

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM LINHAS DE CUIDADO EM ENFERMAGEM

URGÊNCIA E EMERGÊNCIA



MÓDULO IX: CUIDADO NAS URGÊNCIAS/EMERGÊNCIAS CIRÚRGICAS,
GINECO-OBSTÉTRICAS, PSIQUIÁTRICAS, PEDIÁTRICAS E DEMAIS AGRAVOS



GOVERNO FEDERAL

Presidente da República Dilma Vana Rousseff

Ministro da Saúde Alexandre Padilha

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

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Reitora Roselane Neckel

Vice-Reitora Lúcia Helena Pacheco

Pró-Reitora de Pós-Graduação Joana Maria Pedro

Pró-Reitor de Extensão Edison da Rosa

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Diretor Sérgio Fernando Torres de Freitas

Vice-Diretora Isabela de Carlos Back Giuliano

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

Chefe do Departamento Vera Radünz

Subchefe do Departamento Grace Terezinha Marcon Dal Sasso

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Coordenadora Vânia Marli Schubert Backes

Subcoordenadora Odaléa Maria Brüggemann

COMITÊ GESTOR

Coordenadora Geral do Projeto e do Curso de Especialização Vânia Marli Schubert Backes

Coordenadora Didático-Pedagógica Kenya Schmidt Reibnitz

Coordenadora de Tutoria Lúcia Nazareth Amante

Coordenadora de EaD Grace Terezinha Marcon Dal Sasso

Coordenadora de TCC Flávia Regina Souza Ramos

Coordenadoras Pólos Silvana Martins Mishima, Lucieli Dias Pedreschi Chaves, Lucilene Cardoso

EQUIPE DE APOIO

Secretaria: Claudia Crespi Garcia e Viviane Aaron Xavier

Tecnologia da Informação: Fábio Schmidt Reibnitz

AUTORES

Antonio de Miranda Wosny

Alexsandro Barreto Almeida

Patrícia Kuerten Rocha

Vitória Regina Petters Gregório

REVISÃO TÉCNICA

Keyla Cristiane do Nascimento

© 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.

Edição, distribuição e informações:

Universidade Federal de Santa Catarina

Campus Universitário, 88040-900 Trindade – Florianópolis – SC

M9 - O Cuidado nas Urgências e Emergências Cirúrgicas, Gineco-obstétricas, Psiquiátricas, Pediátricas e Demais Agravos

W837c WOSNY, Antonio de Miranda

Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem: O cuidado nas urgências e emergências: cirúrgicas, gineco-obstétricas, psiquiátricas, pediátricas e demais agravos / Antonio de Miranda Wosny; Patrícia Kuerten Rocha; Vitória Regina Petters Gregório; et al. – Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2013.

81 p.

ISBN: 978-85-88612-60-0

1. Urgência e Emergência. 2. Enfermagem – Assistência.

CDU – 616-083.98

Catalogado na fonte por Anna Khris Furtado D. Pereira – CRB14/1009

EQUIPE DE PRODUÇÃO DE MATERIAL

Coordenação Geral da Equipe Eleonora Milano Falcão Vieira, Marialice de Moraes

Coordenação de Design Instrucional Andreia Mara Fiala

Design Instrucional Master Paula Balbis Garcia

Design Instrucional Eliane Orelo

Revisão Textual Márcia Melo Bortolato

Coordenadora de Design Gráfico Giovana Schuelter

Design Gráfico Tais Massaro

Design de Capa Rafaella Volkmann Paschoal

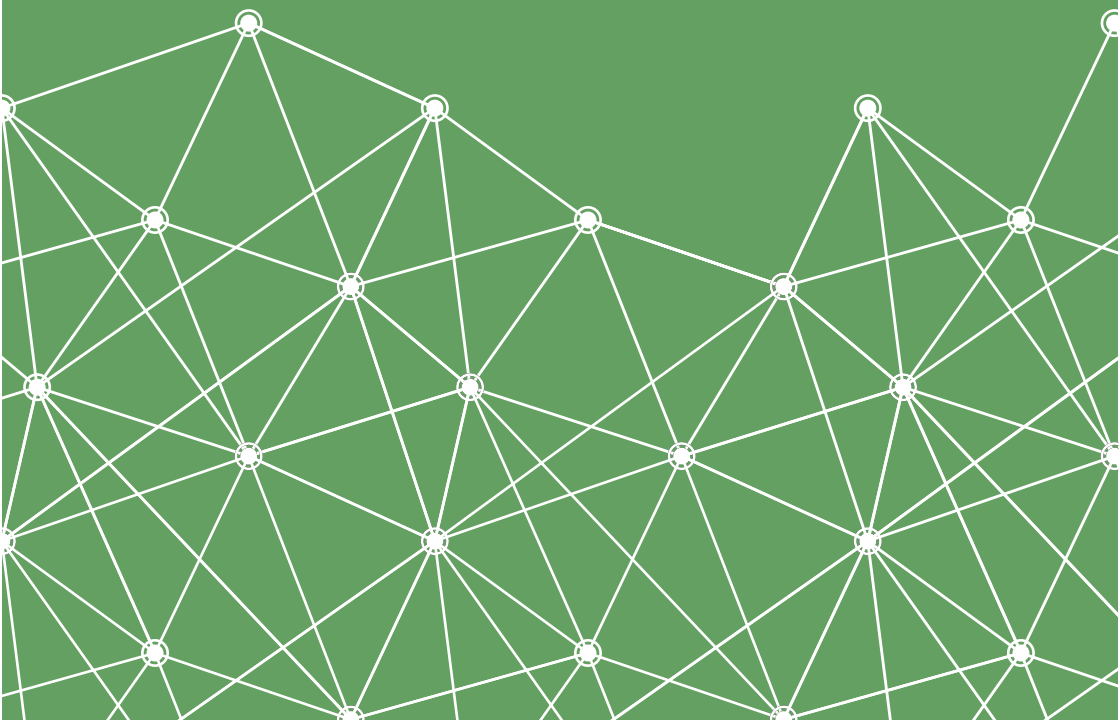
Projeto Editorial Cristal Muniz, Fabrício Sawczen

UFSC/ENFERMAGEM/PEN

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM LINHAS DE CUIDADO EM ENFERMAGEM

MÓDULO IX

CUIDADO NAS URGÊNCIAS/EMERGÊNCIAS CIRÚRGICAS,
GINECO-OBSTÉTRICAS, PSIQUIÁTRICAS, PEDIÁTRICAS
E DEMAIS AGRAVOS



FLORIANÓPOLIS
2013

CARTA DO AUTOR

Caro aluno, neste momento você inicia o Módulo IX, que tem como foco o cuidado nas urgências/emergências cirúrgicas, ginecológicas e obstétricas, psiquiátricas, pediátricas e demais agravos.

