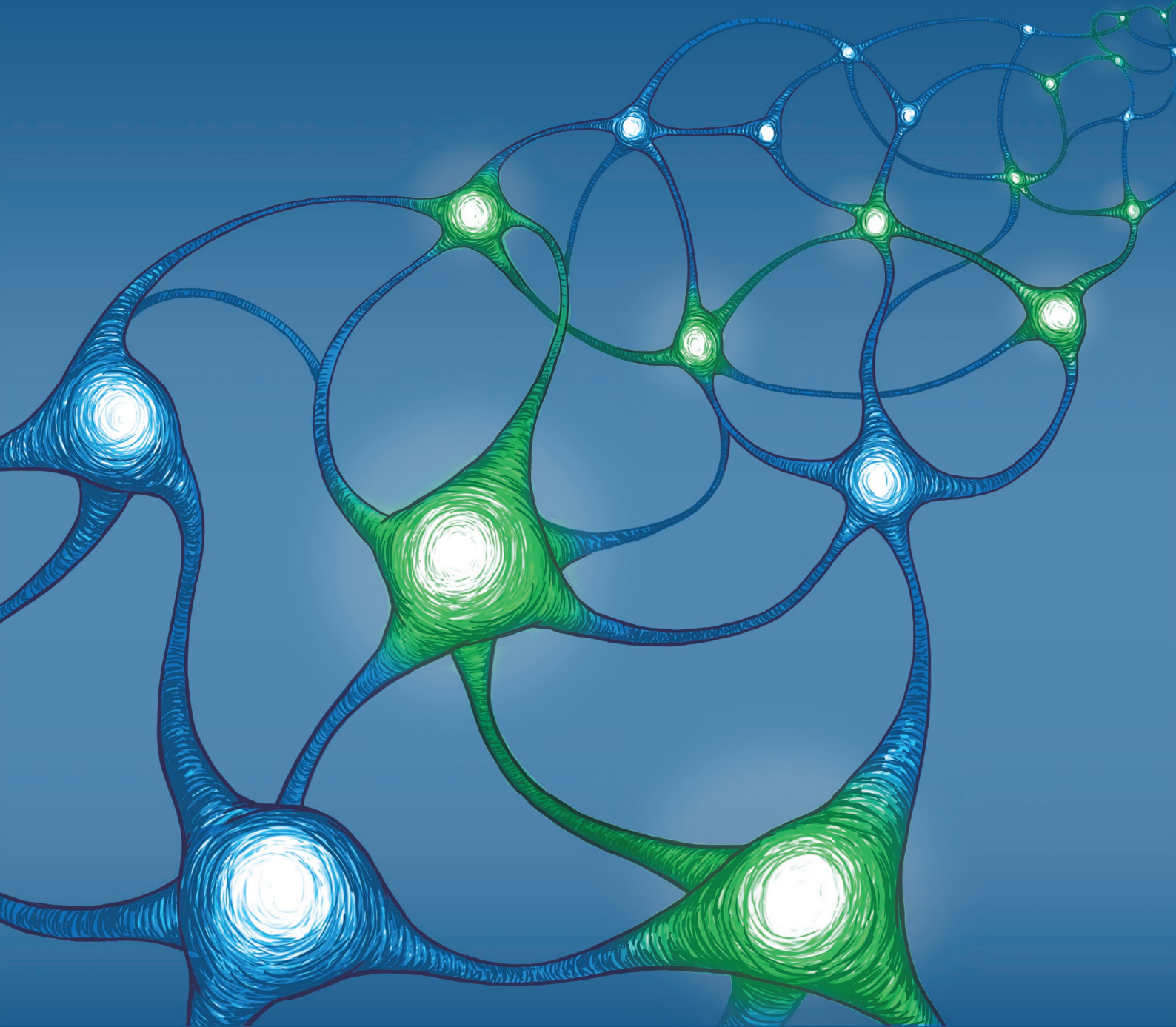


EVENTOS AGUDOS NA ATENÇÃO BÁSICA



Asfixia

GOVERNO FEDERAL

Presidente da República

Ministro da Saúde

Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES)

Diretora do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES)

Coordenador Geral de Ações Estratégicas em Educação na Saúde

Responsável Técnico pelo Projeto UNA-SUS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Reitora Roselane Neckel

Vice-Reitora Lúcia Helena Pacheco

Pró-Reitora de Pós-graduação Joana Maria Pedro

Pró-Reitor de Pesquisa Jamil Assereuy Filho

Pró-Reitor de Extensão Edison da Rosa

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Diretor Sergio Fernando Torres de Freitas

Vice-Diretor Isabela de Carlos Back Giuliano

DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA

Chefe do Departamento Antonio Fernando Boing

Subchefe do Departamento Lúcio José Botelho

Coordenador do Curso de Capacitação Rodrigo Otávio Moretti-Pires

COMITÊ GESTOR

Coordenadora de Produção de Material Elza Berger Salema Coelho

Coordenadora Interinstitucional Sheila Rubia Lindner

Coordenador de AVA Antonio Fernando Boing

Coordenadora Acadêmica Kenya Schmidt Reibnitz

Coordenadora Executiva Rosângela Leonor Goulart

EQUIPE EAD

Douglas Kovaleski

Isabela Oliveira

Thays Berger Conceição

Carolina Carvalho Bolsoni

AUTORES

André Ricardo Moreira

Ana Cristina Vidor

REVISOR EXTERNO

Lílian Tânia Amorim

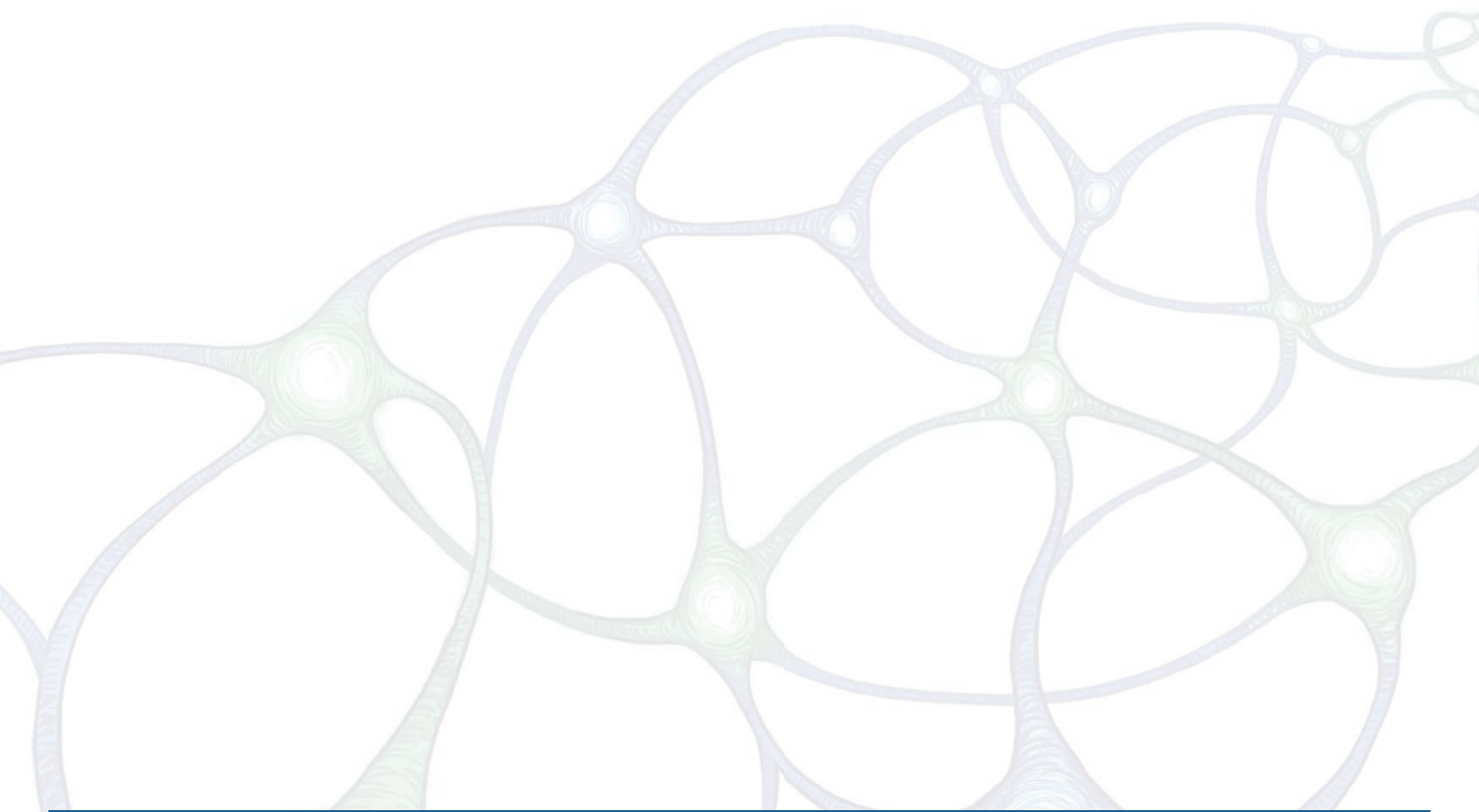
Cesar Augusto Soares Nitschke

ASSESSORA PEDAGÓGICA

Marcia Regina Luz

EVENTOS AGUDOS NA ATENÇÃO BÁSICA

Asfixia



© 2013 todos os direitos de reprodução são reservados à Universidade Federal de Santa Catarina. Somente será permitida a reprodução parcial ou total desta publicação, desde que citada a fonte.
ISBN –

Edição, distribuição e informações:

Universidade Federal de Santa Catarina

Campus Universitário, 88040-900 Trindade – Florianópolis – SC

Disponível em: www.unasus.ufsc.br.

