

NOÇÕES BÁSICAS EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

 Cursoslivres



Atendimento em Situações Especiais

Atendimento a Pacientes Psiquiátricos

O atendimento a pacientes psiquiátricos em situações de emergência é um desafio para os profissionais de saúde, pois exige **identificação rápida dos sinais de risco**, manejo adequado da agitação psicomotora e **abordagem humanizada**, garantindo a segurança do paciente e da equipe. O suporte emergencial inclui técnicas de comunicação eficazes, uso criterioso de medicações e, quando necessário, contenção física para evitar danos a terceiros e ao próprio paciente.

Identificação de Situações Psiquiátricas de Urgência

As emergências psiquiátricas englobam condições que colocam o paciente ou outras pessoas em risco imediato, exigindo intervenção rápida. Entre as principais situações de urgência, destacam-se:

1. Agitação Psicótica ou Psicose Aguda

Caracteriza-se por comportamento desorganizado, delírios, alucinações e perda do contato com a realidade. Pode ocorrer em transtornos como:

- **Esquizofrenia e transtornos psicóticos agudos.**
- **Intoxicação por substâncias psicoativas** (anfetaminas, cocaína, álcool).
- **Delirium secundário a doenças metabólicas e neurológicas.**

2. Risco de Suicídio e Autoagressão

Pacientes com **ideação suicida ativa**, histórico de tentativas anteriores e planejamento detalhado apresentam alto risco de suicídio e exigem internação psiquiátrica imediata. Algumas condições associadas incluem:

- **Depressão grave.**
- **Transtorno de personalidade borderline.**
- **Transtornos psicóticos com alucinações comandatárias.**

3. Transtornos de Ansiedade e Pânico

Crises agudas de ansiedade ou ataques de pânico podem simular doenças cardíacas, apresentando:

- **Palpitações, sudorese intensa e tremores.**
- **Sensação de morte iminente.**
- **Falta de ar e aperto no peito.**

4. Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias

Pacientes sob efeito de drogas podem apresentar **agitação extrema, paranoia e comportamento agressivo**, sendo necessário um manejo especializado para evitar complicações, como síndrome de abstinência grave.

O reconhecimento desses quadros permite uma abordagem inicial mais eficaz e direcionada.

Conduta com Pacientes Agitados ou em Crise

O paciente agitado representa um risco potencial para si e para os outros. O primeiro passo no manejo é **avaliar o nível de agitação** e estabelecer uma abordagem escalonada, iniciando com medidas não farmacológicas e, se necessário, avançando para sedação e contenção física.

1. Comunicação e Ambiente Seguro

A abordagem inicial deve ser baseada na **comunicação verbal calma e empática**, reduzindo a tensão da situação. As estratégias incluem:

- **Falar em tom de voz baixo e pausado.**
- **Evitar contato visual fixo e postura ameaçadora.**
- **Permitir espaço físico para que o paciente não se sinta encurralado.**
- **Evitar discussões e confrontos diretos.**

Sempre que possível, o paciente deve ser conduzido para um **ambiente tranquilo**, com pouca estimulação sensorial.

2. Contenção Química (Medicação Sedativa)

Quando a comunicação não é suficiente para acalmar o paciente, a administração de medicação pode ser necessária. As classes mais utilizadas incluem:

- **Antipsicóticos** (haloperidol, olanzapina, quetiapina): utilizados em casos de agitação psicótica.
- **Benzodiazepínicos** (diazepam, lorazepam, midazolam): eficazes para ansiedade extrema e agitação por abstinência alcoólica.
- **Anticonvulsivantes/sedativos** (clorpromazina, prometazina): usados para sedação leve em casos de agitação moderada.

A escolha do medicamento deve ser baseada na causa subjacente da agitação, monitorando sinais vitais e efeitos adversos, como depressão respiratória e hipotensão.

3. Contenção Física

A contenção física deve ser um **recurso de última linha**, utilizado apenas quando o paciente representa **risco iminente de agressão** ou **autolesão grave**.

Os principais critérios para contenção incluem:

- Falha na contenção verbal e medicamentosa.
- Comportamento violento com risco de lesão para terceiros.
- Tentativa ativa de autoagressão.