No decorrer deste módulo, você aprofundará conhecimentos referentes aos temas relacionados: ao abdômen agudo; à parada cardiorrespiratória em pediatria; às síndromes hemorrágicas relacionadas ao abortamento, à placenta prévia, ao descolamento prematuro da placenta, à rotura uterina e vasa prévia; à assistência aos sujeitos em situações de crise psíquica.

Nesse sentido, abordaremos conteúdos essenciais para que ao final deste módulo o aluno possa ser capaz de determinar as possibilidades de diagnóstico, prescrição e execução dos principais cuidados de enfermagem ao indivíduo atendido em situação de urgência ou emergência, tendo sua capacidade crítica e reflexiva apoiada em conhecimentos científicos.

Aproveitamos a oportunidade para parabenizá-lo pelo caminho percorrido e incentivá-lo a concluir este último módulo e o que foi proposto para complementar seu conhecimento relacionado ao eixo Enfermagem em Urgência e Emergência.

Bom trabalho!

Antonio de Miranda Wosny, Dr.
Patrícia Kuerten Rocha, Dra.
Vitória Regina Petters Gregório, Dra.
Alexsandro Barreto Almeida, Ms.

“É fundamental diminuir a distância entre o que se diz e o que se faz, de tal maneira que num dado momento a tua fala seja a tua prática.” (Paulo Freire)

OBJETIVO GERAL

Ao final deste módulo, o aluno será capaz de determinar as possibilidades de diagnóstico, prescrição e execução dos principais cuidados de enfermagem ao indivíduo atendido em situações de urgências ou emergências cirúrgicas, ginecológicas e obstétricas, psiquiátricas, pediátricas e demais agravos, com capacidade crítica e reflexiva apoiada em conhecimentos científicos.

CARGA HORÁRIA

40 horas.

SUMÁRIO

UNIDADE 1 — OS CUIDADOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NOS QUADROS DE ABDÔMEN AGUDO..... 11

1.1	Introdução	11
1.2	Definições	12
1.3	Etiologia	13
1.4	A avaliação clínica de enfermagem	15
1.4.1	O histórico clínico	15
1.4.2	Queixa principal	16
1.4.3	Exame físico geral	17
1.4.5	Exame físico Abdominal	18
1.6	Inspeção	22
1.7	Ausculta	22
1.7.1	Os sons intestinais são classificados como normais, hipoativos e hiperativos:	23
1.8	Percussão	24
1.9	Palpação	25
1.9.1	Sinais propedêuticos	26
1.10	Exames laboratoriais e de Imagem	27
1.11	O tratamento do abdômen agudo	28
1.12	Cuidados Gerais	29
1.12.1	Possíveis Complicações:	30
1.13	Intervenções de enfermagem	30
1.14	Resumo	31
1.15	Fechamento	32
1.16	Recomendação de Leitura Complementar:	32

UNIDADE 2 — OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM NAS URGÊNCIAS/EMERGÊNCIAS GINECOLÓGICAS E OBSTÉTRICAS..... 35

2.1	Introdução	35
2.2	Abortamento	36
2.2.1	Diagnóstico de enfermagem	38
2.2.2	Intervenções de Enfermagem	38
2.3	Placenta Prévia	39
2.3.1	Manifestações clínicas	41
2.3.2	Exames laboratoriais	42
2.4	O descolamento prematuro da placenta	43
2.4.1	Manifestações clínicas	45
2.5	A rotura uterina	47
2.5.1	Manifestações clínicas	47
2.5.2	Cuidados de enfermagem	48

2.6 A vasa prévia.....	48
2.6.1 Cuidados de enfermagem	49
2.7 Resumo	50
2.8 Fechamento	50
2.9 Recomendação de leitura complementar	50

UNIDADE 3 – OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA PEDIÁTRICA.....53

3.1 Introdução.....	53
3.2 Compressões torácicas e locais de verificação do pulso:.....	55
3.3 Desfibrilador Externo Automático	60
3.3.1 Ventilação	60
3.4 Vias de administração de medicação	64
3.4.1 Cuidados pós-parada	65
3.5 Resumo	66
3.6 Fechamento	66
3.7 Recomendação de leitura complementar	66