Ficha catalográfica elaborada pela Escola de Saúde Pública de Santa Catarina Bibliotecária responsável:
Eliane Maria Stuart Garcez – CRB 14/074

FICHA CATALOGRÁFICA

EQUIPE DE PRODUÇÃO DE MATERIAL

Coordenação Geral da Equipe: Eleonora Milano Falcão Vieira e Marialice de Moraes

Coordenação de Design Instrucional: Andreia Mara Fiala

Coordenação de Design Gráfico: Giovana Schuelter

Design Instrucional Master: Agnes Sanfelici

Design Instrucional: Agnes Sanfelici

Revisão de Português: Barbara da Silveira Vieira, Flávia Goulart

Design Gráfico: Fabrício Sawczen

Ilustrações: Rafaella Volkmann Paschoal, Fabrício Sawczen

Design de Capa: Rafaella Volkmann Paschoal

SUMÁRIO

1. Introdução	8
2. Ações Preventivas	8
3. Conceito	10
4. Classificação	10
5. Avaliação diagnóstica e Abordagem inicial	10
5.1 Avaliação Inicial - Suporte Básico de Vida [SBV].....	11
5.1.1 Avaliação primária.....	11
5.1.2 Avaliação Secundária.....	17
5.2 Avaliação e Abordagem Inicial da Asfixia Conforme a Causa.....	17
5.2.1 Asfixia por Obstrução de Vias Aéreas por Corpo Estranho.....	17
5.2.2 Asfixia por Afogamento.....	19
5.2.3 Asfixia por Inalação de Monóxido de Carbono.....	19
5.2.4 Asfixia Traumática.....	20
6. Papel da Atenção Básica em Saúde	20
7. Atendimento sequencial	22
8. Resumo	22
Referências	23
Autores	24

APRESENTAÇÃO DO MÓDULO

Caros alunos!

Nesta unidade, abordaremos a asfixia, um problema tão raro quanto grave na Atenção Básica. Iniciaremos com uma revisão sobre o conceito de asfixia, observando as situações que mais frequentemente estão associadas com seu desenvolvimento.

Também abordaremos a identificação dos casos de asfixia e as primeiras medidas a serem adotadas até que o paciente seja transferido para um serviço de saúde mais adequado ao atendimento destes casos, destacando a abordagem mais apropriada conforme a etiologia da asfixia.

Por último, abordaremos a importância do adequado preparo das equipes e da estrutura das Unidades Básicas de Saúde para realizarem com segurança o atendimento às vítimas de asfixia.

Bons estudos!

A Coordenação

Ementa da Unidade

Conceito de asfixia. Fatores de risco. Identificação da asfixia. Identificação dos agentes etiológicos da asfixia. Abordagem inicial dos pacientes com asfixia. Cuidados na Unidade Básica de Saúde (UBS) e na Comunidade.

Objetivos de Aprendizagem

- Conhecer o conceito de asfixia.
- Identificar e avaliar adequadamente os pacientes em asfixia.
- Reconhecer os sinais e sintomas dos diversos tipos de asfixia.
- Reconhecer a importância da segurança nas ações a serem tomadas referente ao ambiente, à equipe e ao usuário.
- Adotar as medidas adequadas para estabilizar o paciente antes do transporte ao serviço de saúde adequado.
- Preparar a comunidade e a UBS para prevenir, identificar e manejar adequadamente os casos de asfixia.

Carga Horária

30 horas

1. INTRODUÇÃO

A asfixia, no Brasil, é classificada como acidente por causa externa. De acordo com dados do Ministério da Saúde relativos ao ano de 2010, ocorreram cerca de 7939 óbitos por riscos acidentais à respiração, afogamento e submersão acidentais. Deste total, as principais causas foram: afogamento e submersão (5.434 óbitos), inalação/ingestão de alimento causando obstrução do trato respiratório (379 óbitos), inalação/ingestão de objeto causando obstrução do trato respiratório (113 óbitos), intoxicação por gases e outros vapores e exposição a outro tipo específico de fumaça (89 óbitos) e trauma (sem dados específicos) (BRASIL, 2010).

A asfixia é uma das principais causas de morbidade e mortalidade entre crianças, especialmente entre as menores de 3 anos de idade. Essas crianças estão sob maior risco tanto pelas vulnerabilidades do desenvolvimento das vias aéreas como pela capacidade subdesenvolvida de mastigar e engolir alimento. Além disso, crianças pequenas, em fase de exploração, frequentemente põem objetos na boca para explorar seus ambientes.

Os objetos mais frequentemente implicados na asfixia em crianças são, por ordem de frequência: alimentos, moedas, balões e outros brinquedos.

Alia-se a isso o fato de que o risco de obstrução completa das vias aéreas por um corpo estranho alojado na laringe está associado a uma mortalidade em torno de 45%, e em pacientes asfixiados por uma obstrução transitória das vias aéreas pode ocorrer risco de encefalopatia hipóxica próximo de 30% trazendo não apenas impacto na morbimortalidade das crianças como grande trauma em toda a família, considerando que, na maioria das vezes, esses acidentes ocorrem em crianças saudáveis com todo o potencial de desenvolvimento e expectativas da família (SMITH, 2010).

Por isso, embora a asfixia seja um problema pouco frequente em termos absolutos, a ação adequada e oportuna dos serviços de saúde pode prevenir a ocorrência desses óbitos. Entretanto, a maioria das pessoas que sofre de asfixia fora do ambiente hospitalar morre sem receber cuidados de ressuscitação cardiopulmonar (RCP) (AHA, 2010). Por conseguinte, esse tema deve fazer parte do treinamento periódico dos profissionais de saúde de todos os níveis de atenção, e em especial dos profissionais das Unidades Básicas de Saúde, muitas vezes os primeiros a entrarem em contato com essa situação de emergência tanto nos centros de saúde como na comunidade ou na residência dos pacientes.

2. AÇÕES PREVENTIVAS

A asfixia ocorre, geralmente, por lesões acidentais ou autoprovocadas. Desta forma, a prevenção da asfixia passa pela promoção e prevenção de acidentes, de modo geral.

Embora várias dessas situações não possam ser previstas, a ocorrência maior de asfixia em determinadas situações ou grupos de risco pode orientar medidas preventivas específicas.

A realização de campanhas de conscientização, no verão, por exemplo, de cuidados com banhistas, respeito às orientações de salva-vidas, pode prevenir o afogamento, uma das causas frequentes de asfixia. Essas medidas são especialmente importantes em municípios com balneários.

Em jovens e adultos, além das exposições a acidentes e situações de violência, há risco aumentado de uso de substâncias psicoativas e problemas psiquiátricos, crescendo o risco de asfixia tanto por intoxicação acidental como proposital, por exposição maior do indivíduo a acidentes e situações de violência. Nesse sentido, ressalta-se a importância de políticas de

prevenção ao uso de drogas ilícitas, abuso de álcool, e identificação e tratamento adequado dos problemas de saúde mental (KNOBEL, 2006).

Outra situação de risco de asfixia que merece destaque são as pessoas com problemas de deglutição. Tanto idosos como pessoas com alterações neurológicas com comprometimento da deglutição estão sob risco maior de asfixia por aspiração de corpo estranho. A família e os cuidadores devem ser orientados sobre os riscos e cuidados a serem tomados, especialmente em relação à oferta de alimentos de consistência adequada e cuidado na administração de líquidos.

Com o aumento da sobrevivência de pacientes clinicamente graves, que ficam sob os cuidados da equipe em regime de acompanhamento domiciliar, deve ser intensificada a avaliação da capacidade de aceitação de alimentação por via oral nessas pessoas. Muitas vezes pode ser necessária a instituição de alimentação por sonda nasogástrica para prevenir aspiração.

Entretanto, são as crianças que estão sob maior risco de asfixia, e é nos cuidados, principalmente com

crianças menores de 3 (três) anos, que devem ser observadas as principais medidas preventivas (SMITH, 2010).

Uma pesquisa sobre acidentes por aspiração e ingestão de corpos estranhos em hospitais americanos identificou que todos os óbitos registrados no período estudado ocorreram nos domicílios. Este estudo concluiu que as medidas de segurança em nível domiciliar são fundamentais para a prevenção de morte por asfixia em crianças pequenas (JAMES, 1992).

Nos bebês, é importante a orientação quanto à posição na hora de dormir, usando sempre a barriga para cima e a elevação da cabeça, a fim de prevenir asfixia por vômitos.