A contenção deve ser realizada por **pelo menos quatro profissionais treinados**, garantindo que os membros superiores, inferiores e a cabeça estejam imobilizados com segurança. O tempo de contenção deve ser o **mínimo necessário**, e o paciente deve ser monitorado continuamente para evitar complicações, como rabdomiólise e sufocamento.

Abordagem Humanizada e Medicações de Contenção

O atendimento a pacientes psiquiátricos deve ser conduzido de forma **ética e humanizada**, respeitando sua dignidade e autonomia sempre que possível. Algumas diretrizes essenciais incluem:

- **Evitar rótulos e estigmatização** do paciente com transtornos psiquiátricos.
- **Garantir comunicação eficaz** com familiares e acompanhantes.
- **Oferecer suporte psicológico após a estabilização da crise**.

- **Encaminhar o paciente para acompanhamento especializado,** evitando que ele retorne ao ambiente sem suporte adequado.

Medicações de Contenção Farmacológica

A escolha das medicações deve ser individualizada, considerando o histórico do paciente, a causa da crise e possíveis contraindicações.

Situação	Medicação Indicada
Agitação psicótica	Haloperidol IM/IV + Diazepam IM
Crise de ansiedade	Lorazepam oral/IM ou Diazepam IM/IV
Síndrome de abstinência alcoólica	Diazepam IV + tiamina IM
Agitação refratária	Olanzapina IM ou Clorpromazina IM

As doses devem ser ajustadas de acordo com a resposta clínica, evitando sedação excessiva e complicações respiratórias.

Aspectos Éticos e Legais

No Brasil, a abordagem de pacientes psiquiátricos segue diretrizes estabelecidas pela **Lei nº 10.216/2001**, que regula o tratamento de pessoas com transtornos mentais. Entre os princípios fundamentais, destacam-se:

- **O paciente tem direito ao tratamento menos restritivo possível.**
- **A internação involuntária deve ser justificada e comunicada ao Ministério Público.**
- **A equipe médica deve priorizar intervenções que respeitem a autonomia do paciente.**

Respeitar esses princípios é essencial para garantir um atendimento ético e humanizado.

Conclusão

O atendimento de emergências psiquiátricas exige um **equilíbrio entre segurança, manejo adequado da crise e abordagem humanizada**. O reconhecimento precoce das **situações de risco**, a **conduta escalonada no manejo da agitação** e o uso criterioso de **medicações de contenção** são fundamentais para estabilizar o paciente sem comprometer sua dignidade. A capacitação contínua dos profissionais de saúde e a implementação de protocolos de atendimento são essenciais para garantir um atendimento psiquiátrico emergencial eficaz e seguro.

Referências

- BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br>.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *The American Psychiatric Association Practice Guidelines for the Psychiatric Evaluation of Adults*. 3rd ed. Washington, DC: APA, 2020.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Guidelines for Mental Health Crisis Intervention*. Geneva: WHO, 2021. Disponível em: <https://www.who.int>.
- NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE (NICE). *Management of Acute Behavioural Disturbance in Mental Health Settings*. London: NICE, 2019.

Emergências Obstétricas e Pediátricas

As emergências obstétricas e pediátricas requerem atendimento especializado e rápido, pois envolvem situações de alto risco para a mãe, o recém-nascido e a criança. O **parto de emergência**, o **suporte neonatal imediato** e o **atendimento de crianças em situações críticas** são desafios que exigem capacitação profissional, protocolos padronizados e abordagem humanizada.

Atendimento ao Parto de Emergência

O **parto de emergência** ocorre quando a gestante entra em trabalho de parto sem tempo hábil para transporte a uma unidade hospitalar. A assistência correta pode reduzir riscos de complicações maternas e neonatais.

1. Avaliação Inicial da Gestante

O primeiro passo é identificar se o parto é iminente. Os sinais de alerta incluem:

- Contrações frequentes e intensas (intervalo menor que 2 minutos).
- Sensação de pressão intensa na região perineal.
- Coroa da cabeça fetal visível no canal de parto.

Se o parto for inevitável, a equipe deve preparar um **ambiente seguro e limpo**, garantindo privacidade para a gestante.