UNIDADE 4 – O CUIDADO DE ENFERMAGEM NAS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS PSIQUIÁTRICAS69

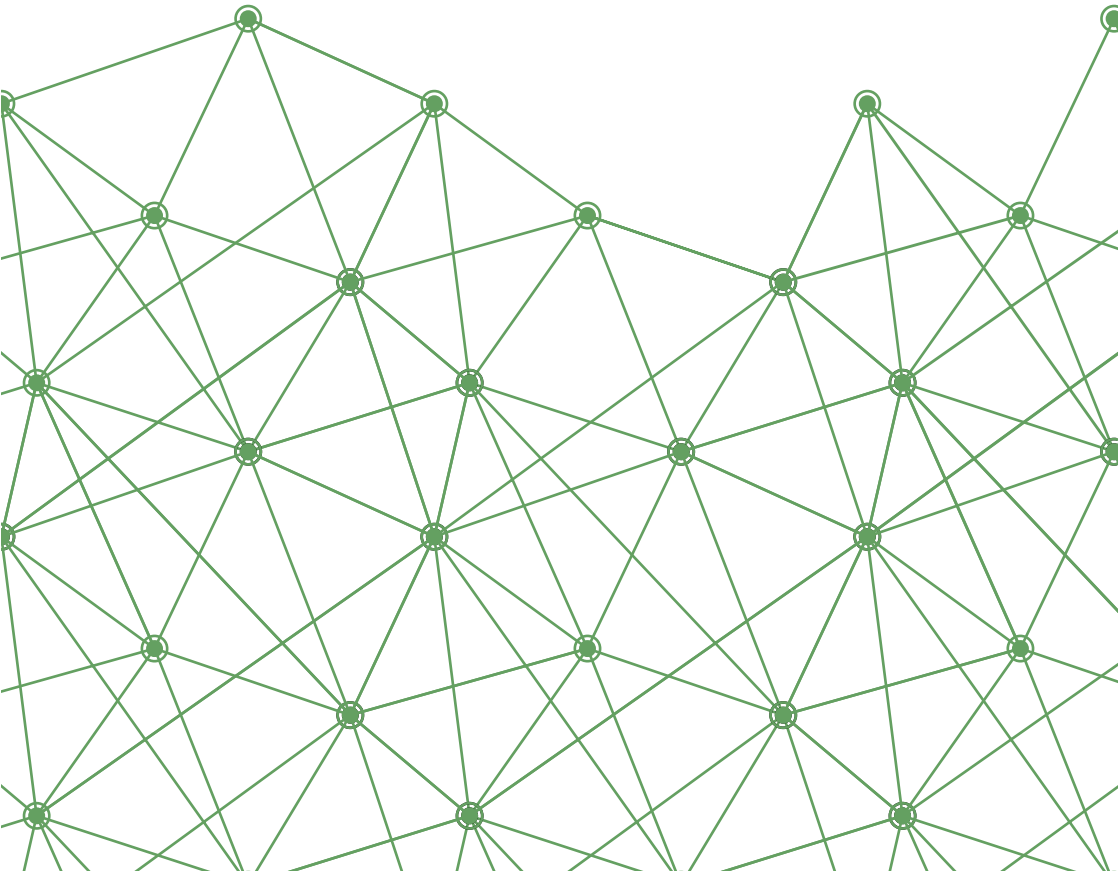
4.1 Introdução.....	69
4.2 A crise psiquiátrica.....	70
4.2.1 Tipos de crises:.....	70
4.3 Elementos norteadores para a intervenção na crise	71
4.4 Intervenções básicas nas situações de crise	73
4.4.1 Casos clínicos:	73
4.5 Os quadros de intoxicação/abstinência por álcool e outras drogas	77
4.6 Os quadros ansiosos	78
4.7 Resumo	79
4.8 Fechamento	79
4.9 Recomendação de leitura complementar	80

ENCERRAMENTO DO MÓDULO81

REFERÊNCIAS82

MINICURRÍCULO DOS AUTORES.....85

UNIDADE 1



Unidade 1 – Os cuidados de urgência e emergência nos quadros de abdômen agudo

Ao final deste estudo, você deverá ser capaz de prescrever e executar os principais cuidados de enfermagem ao indivíduo atendido em serviço de emergência com quadro de abdômen agudo, interrogado ou confirmado.

1.1 Introdução

O abdômen agudo pode ser considerado como um dos mais importantes e frequentes problemas de saúde em emergência clínica, decorrente de multifatores patológicos não traumáticos ou traumáticos (SALLUN; PATANHOS, 2007). Em virtude de sua gravidade, requer cuidados urgentes para diagnóstico e tratamento. A dor é considerada a principal queixa manifestada pelos pacientes.

Assim, define-se como um quadro clínico abrangendo múltiplos órgãos que podem apresentar reações dolorosas súbitas e progressivas na região abdominal, exigindo atenção profissional imediata para definição diagnóstica e terapêutica (ENFERMAGEM EM CUIDADOS CRÍTICOS, 2005; MORTON; FONTAINE, 2011). Este fato se apresenta como o principal desafio à equipe profissional de emergência, considerando a multiplicidade patológica que pode simular ou definir um abdômen agudo.

A história, o exame clínico, os exames laboratoriais e de imagens constituem as principais ferramentas diagnósticas. A conduta terapêutica abrange múltiplas possibilidades, com atenção especial para a necessidade de cirurgia.

O cliente com abdômen agudo confirmado ou interrogado requer atenção especial do profissional de enfermagem, tanto na terapêutica medicamentosa para alívio da dor quanto no apoio aos exames diagnósticos e intervenções cirúrgicas necessárias. Na sistematização da assistência de enfermagem, o diagnóstico e a prescrição de enfermagem são indispensáveis para acolhimento, alívio da dor e conforto do paciente.

A dor abdominal é uma manifestação comum presente em cerca de 1,5% dos pacientes que recorrem a consultas e em aproximadamente 6,5% dos pacientes que são admitidos em urgências hospitalares. Embora frequentemente benigna, até 10% destes doentes podem apresentar patologias graves (CAPPEL, 2008).



Palavra do profissional

Trata-se de um quadro clínico abrangendo múltiplos órgãos corporais que podem apresentar reações dolorosas súbitas e progressivas na região abdominal, exigindo atenção profissional imediata para a definição diagnóstica e terapêutica.

Portanto, o quadro de abdômen agudo é um problema de saúde cotidiano na rotina dos serviços de urgência e emergência, tanto no pré-hospitalar como no intra-hospitalar. Das admissões em emergências, 15% são por abdômen agudo; ocorrem 300 mil hosp./ano e 30 mil mortes/ano pelo mesmo motivo, com gastos estimados em US\$ 3 bilhões de dólares/ano¹².

1.2 Definições

Feres e Parra (2008) apresentam como definição central de abdômen agudo toda a condição dolorosa de início súbito.