Como os alimentos representam a maioria dos materiais aspirados por crianças (representam até 60% dos casos), todas as oportunidades, como atividades educativas em grupos e as consultas de puericultura, devem permitir a orientação alimentar adequada de acordo com a idade da criança (JAMES, 1992). Entre os 4 e os 12 meses de idade, costuma ocorrer a introdução de alimentos sólidos na dieta da criança e com isso há aumento do risco de aspiração.

A oferta de certos alimentos às crianças pequenas, como amendoim, castanhas, milho, pipoca e frutas com sementes, entre outros, nessa faixa etária, podem ocasionar aspiração pela inexistência ainda de uma dentição adequada para triturá-los. Dentição esta que se completa apenas aos 4 anos, de forma que a família deve ser orientada a evitar esse tipo de alimento até essa idade (SMITH, 2010). Outro exemplo de alimento frequentemente associado à aspiração em crianças é o cachorro quente. A salsicha, por sua consistência e formato cilíndrico, facilita o deslizamento e, conseqüentemente, a obstrução das vias aéreas. O mesmo cuidado deve ser tomado em relação a balas de goma e outros alimentos cilíndricos.

Outra situação frequente é a aspiração de pequenos objetos, como moedas, balões ou peças de brinquedos. Sabe-se que, no primeiro ano, as crianças exploram o mundo por meio da boca, levando a ela os mais variados objetos. Desta forma, as famílias devem ser orientadas quanto à organização e disposição, no domicílio, de objetos habitualmente visados pelas crianças menores de 5 anos, como pregos, parafusos, tampas de canetas e similares.

Outro exemplo de orientação, que pode ocorrer tanto no nível coletivo, através de regulamentação e campanhas, como no individual, como orientação no consultório, envolve a compra de brinquedos adequados à idade das crianças evitando peças pequenas que possam ser engolidas. O Inmetro costuma catalogar os brinquedos por faixa etária, a fim de facilitar a escolha dos pais.

Mas atenção: muitas vezes o brinquedo envolvido no acidente nem era da própria criança, mas de um irmão mais velho! Os pais devem ser alertados também desses riscos.

Também devem ficar fora do alcance de crianças sacolas e embalagens plásticas, que podem provocar asfixia.

Considerando o risco de aspiração em crianças pequenas, a identificação das situações de asfixia e a aplicação da manobra de Heimlich (ver adiante) devem ser ensinadas aos pais. A pronta execução dessa manobra pode reduzir a incidência de acidentes fatais, visto que medidas como a tentativa de retirada do objeto com os dedos e a respiração boca a boca, por exemplo, podem tornar uma obstrução parcial em total, e não estão, portanto, indicadas (HEIMLICH, 1975).

3. CONCEITO

O dicionário define a palavra asfixia, derivada do grego *asphyksía*, como o conjunto das perturbações devidas ao cessamento da respiração e que provocam a falta de oxigênio no organismo (COSTA, 2012). Como as células humanas, para desempenharem suas atividades metabólicas aeróbias, necessitam de um constante suprimento de oxigênio e eliminação de dióxido de carbono, os sistemas circulatório e respiratório são de suma importância.

A troca de oxigênio e dióxido de carbono entre ar e sangue, conhecida como hematose, ocorre no interior dos pulmões. Primeiramente, o ar entra, na inspiração, pelo nariz ou pela boca, passa pela faringe, laringe e, em seguida, pela traqueia, a qual forma dois ramos, chamados brônquios, seguindo um para cada pulmão. Os brônquios ainda se subdividem em túbulos cada vez menores, chamados bronquíolos, atingindo, finalmente, os alvéolos pulmonares, onde ocorre a hematose. Feita a troca gasosa, o oxigênio captado é transportado para todos os tecidos através da circulação.

Para que todo esse sistema funcione perfeitamente, o organismo conta com muitos outros fatores, como pressão, volume, capacidade de expansão muscular torácica, fluxo sanguíneo, liberação de componentes químicos, entre outros.

Sendo a respiração um processo automático basicamente involuntário, seu ciclo é controlado pela operação rítmica do tronco cerebral. Cada porção dele é responsável por um estímulo que impulsionará e sustentará a ventilação, visando a manutenção das pressões parciais de oxigênio e dióxido de carbono no sangue e nos alvéolos. Porém, esse processo pode ser alterado através de mecanismos voluntários e involuntários.

4. CLASSIFICAÇÃO

Nesta seção iremos tratar das causas que podem provocar a asfixia. São elas:

- pela supressão da atmosfera respirável, tais como: afogamento, obstrução das vias respiratórias durante o estrangulamento, enforcamento, por corpo estranho etc.;
- pela interrupção da ventilação pulmonar de origem nervosa, como a síncope devido à anestesia;

- pela paralisia dos músculos respiratórios, geralmente por doenças clínicas, como poliomelite, intoxicações ou espasmos, ou
- por defeito da fixação do oxigênio pela hemoglobina, como nos casos de intoxicação por monóxido de carbono.

O diagnóstico diferencial das causas de asfixia será abordado mais adiante.

5. AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA E ABORDAGEM INICIAL

Dadas as peculiaridades da abordagem da asfixia, o diagnóstico e o tratamento serão abordados simultaneamente.

O quadro clínico do usuário asfiziado varia de acordo com:

- motivo da asfixia;
- tempo;
- gravidade e
- situação em que se encontra.

O cessamento da atividade respiratória é a situação em que se requer um atendimento de extrema urgência, pois, se não revertido o quadro, pode-se ocasionar, conseqüentemente, instabilidade oximodinâmica e, inclusive, parada cardiorrespiratória (PCR), causando lesões teciduais graves e irreversíveis. A sobrevivência do usuário depende do menor tempo adotado para se iniciar o atendimento, de forma que, a cada um minuto, diminuem-se 10% as chances de recuperação e 20% as lesões a órgão vitais, tal como cérebro.

5.1 Avaliação Inicial - Suporte Básico de Vida [SBV]

A prioridade no atendimento é a segurança não apenas do paciente, mas também da equipe e do ambiente. Seguindo esse preceito, utilizamos a **Regra dos Três Ss**¹:

¹ Cena do atendimento (SCENE); Segurança (SECURITY); Situação (SITUATION).

Cena do atendimento (SCENE):

Uma avaliação inicial rápida é necessária para entender qual a situação em questão: quem é (são) a(s) vítima(s)? O que aconteceu (acidente, atentado, etc)?

Segurança (SECURITY):

A segurança do profissional de saúde é um direito e um dever dele. Para isso, deve-se ter à disposição equipamentos de segurança e estar devidamente paramentado para o atendimento. Logo, atentar-se aos seguintes itens:

- óculos de proteção;
- máscara cirúrgica;
- luvas de procedimento ou cirúrgicas;
- avental;
- segurança do ambiente, realizada por policial e/ou empresa privada.

Em caso de atendimento em via pública, devem ser avaliados os riscos ao redor do local. Se indicada, deve ser providenciada sinalização do trânsito. Se for identificada falta de segurança no local, por exemplo, com risco de incêndio, risco de deslizamento ou com áreas de conflito, deve ser considerado aguardar a chegada de autoridades ou serviços de socorro especializado antes de abordar a vítima.

Situação (SITUATION):

Como citado anteriormente, o levantamento das informações básicas é de extrema importância, por isso atente para as questões a seguir:

- O que realmente aconteceu?
- Qual o mecanismo do ocorrido (cinemática)?
- Quantas vítimas envolvidas e qual a idade? De forma a prever possíveis vítimas que venham buscar atendimento.
- É necessário reforço? Para providenciar antecipadamente a necessidade de atendimento secundário, acionamento de transporte etc.

Após certificadas as questões de segurança e viabilidade do atendimento, inicia-se o atendimento direto ao usuário.

5.1.1 Avaliação primária

A avaliação primária visa identificar as condições que ameaçam a vida a curto prazo, expondo o usuário ao risco iminente de morte. Tradicionalmente, essa avaliação, preconizada em nível nacional e internacional, utilizava o método mnemônico da sequência do alfabeto “A-B-C-D-E”.

Uma das medidas mais importantes no atendimento de Pessoas em Parada Cardiorrespiratória (PCR) é o início precoce e o mínimo de interrupções nas compressões torácicas, sempre que for encontrada vítima inconsciente ou com dificuldade respiratória e houver dúvida quanto à etiologia, deve ser seguida a ordem C-A-B-D-E (BRASIL, 2012).

