ambiental: despir completamente o paciente, mas prevenir a hipotermia.

Só se passa para a fase seguinte após se ter resolvido a fase em que se está avaliando e tratando.

Deve-se retornar sempre ao A (abertura de via aérea e colocação de colar cervical) toda vez em que o paciente apresentar alguma piora, isso é, devem-se fazer reavaliações sempre que necessário.

Conclusão do módulo

O atendimento adequado às urgências e emergências depende de vários fatores: infraestrutura local, sistema de central de regulação dos casos e da capacitação de recursos humanos.

A atenção às urgências deve fluir em todos os níveis do Sistema Único de Saúde – SUS, organizando a assistência desde as Unidades Básicas de Saúde, equipes de Saúde da Família até os cuidados pós-hospitalares na convalescença, recuperação e reabilitação.

O **SAMU 192**, com suas unidades de suporte avançado e de suporte básico de vida, foi implantado para responder às necessidades da população, oferecendo a melhor resposta de pedido de auxílio, por meio de Centrais de Regulação Médica. O médico regulador deverá analisar as solicitações e apoiar os colegas na melhor condução dos casos.

O papel dos profissionais que atuam na Atenção Básica à Saúde é fundamental na prevenção, que começa na percepção dos problemas detectados na sua área de abrangência. É necessário verificar os riscos existentes, por exemplo, calçadas que podem causar quedas em idosos, áreas de tráfego intenso sem local adequado para travessia, animais peçonhentos e materiais cáusticos ao alcance de crianças. A equipe de Saúde de Família deve atuar na detecção dos casos crônicos que podem se tornar agudos, orientando os pacientes ao melhor controle da doença.

É necessário envolver a comunidade para que ela participe efetivamente das ações para a promoção da saúde, buscando a solidariedade para auxiliar nos atendimentos de casos agudos. A maioria dos episódios de morte súbita ocorre em ambientes não hospitalares, necessitando de adequadas estratégias de intervenção em tempo hábil. Os cuidados na prevenção e no tratamento das doenças que provocam episódios de morte súbita permitem a diminuição de sua incidência.

É necessário garantir a universalidade, equidade, a qualidade e a integralidade no atendimento às urgências e às emergências, relacionadas às causas externas (traumatismos não intencionais, violências e suicídios).

A qualificação da assistência e a promoção da capacitação continuada das equipes de saúde do Sistema Único de Saúde na atenção às urgências e às emergências devem seguir os princípios da integralidade e humanização.

Os gestores devem buscar um enfoque estratégico promocional, abarcando toda a gestão e atenção pré-hospitalar fixa e móvel, hospitalar e pós-hospitalar, envolvendo os profissionais de nível superior e os de nível técnico.

A atenção às urgências e às emergências deve ser implementada com base em uma estratégia de “Promoção da Qualidade de Vida” como forma de enfrentamento das causas das urgências. Deve valorizar a prevenção dos agravos e a proteção da vida, gerando mudança de perspectiva assistencial – da visão centrada nas consequências dos agravos que geram as urgências e as emergências para a visão integral.

É fundamental que a Atenção Primária e o Programa Saúde da Família se responsabilizem pelo acolhimento dos pacientes com quadros agudos ou crônicos agudizados de sua área de cobertura ou adstrição de clientela, cuja complexidade seja compatível com esse nível de assistência. O paciente acolhido, por exemplo, com crise hipertensiva, terá mais chance de controle da pressão arterial caso os profissionais que o acolherem já tiverem conhecimento prévio do caso e se tiverem oportunidade de fazer o seguimento posterior, evitando as complicações da doença.

A capacitação dos profissionais e a adequação do espaço físico e de recursos materiais nas Unidades Básicas de Saúde são fundamentais para a atenção aos casos agudizados.

Este módulo teve como objetivo principal motivar os profissionais de saúde da Atenção Básica a pensar nas urgências e nas emergências, buscando atualizações diante das bases conceituais apresentadas. A partir de agora, é necessário promover discussões e preparar a equipe em que você estiver inserido(a) para prestar o primeiro atendimento de forma adequada aos pacientes gravemente enfermos.