

Urgência e Emergência

Manual Essencial de Atendimento Pré-Hospitalar (APH)

Módulo 1: Introdução ao APH

O Atendimento Pré-Hospitalar (APH) consiste na assistência prestada à vítima de trauma ou mal súbito fora do ambiente hospitalar. O principal objetivo do APH é estabilizar o paciente, evitar o agravamento de lesões e garantir um transporte seguro até a unidade de saúde adequada.

Urgência

Situação clínica ou cirúrgica sem risco de morte iminente, mas que requer assistência médica rápida para evitar complicações ou sofrimento grave. **Exemplo:** Fratura fechada sem sangramento, cólica renal intensa.

Emergência

Condição crítica que implica **risco iminente de morte** ou perda de função de um órgão, exigindo intervenção médica imediata. **Exemplo:** Parada cardiorrespiratória (PCR), hemorragia exsanguinante, infarto agudo do miocárdio.

A Cadeia de Sobrevivência

A eficácia do APH depende da integração rápida de elos que garantam o cuidado desde o incidente até o hospital:

- **Reconhecimento e Acionamento:** Identificar a emergência e ligar para o serviço médico (SAMU 192 ou Bombeiros 193).
- **Suporte Básico de Vida (SBV):** RCP imediata e controle de sangramentos por testemunhas ou socorristas.
- **Desfibrilação Rápida:** Uso do DEA (Desfibrilador Externo Automático) o mais rápido possível.
- **Suporte Avançado e Transporte:** Intervenção de profissionais de saúde qualificados e transporte.
- **Cuidados Pós-Ressuscitação:** Cuidados definitivos na unidade hospitalar.

Segurança da Cena: O Primeiro Passo

O socorrista **nunca** deve se tornar uma vítima. Antes de qualquer abordagem, deve-se avaliar o local buscando riscos potenciais (fogo, produtos químicos, trânsito ativo, fios elétricos caídos, agressores armados).

A Regra de Ouro: A sua segurança em primeiro lugar, a da equipe em segundo, a dos curiosos em terceiro e, por fim, a segurança do paciente.

Módulo 2: Biossegurança e Avaliação Inicial

O uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) é inegociável no Atendimento Pré-Hospitalar. Sangue, secreções, vômito e outros fluidos corporais devem sempre ser tratados como potencialmente infectantes.

EPIs Essenciais no APH

- **Luvas de procedimento:** Nitrílicas ou látex. Devem ser trocadas entre pacientes.
- **Óculos de proteção:** Evitam respingos na mucosa ocular.
- **Máscara:** Cirúrgica ou N95/PFF2, dependendo do risco de aerossóis.
- **Avental / Macacão:** Proteção corporal contra fluidos.

Precauções Padrão

Higienização rigorosa das mãos antes e depois do contato com o paciente, descarte adequado de perfurocortantes (agulhas e bisturis não devem ser reencapados) em caixas apropriadas (Descarpack).

Cinemática do Trauma

Antes de tocar no paciente, o socorrista deve analisar a "Cinemática do Trauma" — o processo de analisar o acidente para determinar os danos prováveis. Avaliar a deformidade do veículo, altura de uma queda, ou tipo de arma utilizada fornece indícios cruciais sobre lesões internas ocultas.

Atenção: A Hora de Ouro (Golden Hour)

A taxa de sobrevivência do paciente politraumatizado é drasticamente maior se ele receber tratamento cirúrgico definitivo dentro da primeira hora após o acidente. O APH deve ser rápido, focado e objetivo.

A Abordagem Primária

A avaliação primária é a base do salvamento. Seu objetivo é identificar e tratar rapidamente as condições que ameaçam a vida nos primeiros minutos de atendimento. A sistematização mundialmente adotada para o trauma é o protocolo **XABCDE** (atualizado na 9ª edição do PHTLS).

Módulo 3: O Protocolo XABCDE (Parte 1)

A mnemônica XABCDE orienta a prioridade de atendimento no trauma. Nenhuma etapa pode ser avançada sem que a anterior tenha sido avaliada e, se necessário, corrigida.