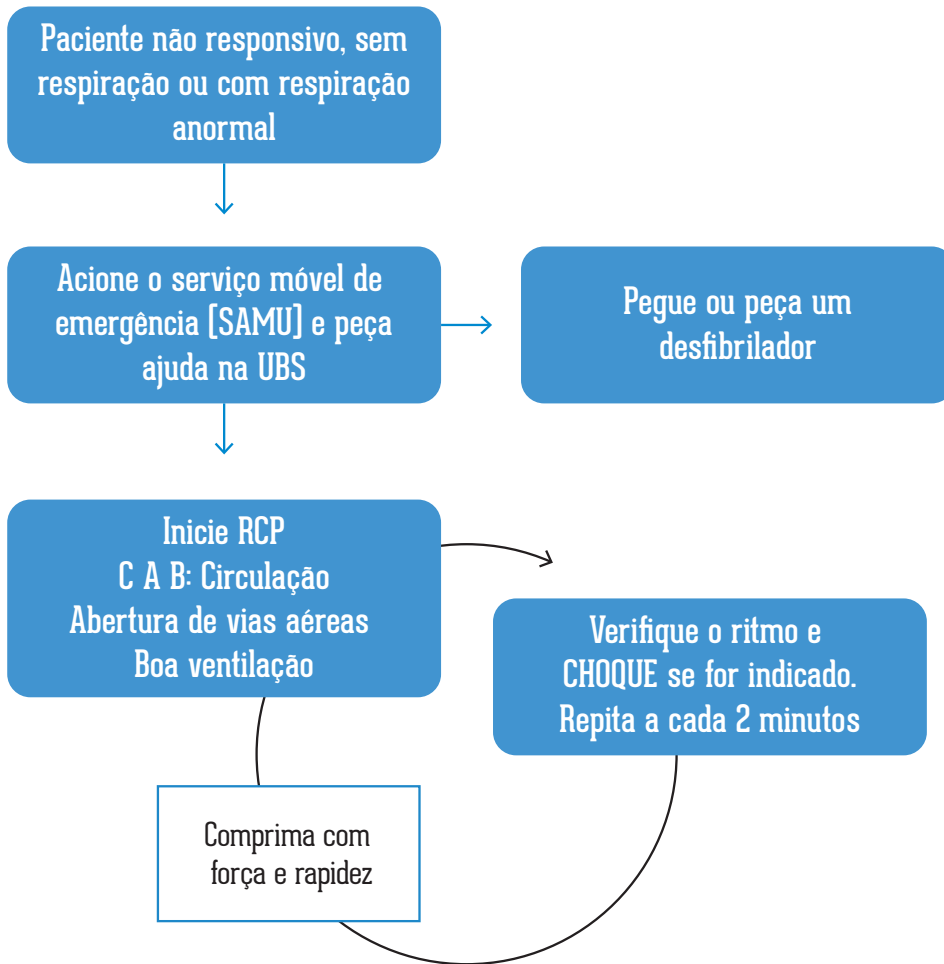
Na avaliação inicial do usuário, deve ser verificado se ele se apresenta responsivo ou não. Se responsivo espontaneamente, passar para a Avaliação Secundária. Caso não esteja responsivo, prosseguir desta maneira:

- posicionar-se ao lado direito, próximo ao corpo;
- chamá-lo pelo nome, se identificado, com tom de voz alto, firme e vigoroso;
- caso não responsivo, bater sobre os ombros, fortemente, com movimentos firmes, chamando pelo nome com tom de voz firme e vigoroso.

Se o paciente responder a esses estímulos, com abertura de olhos e movimentação motora, é porque possui indício de vias aéreas desobstruídas, função respiratória e circulatória normalizadas e perfusão cerebral adequada. Caso não responsivo, continuar sequência conforme figura 1.

A figura 1 traz um algoritmo de suporte básico de vida que pode ser utilizado como abordagem geral, tanto para adultos como para crianças, com exceção dos neonatos:

Figura 1: Algoritmo de suporte básico de vida



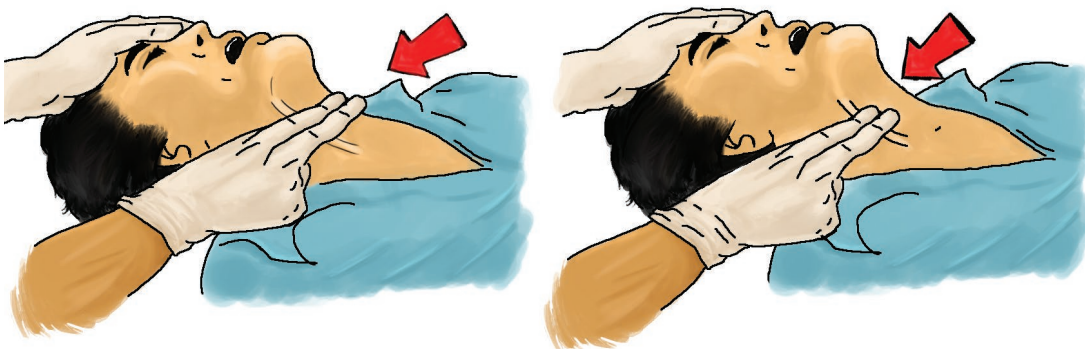
Fonte: AHA (2010).

Conforme o algoritmo acima, após o acionamento do serviço móvel de urgência, deve ser realizada a reanimação cardiorrespiratória, seguindo a sequência C A B.

C- Avaliar circulação e conter hemorragias (CIRCULATION):

- posicionar-se na cabeceira do usuário, estabilizando a coluna cervical com as mãos, conforme critérios de aplicação do colar cervical, ou em posição no chão, com os joelhos;
- verificar pulsos centrais;
- vítima consciente: verificar pulso radial. Caso ele não esteja presente, avaliar pulso carotídeo, e/ou braquial, conforme a figura.

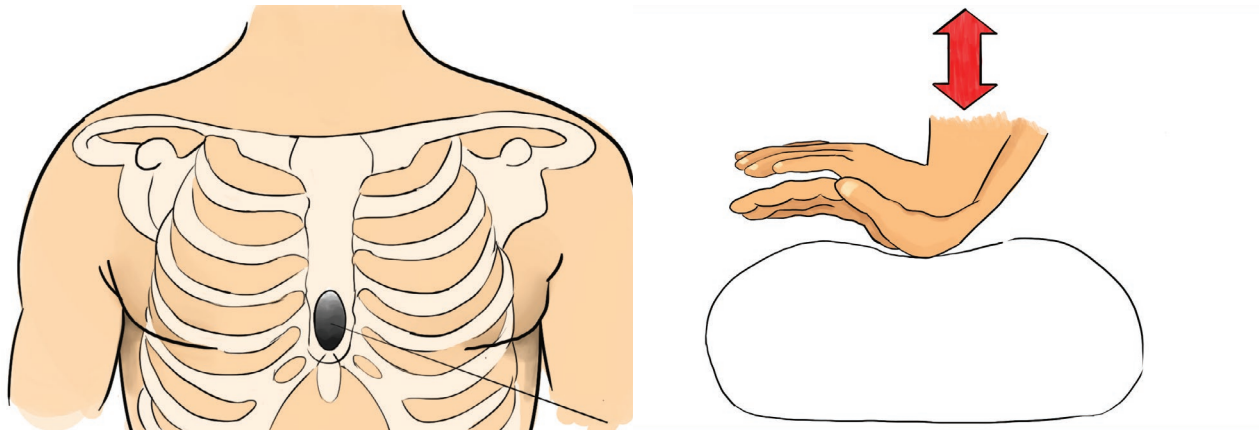
Figura 2: Verificação do pulso carotídeo.



Fonte: Fortes (2007).

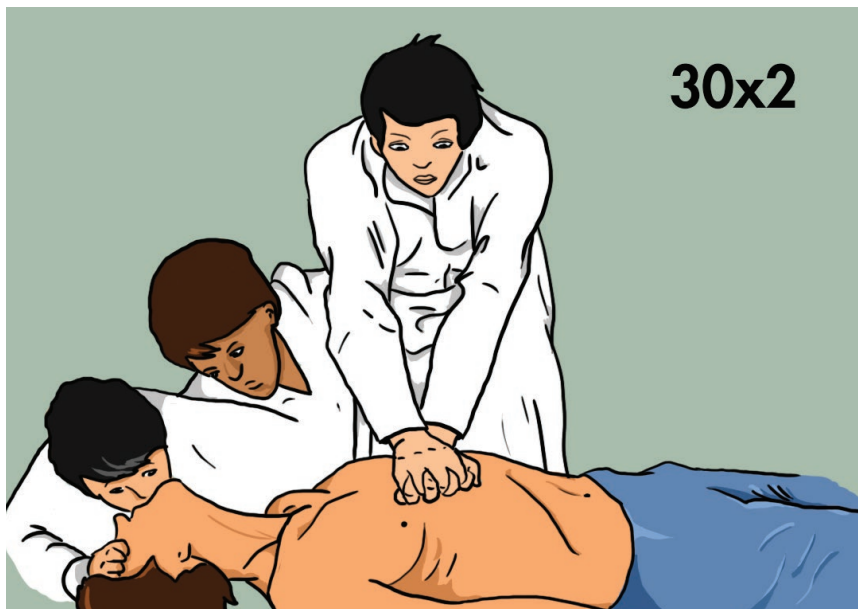
- vítima inconsciente: verificar pulso carotídeo e/ou braquial;
- se não apresentar pulso, iniciar reanimação cardíaca, conforme as figuras de **identificação dos pontos de compressão e reanimação cardíaca**.

Figura 3: Identificação dos pontos de compressão



Fonte: Fortes (2007)

Figura 4: Reanimação cardíaca



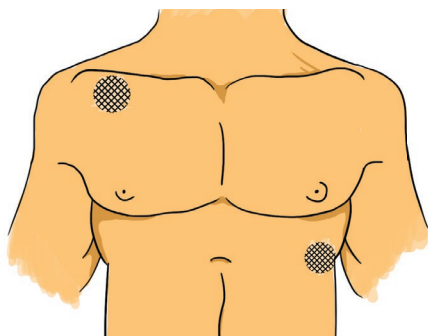
Fonte: Fortes (2007)

- Verificar a perfusão capilar;
- pressiona-se uma das extremidades por cerca de 5 segundos. Solta-se e avalia-se o tempo de preenchimento capilar, sendo o normal menor que 2 segundos;
- efetuar o controle de hemorragias;
- prevenir e/ou tratar o Estado de Choque.