Convém lembrar que a dor é a manifestação fundamental na definição do abdômen agudo. Trata-se de um ponto-chave para o diagnóstico. Destaca-se que muitos casos de abdômen agudo requerem tratamento intervencional cirúrgico.



Saiba mais

Para aprofundar mais as definições deste quadro, sugerimos a leitura do texto *Abdômen Agudo*. Disponível em: <http://www.fmrp.usp.br/revista/2007/vol40n3/7_abdomen_agudo.pdf>.

Este conteúdo também pode ser lido no artigo *Abdome Agudo*, de Roberto Valente. Disponível em: <http://www.hportugues.com.br/medicos/ensino/copy_of_plonearticle.2005-06-20.8485126394/Attachment00083193/2.Sindromes%20Abdominais.pdf>.

1.3 Etiologia

Vamos então compreender o que é **etiologia**, seu uso e quais são as principais causas que levam ao quadro de abdômen agudo.

O abdômen agudo pode ser classificado em abdômen agudo traumático e não traumático (SALLUN; PATANHOS, 2007). Entretanto, esta classificação abrange o comprometimento de todas as estruturas corporais que agem e interagem na região abdominal.

Etiologia é o estudo das causas. Uma espécie de ciência das causas. Não há de se falar em Etiologia como termo restritivo de uma ciência isoladamente.

Assim sendo, os profissionais de enfermagem que atuam no setor de emergência devem estar atentos às causas mais frequentes de abdômen agudo e aptos a identificar os sinais e sintomas específicos de cada uma.

Existem populações específicas no qual o espectro de doença é significativamente diferente e que por isso merecem particular atenção, são as crianças, as mulheres e os idosos.

As dificuldades no exame pediátrico, essencialmente no que concerne à obtenção da história e realização do exame físico, tornam a clarificação da dor abdominal uma tarefa mais laboriosa.

A dor abdominal na mulher pode estar filiada à patologia ginecológica. Constituem causas frequentes: cistos ováricos, miomas uterinos, abscessos tubarováricos e endometriose. Na idade reprodutiva, não devem ser descuradas a possibilidade de gravidez ou complicações inerentes (gravidez ectópica e abortamento). A probabilidade de gravidez modifica a abordagem diagnóstica, pois obriga a evitar a exposição à radiação.

Os idosos apresentam desafio diagnóstico maior. A frequência e a gravidade da doença podem ser mais exuberantes nesta população: maior incidência de doença diverticular, sépsis associada à infecção urinária, perfuração de víscera oca e isquemia mesentérica. A apresentação da dor abdominal nos idosos pode ser diversa e a não procura de cuidados ou a não valorização dos sintomas pode causar atrasos diagnósticos fatais.

Na prática, observamos que o abdômen agudo traumático pode ser fechado ou aberto. A principal causa dos traumas fechados relaciona-se aos acidentes de trânsito, os quais também ocasionam traumas abertos. Os ferimentos originados de outras formas de violência, especialmente por arma de fogo ou arma branca também se incluem nesta categoria.

O abdômen agudo não traumático pode ser classificado de diversas maneiras, decorrentes principalmente de distúrbios inflamatórios, perfurativos, obstrutivos, hemorrágicos e vasculares produzidos na região abdominal (ENFERMAGEM EM CUIDADOS CRÍTICOS, 2005; MORTON; FONTAINE, 2011; SALLUN; PATANHOS, 2007; FERES; PARRA, 2008; BRUNETTI; SCARPELINI, 2007).

Vejamos a seguir, no quadro 1, os principais distúrbios abdominais agudos.

Quadro 1: Síntese dos Distúrbios Abdominais Agudos

DISTÚRBIOS DO TRATO GASTRINTESTINAL	Apendicite aguda, adenite mesentérica, diverticulite aguda, distúrbios intestinais inflamatórios, diverticulite de Meckel, dor abdominal inespecífica, gastrenterite aguda e gastrite aguda, hérnia encarcerada, perfuração intestinal, síndrome de Boerhaave, infecções parasitárias, obstrução intestinal, úlcera péptica perfurada.
DISTÚRBIOS DO FÍGADO, BAÇO E TRATO BILIAR	Abscesso hepático íntegro ou roto, abscessos pancreáticos, colangite aguda, colecistite aguda, cólica biliar, distúrbios pancreáticos, hepatite aguda, infarto e abscesso esplênicos, pancreatite aguda, pseudocistos do pâncreas infectados, rotura espontânea do baço, tumor hepático roto.
DISTÚRBIOS DO TRATO GENITURINÁRIO	Cistite aguda, cólica renal ou ureteral, infarto renal, orquitepididimite, pielonefrite aguda.
DISTÚRBIOS GINECOLÓGICOS	Dismenorreia, endometriose, endometrite, prenhez ectópica rota, ruptura de cisto de folículo ovariano, salpingite aguda, torção de tumor de ovário.
DISTÚRBIOS VASCULARES	Rotura de aneurisma aortoilíaco, hepático, renal, esplênico, entre outros; colite isquêmica aguda, trombose mesentérica.
DISTÚRBIOS PERITONEAIS E RETROPERITONEAIS	Abscessos intra-abdominais, peritonite primária, hemorragia retroperitoneal.

Fonte: Enfermagem em cuidados críticos (2005), Morton e Fontaine (2011), Sallun e Patanhos (2007), Feres e Parra (2008) e Brunetti e Scarpelini (2007)

Os casos de pacientes com abdômen agudo também podem ser classificados de acordo sua maneira de manifestação, conforme o quadro didático a seguir:

Quadro: 2: Classificação dos tipos de casos de abdômen agudo

INFLAMATÓRIO	OBSTRUTIVO	PERFURATIVO	VASCULAR	GINECOLÓGICO
Apendicite Aguda	Corpo Estranho		Rotura	
Colecistite Aguda	Doença	Infarto Intestinal	Espontânea do	
Colangite Aguda	Inflamatória		Baço	Gravidez Tubária
Diverticulite	Intestinal	Aneurisma de	Rotura	Rota
Colônica	Hérnia de Parede	Aorta Abdominal	de Tumor	Cisto de Ovário
Diverticulite de	Abdominal	Úlcera Perfurada	Hepático	Hemorrágico
Mackel	Hérnia Interna	Trauma	Rotura de	Rotura de Cisto
Dip: Doença	Tumor	Doença	Aneurisma:	Ovariano
Inflamatória Pélvica	Fecaloma	Inflamatória	Aortoiliaco,	Rotura Uterina...
Pancreatite Aguda	Úlcera Perfurada	Intestinal	Hepático,	
	e Trauma	Corpo Estranho...	Renal e	
	Obstrutivo		Esplênico..	