X Exsanguinating Hemorrhage (Hemorragia Exsanguinante)

Sangramentos externos graves que podem levar o paciente a óbito em poucos minutos. Deve ser o primeiro passo antes mesmo de verificar a respiração.

- **Ações:** Compressão direta no local da ferida, uso de curativos compressivos.
- **Torniquete:** Indicado imediatamente para sangramentos massivos em extremidades (braços e pernas) que não cessam com compressão. Registrar o horário de aplicação.

A Airway (Vias Aéreas e Controle Cervical)

Garantir que o ar possa chegar aos pulmões enquanto a coluna cervical é protegida contra movimentos.

- **Ações:** Estabilização manual da cabeça, abertura das vias aéreas com manobras de elevação do queixo (*Chin lift*) ou tração da mandíbula (*Jaw thrust* - preferencial em trauma).
- **Correções:** Aspiração de secreções, remoção de corpos estranhos, uso de cânula orofaríngea (Guedel) em pacientes inconscientes. Aplicação do colar cervical rígido.

B Breathing (Respiração e Ventilação)

Avaliar se o paciente está respirando de forma adequada. Uma via aérea pérvia não garante uma ventilação eficaz se houver dano pulmonar ou torácico.

- **Avaliação:** Observar expansão torácica, frequência respiratória, esforço respiratório, ausculta e palpação do tórax.
- **Ações:** Fornecer oxigênio suplementar, ocluir ferimentos abertos no tórax (curativo de três pontas), assistência ventilatória com bolsa-válvula-máscara (Ambu) se necessário.

Módulo 3: O Protocolo XABCDE (Parte 2)

C Circulation (Circulação com Controle de Hemorragias)

Avaliar a perfusão tecidual e identificar hemorragias internas ou sangramentos externos menores (não exsanguinantes).

- **Avaliação:** Checar pulso (presença, frequência e amplitude), coloração da pele, temperatura, umidade e tempo de enchimento capilar (normal < 2 segundos).
- **Sinais de Choque:** Pele pálida, fria, sudorese, pulso rápido e fraco.
- **Ações:** Prevenção de choque hipovolêmico, acesso venoso (por suporte avançado).

D Disability (Disfunção Neurológica)

Avaliação rápida do estado neurológico para determinar lesão cerebral por trauma ou hipóxia.

- **Ações:** Avaliar as pupilas (isocóricas, anisocóricas, miose ou midríase) e aplicar a Escala de Coma de Glasgow (ECG).

Escala de Coma de Glasgow (Abertura Ocular, Resposta Verbal e Motora)

Abertura Ocular (1-4)

Espontânea (4), Ao estímulo sonoro (3), Ao estímulo de pressão (2), Ausente (1).

Resposta Verbal (1-5)

Orientada (5), Confusa (4), Palavras inapropriadas (3), Sons incompreensíveis (2), Ausente (1).

Resposta Motora (1-6)

Obedece a comandos (6), Localiza dor (5), Flexão normal (4), Flexão anormal/Decorticação (3), Extensão anormal/Descerebração (2), Ausente (1).

** Nota: A escala atualizada inclui a reatividade pupilar. Se ambas não reagem à luz, subtrai-se 2 pontos do total.*

E Exposure (Exposição e Controle de Ambiente)

Expor o paciente para encontrar lesões ocultas e prevenir a hipotermia.

- **Ações:** Cortar roupas se necessário. Após a inspeção, cobrir o paciente imediatamente com manta térmica (laminada) para evitar a perda de calor (hipotermia agrava sangramentos).

Módulo 4: Suporte Básico de Vida (SBV)

O SBV é o conjunto de medidas adotadas para manter a vida de um paciente em Parada Cardiorrespiratória (PCR) ou obstrução de vias aéreas, até a chegada do Suporte Avançado.

Identificação da PCR

A PCR é identificada quando a vítima não responde (inconsciente) e não respira normalmente (ou apresenta *gasping*/respiração agônica), com ausência de pulso central (carotídeo) palpado em até 10 segundos.