Reanimação Cardiopulmonar (RCP)

- Após (1) realização dos procedimentos de avaliação A e B; (2) ausência de movimentos respiratórios; (3) ausência de pulsos centrais carotídeo (adulto e criança > 1ano) ou braquial (recém-nascido e lactente);
- iniciar compressões;
- um dos profissionais de saúde (responsável pelas compressões) deve se colocar, de preferência, ao lado direito do usuário, enquanto o outro (responsável pelas ventilações) deve se colocar na cabeceira do usuário, repousado sobre uma superfície rígida;
- seguir o rebordo costal até a porção final do esterno (processo xifoide);
- sobrepor as duas mãos dois dedos acima do processo xifoide, utilizando a região do carpo palmar sobre a região do esterno, com os braços superestendidos. Iniciar as compressões sem flexionar os braços, utilizando o peso corporal;
- as compressões devem comprimir o tórax cerca de 5 centímetros (para adultos);
- devem ser aplicados cinco ciclos de trinta compressões. Cada ciclo de trinta compressões deve ser procedido de um ciclo de duas ventilações;
- executar sempre uma proporção de, no mínimo, cem compressões por minuto, lembrando que se deve deixar o tórax retornar total e espontaneamente a posição normal;
- após os cinco ciclos, deve ser checado o pulso central e inverter o profissional de saúde que está aplicando as compressões (máximo 10 segundos para realização da troca);
- caso haja a disponibilidade de um desfibrilador, após dois minutos, se não houver pulso e o usuário apresentar um ritmo cardíaco chocável, com taquicardia ventricular ou fibrilação ventricular, aplicar um choque e reiniciar a RCP. Coloque gel nas pás do desfibrilador e posicione conforme a figura. Reiniciar a RCP até o usuário apresentar reação ou a chegada de uma equipe de Suporte Avançado.

Figura 5: Posição das pás

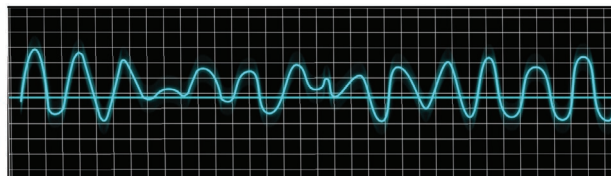


Fonte: Fortes (2007)

Para utilizar o desfibrilador, o profissional deve certificar-se de que ninguém, nem o socorrista, está em contato com o paciente ou nem com a maca.

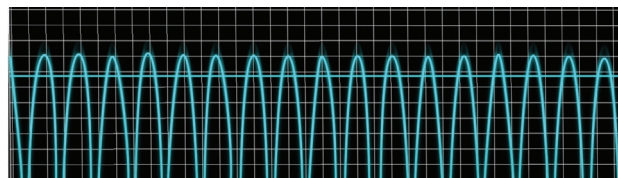
Deve ser observado o ritmo cardíaco. Se ocorrer fibrilação ventricular (figura 6) ou taquicardia ventricular (figura 7), aplicar o choque (360J) olhando diretamente para o paciente e certificando-se de que ninguém tocou acidentalmente nele ou na maca (BRASIL, 2012).

Figura 6 - Traçado com fibrilação ventricular.



Fonte: Fortes (2007).

Figura 7 - Traçado com Taquicardia Ventricular



Fonte: Fortes (2007).

Para crianças (de 1 ano à adolescência):

- mesmo procedimento descrito no atendimento ao adulto, salvo algumas considerações:
- as compressões do tórax deverão ser de, no mínimo, um terço do diâmetro ântero-posterior do tórax do usuário (cerca de 4 centímetros);
- as compressões podem ser realizadas com apenas uma mão sobre o esterno na linha intermamilar. Esses padrões necessitam de uma análise do porte da criança, que deve ser avaliado e levado em consideração para as devidas adaptações;
- os ciclos serão de quinze compressões para duas ventilações quando em dois profissionais de saúde. Quando sozinho, trinta compressões para duas ventilações.

Para bebês (até 1 ano, exceto neonato):

- mesmo procedimento descrito no atendimento à criança, salvo algumas considerações:
- as compressões do tórax deverão ser de, no mínimo, um terço do diâmetro ântero-posterior do tórax do usuário;
- as compressões são realizadas apenas com o dedo indicador e o médio em cima do esterno, na linha intermamilar;
- é orientado verificar o pulso central nas artérias braquial ou femoral.

As indicações de uso de desfibrilador no atendimento pediátrico são as mesmas do atendimento do adulto. Embora a carga ideal de choque no atendimento pediátrico ainda não tenha sido estabelecida, o uso de desfibrilador nas arritmias indicadas nas figuras 6 e 7 está associado a aumento de sobrevivência nas crianças, e estudos em modelos animais sugerem que o miocárdio, mesmo de crianças pequenas, pode suportar grandes cargas. Desta forma, a AHA recomenda os seguintes métodos de desfibrilação, por ordem de preferência, sempre atentando que o melhor método é o que esteja disponível mais rapidamente (CAEN; KLEINMAN; CHAMEIDES, 2010). Vejamos a seguir:

- desfibrilador manual: ajustar uma carga de 2 a 4 J/Kg de peso;
- desfibrilador automático com atenuador de carga;
- desfibrilador automático de uso adulto.



Link

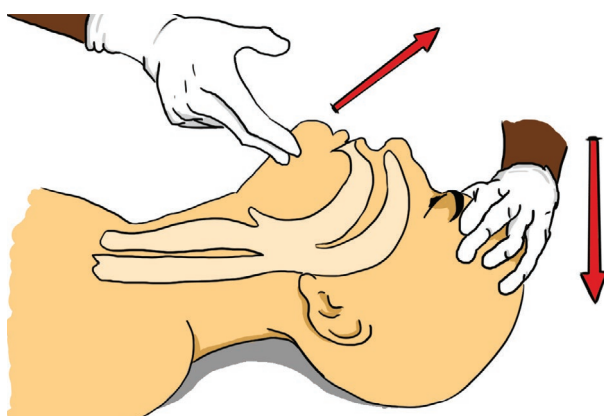
No site da AHA, pode ser acessado um vídeo que ilustra a RCP em adultos. Disponível em: <http://www.heart.org/HEARTORG/CPRandECC/HandsOnlyCPR/Hands-Only-CPR_UCM_440559_SubHomePage.jsp>.

A- Desobstrução das Vias Aéreas e controle da coluna cervical (AIRWAY)

Existem diversas maneiras de desobstrução das vias aéreas. O que vai definir a melhor condição é a situação a qual levou o paciente à obstrução dentro de cada caso específico, que será abordado posteriormente. Entre eles, podem ser realizadas as seguintes manobras:

Manobra de Inclinação da Cabeça: o profissional de saúde coloca sua mão na testa da vítima, inclinando a cabeça para trás; com os dedos indicador e médio da outra mão posicionados abaixo do mento (queixo), eleva a mandíbula e, com o dedo polegar, traciona o mento para baixo, mantendo a boca aberta. É indicado apenas se o usuário não for vítima de trauma. Vejamos a figura a seguir.

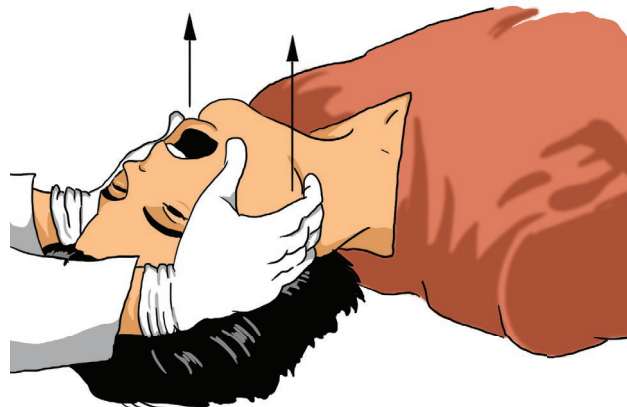
Figura 8: Manobra de Inclinação da Cabeça



Fonte: Fortes (2007).

Manobra de Tração da Mandíbula: o profissional de saúde posiciona-se atrás da cabeça da vítima, apoia suas mãos em ambos os lados da face, posicionando seus dedos indicador, médio e anular abaixo do ângulo da mandíbula, empurrando-a para frente e para cima sem hiperestender o pescoço; com os polegares promove a abertura da boca. Vejamos a figura a seguir.

Figura 9: Manobra de Tração da Mandíbula



Fonte: Fortes (2007).

Manobra de Chin-lift: o profissional de saúde apoia os dedos indicador, médio e anular de uma de suas mãos abaixo do queixo da vítima e, com o polegar da mesma mão posicionado anteriormente ao mento, traciona a mandíbula para frente e para cima, segurando-a firmemente, mantendo a boca aberta. A outra mão deverá estar sobre a região frontal (testa), mantendo a cabeça fixa. Uma vez estabelecida a abertura das vias aéreas, deve-se proceder à inspeção e limpeza da cavidade oral, retirando secreções, vômito, sangue, próteses dentárias, dentes soltos e/ou corpos estranhos.