1.4 A avaliação clínica de enfermagem

Para a composição do diagnóstico de Enfermagem e o planejamento das intervenções de Enfermagem, alguns elementos são essenciais para a tomada de decisão quanto ao melhor cuidado que deve ser prestado à pessoa com quadro de abdômen agudo. Dentre eles, destacamos o histórico clínico abordando a identificação da queixa principal, o exame físico geral e específico, bem como os exames laboratoriais e de imagem, conforme apresentaremos a seguir.

1.4.1 O histórico clínico

O histórico clínico é fundamental na caracterização da dor abdominal. Entretanto, a história individual de cada paciente contribui para o cuidado adequado. Informações socioeconômicas, familiares e culturais auxiliam no diagnóstico e nos cuidados de enfermagem. Assim, devemos avaliar quem é o sujeito do cuidado em situação crítica de saúde.

Para isso, faz-se necessário saber onde vive, quais suas crenças e valores, profissão, etnia, vida familiar, condições de trabalho e renda. O acolhimento e a conquista da confiança do cliente são requisitos que contribuirão para a tomada de decisões, para minimizar a dor e outras intervenções de diagnóstico e tratamento. No caso de dor abdominal, a atenção aos

pacientes idosos ou com alterações de nível de consciência deve ser especial. Por isso sua história deve ser a mais completa possível de forma a focar os aspectos a seguir enunciados:



Saiba mais

Para maiores informações sobre o tema, consulte os conteúdos: Protocolo clínico e de regulação para dor abdominal aguda no adulto e idoso. Disponível em: <http://www.saudedireta.com.br/docsupload/1333460159dor_abdominal.pdf>

Simpósio Brasileiro e Encontro Internacional sobre Dor. Disponível em: <http://www.simbidor.com.br/publicacoes/arquivos_simbidor_2007.pdf>

1.4.2 Queixa principal

Esteja atento também às queixas principais do paciente, tais como:

- Característica, localização, início e duração da dor;
- Eventos associados. Por exemplo: ciclo menstrual, patologias crônicas, consumo de alimentos, uso de medicamentos e outras drogas, assim como situações de estresse;
- Demais alterações sentidas/percebidas: náuseas, vômitos, refluxo alimentar, disfagia, anorexia, polifagia, pirose, flatulências, prurido, hematêmese, alterações de hábitos intestinais, diarreia, constipação, sangramentos nas evacuações, perda ou ganho de peso, alteração da circunferência abdominal (TALBOT; MEYERS-MARQUARDT, 2001).
- Em casos de abdômen agudo interrogado, identificar se a dor é somática ou parietal, visceral, irradiada ou referida (SALLUN; PATANHOS, 2007).



Palavra do profissional

A dor abdominal é um sintoma comum nos serviços de emergência e representa um espectro de diversas patologias que oscilam entre manifestações benignas e emergências cirúrgicas. Constitui um desafio diagnóstico para toda a equipe de saúde. A compreensão da anatomia, da fisiologia e da patologia abdominal é vital para a formulação de diagnósticos diferenciais para a dor abdominal.

Assim, é muito importante perceber como a dor abdominal é gerada e sentida pelo doente. A dor visceral, vaga, deve ser distinguida da dor somática aguda, mais definida e localizada, característica da peritonite. A cólica abdominal constitui uma dor aguda, localizada, que aumenta até um pico, diminuindo, em seguida, de intensidade, mas persistindo depois. Geralmente, encontra-se subjacente a doença de víscera oca. O mecanismo postulado é a contração do músculo liso proximal a uma obstrução completa ou parcial, sugere: litíase biliar, litíase renal, oclusão intestinal de delgado (ENFERMAGEM EM CUIDADOS CRÍTICOS, 2005; MORTON; FONTAINE, 2011; SALLUN; PATANHOS, 2007).



Saiba mais

Para que você possa aprofundar sua avaliação da dor abdominal, sugerimos os seguintes vídeos que tratam de sua especificidade. Disponível em: <http://www.youtube.com/watch?v=dm-laA-bRS_M>.

Cuide do aparelho digestivo: Disponível em: <<http://www.youtube.com/watch?v=hpdHuXgQ8l4>>.

1.4.3 Exame físico geral

O exame físico é requisito importante para o diagnóstico de enfermagem. Nesta etapa da avaliação do cliente, atente para a expressão fisionômica e a frequência dos movimentos corporais na tentativa de uma posição antálgica (que atenua a dor), observe também os seguintes sintomas:

- O nível de consciência (Escala de Glasgow, reflexo e sensibilidades), sinais de depressão, letargia, agitação, ansiedade, confusão mental e outros distúrbios comportamentais (MORTON; FONTAINE, 2011);
- Sinais de desequilíbrio hidroeletrólítico, infecção gastrointestinal, icterícia. Observe a frequência, o ritmo e a intensidade dos movimentos respiratórios;
- Verifique o pulso, a pressão arterial, a temperatura, a oxigenação e a gasometria, se necessário (SALLUN; PATANHOS, 2007);
- Registre as condições da cavidade oral, do nariz e da garganta, atentando para a presença de secreções, odores incomuns e o uso de próteses. A presença de sondas nasogástrica, orogástrica ou enterais deve ser registrada.