Sequência CAB para RCP (Adultos)

- **C (Compressions):** Iniciar imediatamente as compressões torácicas. Posicionar a base da mão no centro do peito (metade inferior do osso esterno).
- **A (Airway):** Abrir as vias aéreas inclinando a cabeça para trás e elevando o queixo (se não houver suspeita de trauma).
- **B (Breathing):** Realizar ventilações. (Apenas se o socorrista estiver treinado e com dispositivo de barreira; caso contrário, RCP apenas com as mãos).

Qualidade das Compressões (Diretrizes AHA)

Frequência e Profundidade

Mantenha um ritmo de **100 a 120 compressões por minuto**. A profundidade deve ser de **pelo menos 5 cm** (não ultrapassando 6 cm) no tórax de um adulto.

Retorno e Interrupções

Permita o retorno total do tórax após cada compressão. Minimize as interrupções nas compressões para menos de 10 segundos.

Relação Compressão-Ventilação

Para adultos, caso utilize ventilação com bolsa-válvula-máscara, a proporção é de **30 compressões para 2 ventilações (30:2)**. Se houver via aérea avançada instalada, realizar compressões contínuas e 1 ventilação a cada 6 segundos.

Uso do DEA (Desfibrilador Externo Automático)

O DEA é crucial para reverter ritmos chocáveis (Fibrilação Ventricular e Taquicardia Ventricular sem pulso). Passos de uso:

1. Ligue o aparelho.
2. Siga as instruções de voz.
3. Cole as pás no tórax nu do paciente (uma abaixo da clavícula direita, outra nas costelas inferiores esquerdas).
4. Afaste-se durante a análise de ritmo e durante o choque (se recomendado).

Módulo 5: Emergências Clínicas

Além do trauma, o APH lida rotineiramente com emergências médicas. O reconhecimento rápido dos sinais permite um encaminhamento adequado e salva vidas.

Condição	Sinais e Sintomas	Conduta Pré-Hospitalar
Infarto Agudo do Miocárdio (IAM)	Dor no peito (opressiva/queimação) que pode irradiar para braço esquerdo, mandíbula ou costas. Sudorese fria, náusea, falta de ar e palidez.	Repouso absoluto (paciente não deve fazer esforço). Monitorar sinais vitais. Ofertar O2 se saturação < 90%. Transporte rápido para hospital com hemodinâmica.
Acidente Vascular Cerebral (AVC)	Fraqueza de um lado do corpo (hemiparesia), paralisia facial, dificuldade na fala (disartria ou afasia), confusão mental, tontura súbita.	Aplicar a <i>Escala de Cincinnati</i> (Sorriso, Abraço, Mensagem). Registrar o horário de início dos sintomas (janela de trombólise). Não dar líquidos/alimentos. Transporte imediato.
Crise Convulsiva	Perda de consciência, contrações musculares rítmicas (tônico-clônicas), sialorreia (espuma pela boca), relaxamento esfíncteriano.	Proteger a cabeça do paciente contra traumas. Afastar objetos perigosos. Não tentar desenrolar a língua ou colocar objetos na boca. Lateralizar após a crise.
Síncope (Desmaio)	Perda súbita e transitória da consciência e tônus postural, seguida de recuperação rápida e espontânea.	Deitar o paciente de barriga para cima, elevar as pernas (posição de Trendelenburg). Afrouxar roupas. Investigar causas (hipoglicemia, arritmia, calor).

A Escala Pré-Hospitalar de AVC de Cincinnati

Utilizada para identificar rapidamente a possibilidade de um AVC. Se 1 dos 3 testes for anormal, a probabilidade de AVC é de 72%.

- **Assimetria Facial (Sorriso):** Peça para o paciente sorrir. Observe se um lado do rosto cai.
- **Queda do Braço (Abraço):** Peça para levantar ambos os braços a 90 graus com os olhos fechados por 10 segundos. Observe se um braço cai em relação ao outro.
- **Fala Anormal (Mensagem):** Peça para repetir uma frase simples ("O céu é azul"). Observe se há dificuldade em articular as palavras ou se erra as palavras.