Manobra de Heimlich: utilizada em vítimas de Obstrução das Vias Aéreas por Corpo Estranho (OVA-CE) (discorrido na sessão de Obstrução de vias aéreas).

Pode ser utilizada a cânula orofaríngea em vítimas inconscientes.

É importante imobilizar a coluna cervical, conforme critérios de aplicação do colar cervical e se o usuário for vítima de trauma.

B - Avaliar respiração e frequência ventilatória (BREATHING):

Se a vítima não estiver respirando, efetuar duas ventilações com Ambu (*airway manual breathing unit*) acoplado à máscara e, preferencialmente, conectado a uma fonte de oxigênio com 15 L/min e nele fixada uma bolsa de ar (figura 10). Acopla-se a máscara ao rosto do paciente utilizando os polegares e indicadores de ambas as mãos a fim de formar uma vedação, enquanto os outros dedos tracionam a mandíbula, fazendo a abertura da via.

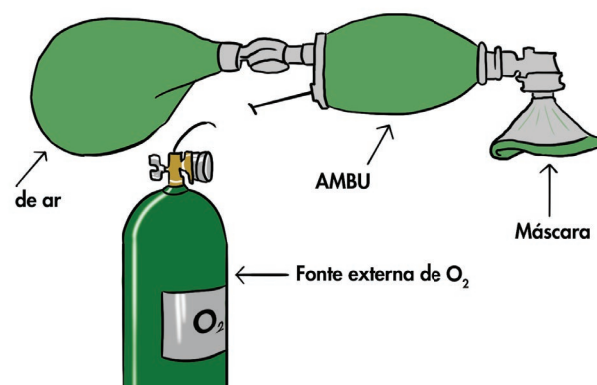
Outro profissional de saúde comprime o reservatório, ou, no caso de apenas um profissional assistindo, é fixada a máscara ao rosto do paciente com a mão esquerda, enquanto a mão direita comprime o Ambu. O Ambu isoladamente apresenta um aporte de O_2 de 21%. Caso conectado ao O_2 , de 30 a 60%. Com o reservatório acoplado, de 100%.

Deve-se evitar comprimir o Ambu de maneira intempestiva. As ventilações devem ser lentas e suaves, evitando ultrapassar a pressão que mantém o esfíncter gastroesofágico fechado, prevenindo o refluxo. Para a ventilação ser efetiva, deve haver expansão torácica. Caso não haja, verificar se máscara está bem acoplada ao rosto do paciente e se não há escape de ar ou realizar o protocolo de desobstrução de vias aéreas novamente (BRASIL, 2012).

Dependendo da disponibilidade de material, pode ser realizada também a Ventilação boca-máscara: Selecionar a máscara adequada. Coloca-se a porção mais estreita da máscara sobre o nariz, posicionando a máscara no rosto e fixando-a com as mãos de modo que seja feita uma vedação. Então, sem hiperinsulflar o pulmão, inspira-se normamente e ejeta-se o ar da expiração na porção externa da máscara a fim de ventilar o usuário. Apresenta um aporte de O_2 de 15 a 17%;

- fornecer aporte ventilatório de oxigênio (recomendado 15 L/mL);
- verificar saturação de oxigênio através de oximetria de pulso;
- o usuário necessitará de cuidados de alta complexidade; por isso, é importante providenciar transporte imediato a uma unidade hospitalar apta a essa assistência.

Figura 10: Ambu com máscara, bolsa reservatório de O_2 e cilindro de O_2 .



Fonte: Fortes (2007).

- checar o pulso central carotídeo (em adultos e crianças > 1ano) ou braquial (em recém-nascidos e lactentes) a cada 2 minutos;
- se houver pulso, continuar ventilação, administrando uma (1) ventilação a cada:
 - 5 segundos em adultos;
 - 3, 4 ou 5 segundos em crianças de 1 ano até adolescência, dependendo da idade do usuário;
 - 3 segundos em bebês menores de um (1) ano, exceto neonatos;
 - 1,5 segundos em neonatos;
- caso ausente, utilizar protocolo de Reanimação Cardiopulmonar (RCP) (figuras 2 e 3);
- o usuário necessitará de cuidados de alta complexidade. Por isso, é importante providenciar transporte imediato a uma unidade hospitalar apta a essa assistência.

D- Nível de consciência (DISABILITY):

Avalia-se o nível de consciência através de um escala internacional predefinida, chamada Escala de Coma de Glasgow. Segue-se a avaliação de acordo com a tabela:

ESCALA DE COMA DE GLASGOW	
Abertura ocular: 4 – Espontânea 3 – À voz 2 – À dor 1 – Nenhuma	Melhor Resposta Verbal 5 – Orientado 4 – Confuso 3 – Palavras Inapropriadas 2 – Sons 1 – Nenhuma
Melhor Resposta Motora 6 – Obedece comando 5 – Localiza a dor 4 – Flexão Normal 3 – Flexão Anormal 2 – Extensão à dor 1 – Nenhuma	Resultado: < 8 – Comprometimento grave Entre 9 e 13 – Moderado Entre 14 e 15 – Leve ou sem danos.

- Avaliação pupilar.

E- Exposição com controle da hipotermia (EXPOSURE):

Retirar as roupas do usuário de forma a expor todas as partes do corpo para uma melhor avaliação;

Cobrir o usuário a fim de evitar hipotermia.

5.1.2 Avaliação Secundária

A avaliação secundária parte do princípio de que as funções vitais já estão estabilizadas. É uma avaliação detalhada, no sentido céfalo-caudal e ântero-posterior, na qual serão identificadas possíveis lesões e complicações resultantes do ocorrido, que podem comprometer a saúde do usuário, mas que não o colocam em risco iminente de morte.

Divide-se em dois momentos principais: subjetivo e objetivo.

Avaliação Subjetiva

Na qual é realizada a anamnese. Faz-se um levantamento dos dados pessoais do usuário: informações sobre o que ocorreu, o que o levou a procurar o atendimento. Procurar conversar com alguém que tenha acompanhado o incidente e/ou que conheça o usuário.

Realização do AMPLA (Ambiente, Medicamentos, Passado médico, Líquidos e alimentos e Alergias).

Avaliação Objetiva

São realizados exame físico detalhado, aferição dos sinais vitais e registro dos procedimentos e avaliações realizadas.

Quanto tempo deverá ser mantido o atendimento dentro da unidade?

O tempo de permanência do indivíduo dentro da unidade de saúde dependerá da sua situação de estabilidade hemodinâmica, a partir da qual a equipe iniciará o atendimento e dimensionará a condição do usuário, realizará contato com a referência e também avaliará o tipo de transporte adequado, com acompanhamento de cuidados básicos ou avançados de vida.

5.2. Avaliação e Abordagem Inicial da Asfixia Conforme a Causa

A identificação da causa da asfixia é importante, porque afeta a abordagem desta situação de emergência. Nas situações em que não há dúvida de que se trata de caso de asfixia, a sequência de atendimento tradicional (C-A-B-D-E) deve ser substituída por A-B-C-D-E.

A seguir, vamos discutir as principais causas de asfixia.

5.2.1 Asfixia por Obstrução de Vias Aéreas por Corpo Estranho

Chama-se Obstrução de Vias Aéreas por Corpo Estranho (OVACE) quando algum objeto, alimento, líquido ou secreção aloja-se em alguma porção do trato respiratório de forma que obstrua a passagem do ar. Os casos mais frequentes dessas obstruções são causados por alimentos, tanto em adultos como em crianças, e geralmente o acidente é presenciado por alguém, que consegue relatar o ocorrido. Essa obstrução pode ser classificada de duas formas:

Obstrução Parcial

Quando obstrui parcialmente o trato respiratório, porém ainda apresentando passagem de ar, mesmo que em pequena quantidade. É a apresentação mais frequente, e é caracterizada por angústia e esforço respiratório. Vejamos os **sinais e sintomas**:

- inquietação;
- tosse;
- rubor facial;
- taquicardia;
- dificuldade respiratória;
- taquipneia;
- utilização de musculatura acessória.

Frequentemente a vítima apresenta-se agitada e coloca as mãos no pescoço, sinalizando a obstrução.

Conduta

1. Se a vítima estiver consciente, estimular a tosse a fim de expelir o objeto. Caso não seja eficiente, assumir conduta de obstrução total.
2. Caso retome as funções sem prejuízos, realizar avaliação secundária. Avaliar necessidade de encaminhamento a uma unidade de alta complexidade.

Obstrução Total

Quando obstrui totalmente a passagem do ar. Ruídos respiratórios ausentes e/ou situação de parada respiratória. Vejamos os **sinais e sintomas**:

- inquietação ou inconsciência;
- ausência de tosse e/ou ruídos ventilatórios;
- cianose;
- baixa saturação de oxigênio;
- taquicardia;
- parada respiratória ou cardiopulmonar.