1.4.5 Exame físico Abdominal

É comum ao profissional de enfermagem utilizar o método dos quadrantes para uma avaliação mais exata da região abdominal, que consiste na divisão do abdômen em quatro regiões iguais, usando duas linhas perpendiculares que se cruzam na linha umbilical.

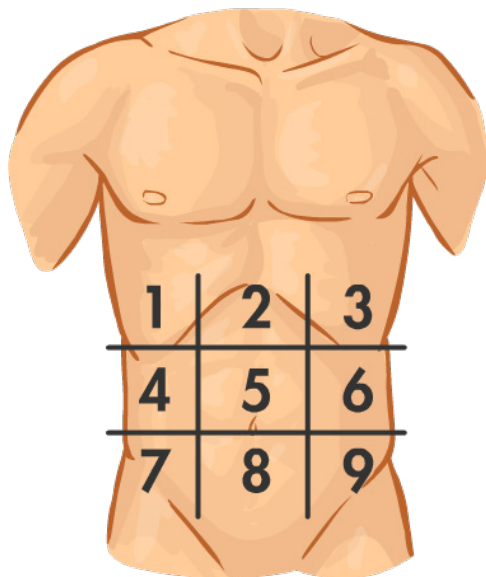
Quadro 3: Quadrantes

QUADRANTE SUPERIOR DIREITO	QUADRANTE SUPERIOR ESQUERDO
Lobo direito de Fígado. Vesícula biliar. Píloro. Duodeno. Cabeça do Pâncreas. Flexura hepática do cólon. Polo superior do rim direito. Porções do cólon ascendente e transverso.	Lobo hepático esquerdo. Baço. Estômago. Corpo/cauda do Pâncreas. Rim esquerdo. Flexura esplênica do cólon. Porções do cólon transverso e descendente.
QUADRANTE INFERIOR DIREITO	QUADRANTE INFERIOR ESQUERDO
Polo inferior do rim direito. Ceco. Apêndice. Parte do cólon ascendente. Tuba uterina. Ovário direito. Ureter direito. Parte da bexiga (se distendida).	Cólon sigmoide. Tuba uterina esquerda. Ovário esquerdo. Parte do cólon descendente. Parte do rim esquerdo. Ureter esquerdo. Linha média. Útero. Parte da Bexiga (se distendida).

Fonte: Adaptado de Talbot (2001, p. 140)

O método das nove regiões também pode ser utilizado contribuindo com mais detalhes ao exame físico e diagnóstico de enfermagem, como pode ser observado na figura a seguir:

Figura 1: Regiões do abdômen



Regiões do abdome

1. Hipocôndrio direito
2. Epigástrico
3. Hipocôndrio esquerdo
4. Flanco direito
5. Mesogástrico
6. Flanco esquerdo
7. Fossa Ilíaca direita
8. Hipogástrico
9. Fossa Ilíaca esquerda

Quadro 4: Divisão do abdômen do paciente por regiões: método das nove regiões

HIPOCONDRÍACA DIREITA	EPIGÁSTRICA	HIPOCONDRÍACA ESQUERDA
Lobo hepático direito. Vesícula biliar.	Extremidade pilórica do estômago. Duodeno. Pâncreas. Porção do fígado.	Estômago. Cauda do Pâncreas. Flexura esplênica do cólon.
LOMBAR DIREITA (FLANCO DIREITO)	UMBILICAL (MESOGÁSTRICO)	LOMBAR ESQUERDA (FLANCO ESQUERDO)
Cólon Ascendente. Porções do duodeno e jejuno.	Omento. Mesentérico. Parte inferior do duodeno. Jejuno e íleo.	Cólon descendente. Porções do jejuno e íleo.

INGUINAL DIREITA (FOSSA ILÍACA DIREITA)	SUPRAPÚBICA (HIPOGASTRO)	INGUINAL ESQUERDA (FOSSA ILÍACA ESQUERDA)
Ceco. Apêndice. Extremidade inferior do íleo.	Íleo.	Cólon sigmoide.

Fonte: Adaptado de Morton e Fontaine (2011, p. 1004)



Palavra do profissional

Destaca-se a importância do bom uso dos nossos sentidos no exame abdominal, com atenção especial ao treinamento dos ouvidos, especialmente para a ausculta e percussão. Entretanto, os outros sentidos também tem importância essencial ao diagnóstico de enfermagem. Lembre ainda que este abdômen em sofrimento é apenas uma parcela integrante da complexidade do ser humano em cuidado.

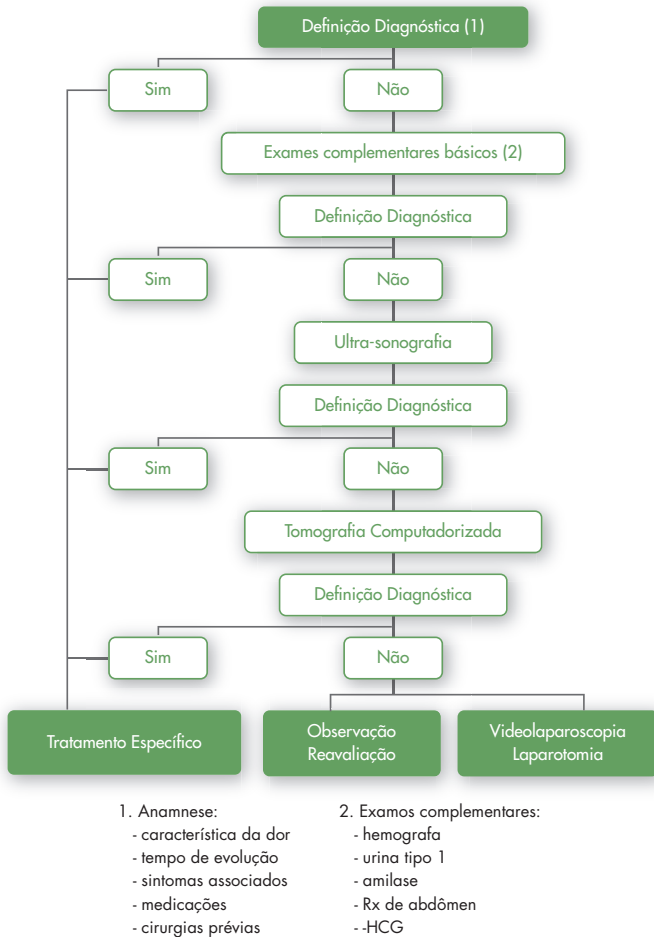
Assim, outras observações e procedimentos fundamentais ao exame abdominal que gostaríamos de destacar são:

- O exame físico abdominal, como um procedimento especial devido à sua importância para o diagnóstico do abdome agudo;
- A situação ideal de exame deve proporcionar o máximo de conforto ao paciente, de preferência em decúbito dorsal, com os braços relaxados e joelhos discretamente curvados sobre uma almofada. Esta posição diminui a tensão sobre a parede abdominal, facilitando outras manobras diagnósticas;
- Estabelecer o processo comunicativo com calma e suavidade, encorajando o paciente a ajudar na avaliação de áreas dolorosas, de modo a evitar maior desconforto físico;
- Aquecer as mãos e o estetoscópio;
- A bexiga deve estar esvaziada, espontaneamente ou por sondagem vesical de alívio. Atentar para a preservação da privacidade do paciente, expondo somente a região corporal em exame;
- Em situação de dor intensa, avaliar a necessidade do exame e interromper o procedimento nos casos de muito desconforto, aumento da sensação dolorosa e tensão do paciente;

- Promover um ambiente aquecido, pois calafrios podem promover tensão abdominal (MORTON; FONTAINE, 2011);
- O aspecto geral do doente e os sinais vitais podem auxiliar no estabelecimento de diagnósticos diferenciais;
- Doentes com peritonite tendem a permanecer quietos, enquanto os que apresentam cólica renal permanecem irrequietos;
- Febre sugere infecção, mas pode estar ausente nos idosos e imunocomprometidos.

Veja o processo na figura apresentada a seguir:

Figura 2: Algoritmo para diagnóstico da dor abdominal aguda não traumática



Fonte: Adaptado de Brunetti e Scarpelini (2007)



Saiba mais

Para que você possa aprofundar o exame físico geral e abdominal, convidamos você a assistir aos seguintes vídeos e conteúdos:

Exame do abdome. Disponível em: <<http://www.youtube.com/watch?v=bOL-ufaTOVg>>.

Exame Físico Abdominal. Disponível em: <<http://pt.scribd.com/doc/40309672/EXAME-FISICO-ABDOMINAL>>

Existem inúmeras manobras classicamente descritas que ajudam no estabelecimento do diagnóstico de enfermagem. Além da história do paciente, é importante lembrar-se das etapas básicas de avaliação abdominal em ordem prioritária:

1.6 Inspeção

Antes de inspecionar o abdômen, divida-o mentalmente em quadrantes. O mais usual é dividi-lo em quatro partes, conforme o quadro visto anteriormente (quadro 3).

1.7 Ausculta

- A ausculta deve preceder a percussão e a palpação para que não haja interferência na atividade e sons intestinais;
- Com este procedimento verificam-se as condições da motilidade intestinal, a presença de ruídos hidroaéreos, assim como informações sobre os vasos e órgãos que se localizam imediatamente abaixo da parede abdominal;
- Ar e líquidos movem-se devido à peristalse intestinal e produzem um som de borbulhamento suave, irregular, alternando crepitações e gorgolejos com duração de cinco a quinze segundos.

1.7.1 Os sons intestinais são classificados como normais, hipoativos e hiperativos:

- **Normais:** ruídos agudos, em gargarejo, devido à mistura de ar e líquidos em movimento. Variam em frequência, tonalidade e intensidade, aproximadamente de 5 a 34 vezes por minuto. No paciente em jejum pode ocorrer o borborigmo, ou ronco estomacal, som de esguicho, gargarejo alto, notado sobre o intestino grosso, devido à travessia de gases.
- **Hipoativos:** ausentes ou raramente ouvidos em intervalos de tempo bem distantes (1 minuto ou mais), acontecem devido à peristaltese diminuída, cólon preenchido de fezes, pós-operatório de cirurgia intestinal, íleo paralítico, peritonite, obstrução intestinal e uso de narcóticos.
- **Hiperativos:** sons frequentes, altos agudos, tipo tinidos e gorgolejantes, podem acontecer no paciente com fome, constipação, diarreia ou uso de laxantes (ENFERMAGEM EM CUIDADOS CRÍTICOS, 2005; MORTON; FONTAINE, 2011).

Ao profissional de enfermagem recomendam-se alguns cuidados especiais na execução da ausculta abdominal:

- Comprimir suavemente o diafragma do estetoscópio quando ausculta os quadrantes abdominais (ENFERMAGEM EM CUIDADOS CRÍTICOS, 2005; MORTON; FONTAINE, 2011);
- Iniciar pelo quadrante inferior direito, um pouco abaixo e à direita do umbigo (ENFERMAGEM EM CUIDADOS CRÍTICOS, 2005; MORTON; FONTAINE, 2011);
- Retirar o estetoscópio da parede abdominal cada vez que muda sua localização para evitar contraturas da musculação local;
- Auscultar cada quadrante de dois a cinco minutos, em sentido horário, antes de se certificar da ausência de ruídos;
- Em casos de paciente com sonda nasogástrica ou outro cateter, sonda ou dispositivo abdominal, clampear ou desligar a sucção, para não confundir os sons intestinais ou vasculares;
- Atentar para sopros (som de derramamento, assopro ou zumbido). Se encontrados recentemente, não realizar a percussão e a palpação e comunicar o profissional médico;

- Abdômen silencioso sugere íleo paralítico; e movimentos peristálticos hiperativos ocorrem na gastreenterite aguda (FERES; PARRA, 2008);
- Períodos de silêncio abdominal intercalados de peristalse hiperativa sugerem diagnóstico de obstrução mecânica do intestino delgado (FERES; PARRA, 2008).