2. Procedimentos no Parto de Emergência

- **Lavagem das mãos e uso de EPIs** para reduzir o risco de infecção.
- **Orientar a gestante a respirar calmamente e evitar empurrar até a dilatação estar completa.**

- **Auxiliar na saída do bebê**, controlando a descida da cabeça fetal para evitar lacerações perineais graves.
- **Após a expulsão do bebê**, estimular o choro e secá-lo imediatamente para evitar hipotermia.
- **Pinçar o cordão umbilical** entre 1 e 3 minutos após o nascimento.

3. Cuidados Pós-Parto

- **Verificar sinais de hemorragia materna** e realizar massagem uterina, se necessário.
- **Garantir a amamentação precoce**, o que ajuda na contração uterina e previne hemorragias.
- **Encaminhar mãe e bebê para atendimento hospitalar o mais breve possível.**

Se houver complicações como **prolapso de cordão umbilical, hemorragia pós-parto ou retenção placentária**, a gestante deve receber suporte emergencial enquanto aguarda transporte.

Suporte Neonatal Imediato

O recém-nascido requer uma abordagem específica nos primeiros minutos de vida para garantir adaptação adequada à vida extrauterina. O protocolo **Apgar e reanimação neonatal** orienta os primeiros cuidados.

1. Avaliação Inicial do Recém-Nascido

O escore de **Apgar** é utilizado para avaliar a vitalidade do bebê no **1º e 5º minuto de vida**, considerando:

- **Frequência cardíaca.**
- **Respiração.**

- **Tônus muscular.**
- **Irritabilidade reflexa.**
- **Cor da pele.**

Se o escore for inferior a 7, medidas de reanimação devem ser iniciadas imediatamente.

2. Passos do Suporte Neonatal

1. **Aquecimento e secagem:** Manter o recém-nascido aquecido é fundamental para evitar hipotermia.
2. **Estímulo da respiração:** Se o bebê não chorar, estimular com fricção nas costas e batidas leves nos pés.
3. **Aspiração de vias aéreas:** Apenas se houver obstrução evidente por secreções.
4. **Ventilação com balão autoinflável:** Se houver apnéia ou frequência cardíaca < 100 bpm, iniciar ventilação com máscara a 40-60 insuflações/minuto.
5. **Massagem cardíaca externa:** Se a frequência cardíaca for < 60 bpm, iniciar compressões torácicas (3 compressões para 1 ventilação).
6. **Administração de oxigênio e suporte avançado:** Em casos graves, pode ser necessário intubação e uso de adrenalina intravenosa.

Após a estabilização, o recém-nascido deve ser monitorado e encaminhado para cuidados neonatais especializados.

Atendimento a Crianças em Situação de Emergência

O atendimento de emergências pediátricas exige **avaliação rápida e abordagem adaptada** às características fisiológicas da criança. As condições mais comuns incluem:

1. Avaliação Inicial e Suporte ABCDE

O protocolo **ABCDE pediátrico** orienta a estabilização do paciente:

- **A – Via aérea:** Garantir a permeabilidade da via aérea, posicionando a cabeça levemente estendida e aspirando secreções.
- **B – Respiração:** Avaliar a frequência respiratória, esforço ventilatório e saturação de oxigênio. Administrar oxigênio suplementar, se necessário.
- **C – Circulação:** Verificar sinais de choque (taquicardia, extremidades frias, tempo de preenchimento capilar > 2s). Reposição volêmica com soro fisiológico pode ser necessária.
- **D – Déficit neurológico:** Avaliar nível de consciência com a escala AVPU (Alerta, Responde à voz, Responde à dor, Inconsciente).
- **E – Exposição:** Verificar sinais de trauma, lesões e temperatura corporal.

2. Condições Comuns e Manejo

- **Parada cardiorrespiratória:** Em crianças, geralmente decorre de hipóxia. A RCP deve ser iniciada com **ventilação de resgate antes das compressões torácicas**.
- **Choque séptico:** Administrar antibióticos precocemente e garantir suporte hemodinâmico com fluidos intravenosos.
- **Convulsões febris:** Controlar temperatura e administrar diazepam ou midazolam, se necessário.
- **Obstrução de vias aéreas:** Manobra de Heimlich em crianças maiores ou tapotagem torácica em lactentes.