Conduta

Vítimas adultas ou maiores que 1 ano - Conscientes:

1. realização avaliação primária, “A-B-C-D-E”;
2. inspecionar a cavidade oral/nasal do usuário, procurar visualizar o corpo estranho. Se visível, fazer a retirada com uma pinça. Não introduzir a pinça ou a mão caso o corpo não esteja visível a fim de evitar redirecioná-lo a uma posição que dificulte ainda mais a retirada;
3. efetuar cinco tapotagens entre as escápulas;
4. caso a vítima ainda continue engasgada, realizar a manobra de Heimlich:
 - posicione-se nas costas da vítima, envolva seus braços pela cintura dela, coloque a mão direita em forma de punho e a posicione contra a parte superior do abdômen do usuário (linha diafragmática) pelo lado do polegar. Segure o punho direito com a mão esquerda e pressione o abdômen com um golpe rápido em direção à cabeça, realizando cinco movimentos. Não aperte o tórax e limite a força do impulso apenas para suas mãos. Repita até que objeto seja expulso.
5. se não for eficaz, repetir os passos nas ações 1; 2 e 3;
6. se observados sinais de parada respiratória ou cardiorrespiratória, iniciar manobras de reanimação;
7. monitorar o usuário, realizar oximetria de pulso e aferir sinais vitais constantemente;
8. puncionar acesso venoso periférico calibroso (cateter de inserção periférica nº 14 ou 16);
9. caso não obtenha sucesso, transporte para um hospital ou aguarde o Suporte Avançado, mantendo o passo 5.

Vítimas adultas ou maiores que 1 ano - Inconscientes:

1. realização avaliação primária, “A-B-C-D-E”;
2. inspecionar a cavidade oral/nasal do usuário, procurar visualizar o corpo estranho. Se visível, fazer a retirada com uma pinça. Não introduzir a pinça ou a mão caso o corpo não esteja visível a fim de evitar redirecioná-lo a uma posição que dificulte ainda mais a retirada;
3. posicione-se na lateral da vítima e efetue compressões torácicas com uma ou duas mãos (trinta compressões para cada duas ventilações, no caso de adulto, e quinze compressões para cada duas ventilações, no caso de crianças), mantendo a frequência de compressão de, no mínimo,

cem compressões por minuto. Lembrando que esse procedimento não pode ser definido como manobra de reanimação cardiopulmonar, visto que o usuário não se apresenta em parada;

4. se não for eficaz, repetir a sequência 1 e 2;
5. monitorar o usuário, realizar oximetria de pulso e aferir sinais vitais constantemente;
6. puncionar acesso venoso periférico calibroso (cateter de inserção periférica nº 14 ou 16);
7. caso não obtenha sucesso, transporte para um hospital ou aguarde o Suporte Avançado, mantendo os passos 3 e 4.

Vítimas menores de 1 ano - Conscientes:

1. realização avaliação primária, “A-B-C-D-E”;
2. colocar o usuário em decúbito ventral, posicionando-o em seu antebraço com a cabeça mais rebaixada que o troco;
3. efetue cinco tapotagens entre as escápulas;
4. caso não seja eficaz, realizar a manobra de Heimlich para menores de 1 ano:
 - retome o usuário ao decúbito dorsal sobre uma superfície rígida e realize cinco compressões na região esternal com movimento vigoroso. Não aplicar força excessiva;
5. inspecionar a cavidade oral fazendo a varredura digital com o dedo mínimo. Se houver algum corpo estranho, fazer a retirada manual ou com auxílio de uma pinça. Não introduzir a pinça ou a mão caso o corpo não esteja visível para evitar redirecioná-lo para uma posição que dificulte ainda mais a retirada;
6. se não for eficaz, repita as ações 1; 2; 3 e 4;
7. se observados sinais de parada respiratória ou cardiorrespiratória, iniciar manobras de reanimação;
8. monitorar o usuário, realizar oximetria de pulso e aferir sinais vitais constantemente;
9. caso não obtenha sucesso, transporte para um hospital ou aguarde o Suporte Avançado, mantendo o passo 7.

Vítimas menores de 1 ano - Inconscientes:

1. realização avaliação primária, “A-B-C-D-E”;
2. verifique se o usuário encontra-se inconsciente;
3. posicione o usuário em decúbito dorsal sobre uma superfície rígida e realize cinco compressões na região esternal;

4. inspecionar a cavidade oral fazendo a varredura digital com o dedo mínimo. Se houver algum corpo estranho, fazer a retirada manual ou com auxílio de uma pinça. Não introduzir a pinça ou a mão caso o corpo não esteja visível para evitar redirecioná-lo para uma posição que dificulte ainda mais a retirada;
 5. se não for eficaz, inicie compressões torácicas com dois dedos (quinze compressões para cada duas ventilações), mantendo a frequência de compressão de, no mínimo, cem compressões por minuto. Lembrando que esse procedimento não pode ser definido como manobra de reanimação cardiopulmonar, pois o usuário não se apresenta em parada;
 6. monitorar o usuário, realizar oximetria de pulso e aferir sinais vitais constantemente;
 7. caso não obtenha sucesso, transporte para um hospital ou aguarde o Suporte Avançado, mantendo o passo 5.
3. Se houver resíduos líquidos, executar aspiração das vias aéreas.
 4. Administrar aporte de oxigênio (recomendado: 15 L/min).
 5. Caso identificada parada respiratória ou cardiopulmonar, iniciar reanimação.
 6. Manter usuário aquecido para evitar hipotermia.
 7. Monitorar o usuário, realizar oximetria de pulso e aferir sinais vitais constantemente.
 8. Puncionar acesso venoso periférico calibroso (cateter de inserção periférica nº 14 ou 16).
 9. O usuário necessitará de cuidados de alta complexidade. Por isso, é importante providenciar transporte imediato a uma unidade hospitalar apta a esta assistência.

5.2.2 Asfixia por Afogamento

O afogamento é caracterizado pela aspiração de líquido não corporal resultado de imersão ou submersão prolongada que prejudique a ventilação e/ou hematose (KNOBEL, 2006). Vejamos os **sinais e sintomas**:

- angústia respiratória;
- agitação;
- fadiga muscular;
- hipotermia;
- náuseas/vômito;
- distensão abdominal;
- cianose;
- baixa saturação de oxigênio;
- taquicardia;
- bradipneia ou taquipneia (dependendo do tempo de exposição);
- utilização de musculatura acessória;
- inconsciência;
- parada respiratória ou cardiopulmonar.

Conduta

1. Realizar avaliação primária, “A-B-C-D-E”. Lembrando que o paciente pode apresentar lesões de coluna que devem ser estabilizadas até confirmação.
2. Verificar se não há Obstrução de Vias Aéreas por Corpo Estranho (OVACE). Se houver, adotar conduta de desobstrução de vias aéreas.

5.2.3 Asfixia por Inalação de Monóxido de Carbono

O monóxido de carbono, um gás sem cheiro e sem odor, é responsável por mais da metade das mortes anuais devido a envenenamento em todo mundo. O CO possui uma afinidade 250 vezes maior para a hemoglobina que para o oxigênio. Consequentemente, níveis relativamente baixos de CO podem ter efeitos substanciais e trágicos. Quando o CO combina com a hemoglobina, o complexo é referido como carboxi-hemoglobina (Morton). Vejamos os **sinais e sintomas**:

- tosse;
- náuseas/vômito;
- dor de cabeça;
- confusão mental;
- baixa saturação de oxigênio;
- taquicardia;
- bradipneia ou taquipneia (dependendo do tempo de exposição);
- utilização de musculatura acessória;
- parada respiratória ou cardiopulmonar.

Conduta

1. Realizar avaliação primária, “A-B-C-D-E”.
2. Entrar em contato imediato com o Centro de Informações Toxicológicas de sua região através do número 0800 721 3000 para mais orientações e encaminhamento do usuário para um centro de referência.
3. Iniciar administração de oxigênio (orientação 15 L/min).
4. Observar irritações da mucosa. Lavar com soro fisiológico 0,9%.

5. Caso identificada parada respiratória ou cardiopulmonar, iniciar reanimação.
6. Monitorar o usuário, realizar oximetria de pulso e aferir sinais vitais constantemente.
7. Puncionar acesso venoso periférico calibroso (cateter de inserção periférica nº 14 ou 16).
8. Manter usuário aquecido para evitar hipotermia.

5.2.4 Asfixia Traumática

A asfixia traumática é resultado da compressão sustentada ântero-posterior da parede torácica, surgindo cianose craniocervical, edemas, hemorragias subconjuntivais e circulação colateral tipo cava superior. Isso ocasiona o comprometimento ventilatório e/ou circulatório, provocando hipóxia², hipercapnia³, acidose e/ou choque. Pode ser ocasionada por diversos mecanismos, como fratura de costelas, clavícula, escápula ou esterno; tórax hipertensivo; lesão de grandes vasos; contusão pulmonares entre outros. Vejamos os **sinais e sintomas**:

- palidez e/ou cianose;
- sudorese;
- pele fria;
- taquicardia;

² Hipóxia - Falta de oxigênio.

³ Hiperapnia - Excesso de dióxido de carbono.

- bradipneia ou taquipneia (dependendo do tempo de exposição);
- utilização de musculatura acessória;
- parada respiratória ou cardiopulmonar.