A rápida identificação e estabilização dessas condições aumentam as chances de recuperação e reduzem complicações.

Conclusão

As emergências obstétricas e pediátricas requerem **resposta rápida, técnica e humanização** para garantir a segurança da mãe, do recém-nascido e da criança. O **parto de emergência** exige preparo adequado para minimizar riscos. O **suporte neonatal imediato** garante a estabilização do recém-nascido nos primeiros minutos de vida, enquanto o **atendimento pediátrico emergencial** deve seguir protocolos específicos para evitar complicações graves. A capacitação contínua dos profissionais de saúde e o seguimento de diretrizes baseadas em evidências são fundamentais para melhorar os desfechos nessas situações críticas.

Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para Assistência ao Parto e Atendimento Neonatal**. Brasília, 2021. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br>.
- AMERICAN HEART ASSOCIATION. *Neonatal Resuscitation Program (NRP) Guidelines*. Circulation, 2020. Disponível em: <https://www.ahajournals.org>.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Guidelines for the Management of Pediatric Emergencies*. Geneva, 2021. Disponível em: <https://www.who.int>.
- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. *Pediatric Advanced Life Support (PALS) Guidelines*. Pediatrics, 2020.

Atendimento em Desastres e Múltiplas Vítimas

O atendimento em desastres e incidentes com múltiplas vítimas representa um grande desafio para os serviços de emergência, exigindo uma **organização eficiente, triagem adequada e segurança para a equipe**. Esses eventos podem ser naturais (terremotos, enchentes, incêndios florestais) ou provocados pelo homem (acidentes de trânsito em massa, explosões, ataques terroristas), e sua resposta deve ser coordenada para maximizar a sobrevivência das vítimas e otimizar o uso de recursos disponíveis.

Triagem de Múltiplas Vítimas (START)

A triagem de vítimas em cenários de desastre é fundamental para garantir que os recursos limitados sejam direcionados àqueles com maior necessidade. O método mais utilizado no atendimento pré-hospitalar é o **START (Simple Triage and Rapid Treatment)**, que classifica as vítimas com base na gravidade de seus ferimentos.

1. Classificação de Vítimas pelo START

O protocolo START categoriza as vítimas em quatro cores, de acordo com sua condição clínica:

- **Vermelho (Emergente – Atendimento imediato):** Vítimas com risco iminente de morte, mas que podem ser salvas com intervenção rápida (exemplo: dificuldade respiratória grave, hemorragia não controlada).
- **Amarelo (Urgente – Atendimento intermediário):** Vítimas com lesões significativas, mas que podem aguardar atendimento por um curto período (exemplo: fraturas fechadas, ferimentos extensos sem risco imediato).

- **Verde (Pouco Urgente – Atendimento tardio):** Vítimas com ferimentos leves que podem andar e não necessitam de cuidados imediatos (exemplo: cortes superficiais, entorses).
- **Preto (Expectante – Sem prioridade de atendimento):** Vítimas em óbito ou com ferimentos fatais sem possibilidade de sobrevivência com os recursos disponíveis (exemplo: parada cardiorrespiratória prolongada, traumatismo craniano grave com exposição de massa encefálica).

2. Aplicação do Protocolo START

A avaliação é feita em menos de **60 segundos por vítima**, seguindo três critérios principais:

1. **Respiração:** Se a vítima não respira, reposicionar a via aérea. Se não houver resposta, classificar como **preto**.
2. **Perfusão:** Avaliar pulso radial ou tempo de enchimento capilar. Se ausente ou superior a 2 segundos, classificar como **vermelho**.
3. **Resposta neurológica:** Se a vítima não consegue obedecer comandos simples, classificar como **vermelho**.

Esse método permite uma identificação rápida das prioridades de atendimento e facilita a organização das equipes de resgate.

Organização e Recursos em Grandes Emergências

A resposta eficiente a desastres depende de uma **estrutura organizacional bem definida**, garantindo que o atendimento seja coordenado e eficaz.

1. Comando de Incidentes

O sistema de comando de incidentes (SCI) é um modelo de gestão adotado mundialmente para organizar a resposta a emergências em grande escala. Ele inclui funções essenciais, como:

- **Comandante do incidente:** Responsável pela coordenação geral.
- **Seção de operações:** Equipe de resgate e atendimento médico.
- **Seção de logística:** Gerenciamento de suprimentos, transporte e comunicação.
- **Seção de planejamento:** Avaliação da evolução do desastre e estratégias futuras.

A ativação desse sistema permite que as equipes trabalhem de forma integrada, evitando desperdício de recursos e garantindo uma resposta mais rápida.

2. Gestão de Recursos

Em eventos com múltiplas vítimas, os recursos de saúde podem ser limitados. O planejamento deve incluir:

- **Pontos de atendimento avançado (PTA):** Estações médicas próximas ao local do desastre para triagem e estabilização inicial.
- **Hospitais de referência:** Designação de unidades que receberão vítimas graves.
- **Estoque de insumos críticos:** Garantia de acesso a oxigênio, fluidos intravenosos, medicamentos de emergência e equipamentos de imobilização.

3. Comunicação e Coordenação

A comunicação eficiente entre equipes médicas, bombeiros, polícia e defesa civil é essencial para evitar falhas operacionais. Isso pode ser facilitado por:

- **Uso de rádios e sistemas de comunicação integrados.**
- **Protocolos padronizados para passagem de informações.**
- **Definição clara de funções e cadeias de comando.**

A organização prévia e a realização de **simulações periódicas** ajudam a aprimorar a capacidade de resposta e reduzir erros durante emergências reais.

Segurança da Equipe e Continuidade do Atendimento

A segurança dos profissionais envolvidos na resposta a desastres é fundamental para garantir um atendimento eficaz e evitar novos feridos entre os socorristas.

1. Avaliação da Cena e Riscos Ambientais

Antes de iniciar o atendimento, é necessário realizar uma avaliação da cena, considerando riscos como:

- **Estruturas instáveis** (desabamentos, incêndios).
- **Materiais perigosos** (vazamento de produtos químicos, explosivos).
- **Risco de novos eventos** (réplicas de terremotos, deslizamentos secundários).

Os socorristas devem utilizar **Equipamentos de Proteção Individual (EPIs)** apropriados, como capacetes, luvas resistentes e máscaras respiratórias.

2. Prevenção do Esgotamento da Equipe

Em desastres prolongados, a exaustão física e mental dos profissionais de emergência pode comprometer o atendimento. Medidas preventivas incluem:

- **Rodízio de turnos para evitar fadiga excessiva.**
- **Suporte psicológico para profissionais expostos a eventos traumáticos.**
- **Hidratação e alimentação adequadas durante o trabalho.**

3. Continuidade do Atendimento e Encaminhamentos

Após a estabilização inicial, as vítimas devem ser encaminhadas para centros de referência, garantindo continuidade do atendimento hospitalar. Além disso, a fase pós-desastre inclui:

- **Acompanhamento psicológico das vítimas** para minimizar traumas emocionais.
- **Reabilitação de pacientes com sequelas físicas.**
- **Avaliação e revisão do plano de resposta para melhorias futuras.**

Conclusão

O atendimento a desastres e múltiplas vítimas exige **planejamento, coordenação e protocolos bem estabelecidos** para maximizar a sobrevivência e minimizar os impactos. A triagem pelo método **START** permite uma priorização rápida e eficaz das vítimas, enquanto a organização de recursos garante a eficiência do atendimento. A segurança da equipe deve ser sempre uma prioridade, assegurando que os socorristas possam atuar sem riscos desnecessários. A capacitação contínua e simulações de resposta são essenciais para aprimorar a gestão de emergências e preparar as equipes para eventos de grande magnitude.

Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Atendimento a Desastres com Múltiplas Vítimas**. Brasília, 2020. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br>.
- AMERICAN COLLEGE OF EMERGENCY PHYSICIANS. *Mass Casualty Triage: START and Other Triage Systems*. Annals of Emergency Medicine, 2021.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Mass Casualty Management Systems: Strategies for Health Facilities*. Geneva: WHO, 2019. Disponível em: <https://www.who.int>.
- FEDERAL EMERGENCY MANAGEMENT AGENCY (FEMA). *Incident Command System (ICS) for Emergency Response*. Washington, DC: FEMA, 2020.