Conduta

1. Realizar avaliação primária, “A-B-C-D-E”, observando a cinemática do trauma.
2. Verificar se não há Obstrução de Vias Aéreas por Corpo Estranho (OVACE). Se houver, adotar conduta de desobstrução de vias aéreas.
3. Se houver resíduos líquidos, executar aspiração das vias aéreas.
4. Administrar aporte de oxigênio (recomendado 15 L/min).
5. Caso identificada parada respiratória ou cardiopulmonar, iniciar reanimação.
6. Monitorar o usuário, realizar oximetria de pulso e aferir sinais vitais constantemente.
7. Puncionar acesso venoso periférico calibroso (cateter de inserção periférica nº 14 ou 16).

O usuário necessitará de cuidados de alta complexidade. Por isso, é importante providenciar transporte imediato a uma unidade hospitalar apta a esta assistência.

6. PAPEL DA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE

É papel da Atenção Básica identificar as vítimas de asfixia, acionar o Serviço de Emergência Móvel (SAMU) e prestar o atendimento inicial e estabilização das vítimas até a chegada do serviço móvel de urgência.

O atendimento primário focaliza-se na estabilização das condições que acarretariam em risco de vida para o usuário, por isso é importante que cada membro da equipe perceba que exerce uma função fundamental, e que todos os membros da equipe sintam-se preparados para atuar no atendimento coordenado a vítimas de asfixia, assim como de outras situações de emergência.

Tanto o médico como o enfermeiro, por exemplo, devem ser aptos a:

- estabelecer uma via aérea permeável;
- fornecer uma ventilação adequada, empregando medidas de reanimação quando necessário (os pacientes traumatizados devem ter a coluna cervical protegida e as lesões torácicas avaliadas primeiro, conforme indicações).

- avaliar e restaurar o débito cardíaco, controlando hemorragias, prevenindo e tratando o choque e mantendo ou restaurando a circulação eficaz. Isso inclui a prevenção e o tratamento de hipotermia; punção calibrosa;
- determinar a incapacidade neurológica pela avaliação da função neurológica usando a Escala de Coma de Glasgow.

Também devem ser capazes de realizar a avaliação secundária:

- realizando da anamnese e exame físico apropriados;
- coletando exames e realizando testes diagnósticos que estejam disponíveis na unidade local de saúde;
- imobilizando de fraturas suspeitas;
- realizando outras intervenções necessárias com base na condição do paciente.

Em especial ao profissional enfermeiro cabe:

- monitorizar sinais vitais;
- realizar sondagens;
- providenciar limpeza, fechamento e aplicação de curativos em ferimentos;
- disponibilizar os materiais necessários para o atendimento integral do usuário;
- organizar e garantir a segurança da equipe e do local do atendimento;
- organizar a unidade a fim de dar o aporte necessário para atendimentos de urgência por se tratar de um local referencial de saúde, onde a população busca auxílio para diversas situações.

Entretanto, além da adequada formação dos recursos humanos, é necessário que as UBS tenham condições físicas e insumos necessários ao adequado atendimento destes casos.

Conforme a Portaria 2048/GM de 2002:

Todas estas unidades devem ter um espaço devidamente abastecido com medicamentos e materiais essenciais ao primeiro atendimento/estabilização de urgências que ocorram nas proximidades da unidade ou em sua área de abrangência e/ou sejam para elas encaminhadas, até a viabilização da transferência para unidade de maior porte, quando necessário.

A definição deste espaço é fundamental, pois, quando do recebimento de uma urgência (o que pode acontecer com pouca frequência neste tipo de unidade, mas que certamente ocorrerá algumas vezes), é obrigatório que a equipe saiba em qual ambiente da unidade encontram-se os equipamentos, materiais e medicamentos necessários ao atendimento. Numa insuficiência respiratória, parada cardíaca, crise convulsiva ou outras situações que necessitem de cuidado imediato, não se pode perder tempo “procurando” um local ou equipamentos, materiais e medicamentos necessários ao atendimento.

Além disso, unidades de saúde de sistemas municipais qualificados para a atenção básica ampliada (PABA) deverão possuir área física especificamente destinada ao atendimento de urgências e sala para observação de pacientes até 8 horas. (BRASIL, 2002, p. 32)

Ainda conforme a referida Portaria, as UBS devem ter disponíveis os seguintes materiais:

- ambu adulto e infantil com máscaras;
- jogo de cânulas de Guedel (adulto e infantil);
- sondas de aspiração;
- oxigênio;
- aspirador portátil ou fixo;
- material para punção venosa;
- material para curativo;
- material para pequenas suturas;
- material para imobilizações (colares, talas, pranchas).

E devem fazer parte dos medicamentos de urgência nas UBS: Adrenalina, Água destilada, Aminofilina, Amiodarona, Atropina, Brometo de Ipratrópio, Cloreto de potássio, Cloreto de sódio, Deslanosídeo, Dexametasona, Diazepam, Diclofenaco de Sódio, Dipirona, Dobutamina, Dopamina, Epinefrina, Escopolamina (hioscina), Fenitoína, Fenobarbital, Furosemida, Glucose, Haloperidol, Hidantoína, Hidrocortisona, Insulina, Isossorbida, Lidocaína, Meperidina, Midazolan, Ringer Lactato, Soro Glico-Fisiológico, Soro Glicosado.

É necessário, portanto, que tanto a equipe de saúde quanto os gestores valorizem e planejem adequadamente as ações da Atenção Básica para permitir o adequado atendimento às situações de emergência.

7. ATENDIMENTO SEQUENCIAL

A equipe deve acompanhar a alta dos pacientes após atendimento nos serviços de emergência e/ou internação hospitalar, identificando a presença de sequelas e novos riscos à saúde, a fim de programarem, de forma individualizada, as ações de prevenção de complicações e recuperação de sua saúde, primando por um acompanhamento integral à saúde.

Em relação à organização do serviço de saúde na UBS e na comunidade, é importante ressaltar que, segundo a AHA (2010), o determinante mais importante de sobrevivência de vítimas de parada cardiorrespiratória é a presença de um socorrista leigo apto a agir prontamente, porque a pronta identificação da situação de emergência e a tomada imediata de medidas adequadas são essenciais para o sucesso no atendimento às vítimas. Seguindo esta lógica, deve ser incentivada a constante qualificação tanto da equipe, incluindo os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), como da população local, para identificação e atuação nestas situações de emergência.

8. RESUMO

Neste Módulo vimos as principais causas da asfixia e revisamos a importância do início oportuno das manobras de ressuscitação. Além disso, abordamos as técnicas adequadas, assim como os materiais e medicamentos utilizados para o atendimento das vítimas. Chamamos a atenção para a necessidade de treinamento permanente e atualização de toda a equipe, para que estejam preparados para este evento que, apesar de incomum no dia a dia dos Centros de Saúde, exige habilidade e rapidez nas ações para que possa preservar a vida da pessoa acometida.

*Ana Cristina Vidor
André Ricardo Moreira*

- AHA (American Heart Association). **2010 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment Recommendations**. Disponível em: <http://circ.ahajournals.org/content/122/16_suppl_2/S250.full.pdf+html>. Acesso em: 14 mar. 2013.
- BRASIL. Portaria n. 2048, de 5 de novembro de 2002. Aprova o regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2002.
- _____. **Informações de Saúde**: estatísticas vitais: mortalidade e nascidos vivos. Brasília, 2010. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>>. Acesso em: 19 abr. 2012.
- _____. Ministério da Saúde. **Acolhimento à demanda espontânea**: queixas mais comuns na Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- CAEN, A. R.; KLEINMAN, M. E.; CHAMEIDES, L. Part 10: Paediatric basic and advanced life support: 2010 International consensus on cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care science with treatment recommendations. **Resuscitation**, v. 81, n.1, p. 213-259, out. 2010. Suplemento.
- COSTA, J. **Dicionário Médico**. Lisboa: Climepsi Editores, 2012. 1068 p.
- FORTES, A. Sala de Emergência. In: **ABCD primário e secundário**. Rio de Janeiro: Medbook. 2007.
- HEIMLICH, H. J. A life saving maneuver to prevent food-chocking. **JAMA**, v. 234, p. 398-400, 1975.
- JAMES, S. R. Airway foreign bodies: update and analysis. **International Anesthesiology Clinics**, v. 30, p. 49-55, 1992.
- KNOBEL, E. **Condutas no Paciente Grave**. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2006.
- MORTON, Patrícia G.; FONTAINE, Dorrie K. **Cuidados Críticos de Enfermagem**: Uma Abordagem Holística. 9ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.
- SMITH, G. A. et al. Prevention of Choking Among Children. **Pediatrics**, v. 125, n. 3, p. 601-607, 2010.

André Ricardo Moreira

Enfermeiro da Emergência Pediátrica do Hospital Universitário – UFSC. Coordenador de Enfermagem do Grupo de Resposta Aérea de Urgência – GARU/SAMU-SC. Especialista em Enfermagem em Terapia Intensiva. Mestre em Enfermagem.

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8375113826883430>

Ana Cristina Vidor

Médica da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. Especialista em Medicina de Família e Comunidade. Doutora em Epidemiologia.

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3201178292177590>