1.8 Percussão

- A percussão abdominal permite determinar a dimensão e a localização dos órgãos e perceber acúmulo de líquidos e ar na cavidade abdominal. Pode, ainda, revelar dor, sugerindo irritação peritoneal;
- Ela consiste em aplicar pequenos golpes em uma área, com a extremidade do quirodáctilo, a borda da mão ou instrumento próprio;
- Deve ser anterior à palpação, ajuda na localização da dor, avaliação de timpanismo em distensão abdominal;
- Pode ser direta, utilizando uma das mãos ou os dedos, a fim de estimular diretamente a parede abdominal, ou indireta, por meio do plexímetro (usualmente o dedo médio da mão esquerda) e do plexor (usualmente o dedo médio da mão direita);
- Inicia-se percutindo suavemente o abdome em todos os seus quadrantes. Inicie pelo quadrante inferior direito e prossiga pelos demais quadrantes no sentido horário, até percorrer toda área abdominal;
- Inicie pelas áreas em que o paciente não sente dor;
- Em geral, predominam os sons timpânicos definidos como sons claros e de timbre baixo, semelhantes à batida de um tambor, devido ao conteúdo de gás das vísceras ocas do trato gastrointestinal. Esses são encontrados em estruturas com ar, como o estômago e os intestinos aéreos;
- O som produzido pela percussão depende da densidade da estrutura subjacente;
- Maciez ou submaciez, sons breves, com timbre alto são percebidos sobre órgãos sólidos como o fígado, o baço ou sobre vísceras preenchidas por líquidos, fezes, massas abdominais ou derrames pleurais;

- Ao percutir um paciente com abdome distendido, que apresenta hipertimpanismo difuso, deve-se ter em mente a possibilidade de uma obstrução intestinal;
- O tamanho do fígado é determinado com a percussão ao longo da linha clavicular média direita. O som maciço das costelas não deve ser confundido com a borda superior do fígado;
- A percussão abdominal deve ser suspensa quando há defesa abdominal, interrogação de apendicite, aneurisma de aorta abdominal, rins policísticos ou transplante abdominal (ENFERMAGEM EM CUIDADOS CRÍTICOS, 2005; MORTON; FONTAINE, 2011; SALLUN; PATANHOS, 2007; FERES; PARRA, 2008).

1.9 Palpação

A palpação pode ser considerada a etapa do exame físico que fornece maiores informações diagnósticas abdominais. É realizada para avaliar a parede abdominal em relação ao tamanho, às condições e à consistência dos órgãos, à presença de massas, à localização e à avaliação da dor local. Devem ser observados os seguintes cuidados:

- As mãos devem estar aquecidas e recomenda-se palpar de maneira delicada, evitando inicialmente as regiões mais doloridas;
- Os quadrantes devem ser palpados em sentido horário, reservando para o final do exame aquelas áreas previamente mencionadas como dolorosas ou sensíveis.

A palpação pode ser superficial ou profunda, contribuindo na determinação do tamanho, forma, posição e sensibilidade da maioria dos órgãos abdominais além da identificação de massas e acúmulo de fluidos. A palpação superficial é realizada com os dedos de uma das mãos estendidos, fechados entre si, com a palma da mão e o antebraço em plano horizontal. A superfície abdominal é pressionada suavemente, aproximadamente um a dois centímetros, evitando movimentos súbitos (ENFERMAGEM EM CUIDADOS CRÍTICOS, 2005; MORTON; FONTAINE, 2011; SALLUN; PATANHOS, 2007).

- A palpação profunda é empregada para delimitar os órgãos abdominais e localizar massas pouco evidentes. Com respiração oral, pressiona-se a parede abdominal do paciente de forma profunda a cada expiração. Devem ser utilizadas as pontas dos dedos de ambas as mãos, pressionando a parede abdominal

aproximadamente 3,5 cm, movendo circularmente, de modo que a parede abdominal também se movimenta sobre as estruturas subjacentes. Estas manobras permitem perceber tamanho, forma, consistência, localização, sensibilidade e mobilidade de órgãos ou massas (ENFERMAGEM EM CUIDADOS CRÍTICOS, 2005; MORTON; FONTAINE, 2011; SALLUN; PATANHOS, 2007; FERES; PARRA, 2008).

Em pacientes com processos inflamatórios ou infecciosos, a dor pode ser intensificada na palpação, assim como na descompressão abdominal abrupta.

1.9.1 Sinais propedêuticos

- O Sinal de Blumberg (descompressão dolorosa no ponto de Mc Burney - ponto situado entre o umbigo e a espinha íliaca anterossuperior) é sugestivo de apendicite;
- O Sinal de Gersuny (massa moldável que recupera a forma vagarosamente depois de palpada) é indicativo de fecaloma;
- O Sinal de Murphy (dor à palpação do hipocôndrio direito durante a inspiração) sugere colecistite;
- O Sinal de Jobert é encontrado quando a percussão da linha axilar média sobre a área hepática produz sons timpânicos ao invés de maciços, indicando ar livre na cavidade abdominal por perfuração de víscera oca;
- O Sinal de Rosving é identificado pela palpação profunda e contínua do quadrante inferior esquerdo que produz dor intensa no quadrante inferior direito, mais especificamente na fossa íliaca direita, sinal este também sugestivo de apendicite aguda (SMELTZER; BARE, 2009; ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA, 2008; SANTOS et al., 2004).

1.10 Exames laboratoriais e de Imagem

Os exames laboratoriais contribuem para esclarecer casos de distúrbios gastrintestinais e abdominais dos pacientes em cuidados críticos de saúde. Ajudam na avaliação dos eletrólitos séricos; dos níveis de metabólitos, enzimas e proteínas; assim como dos parâmetros hematológicos (MORTON; FONTAINE, 2011).

O hemograma é exigido na maioria dos casos de abdome agudo, pois é de grande valor para responder às interrogações diagnósticas.

A determinação dos níveis de hemoglobina e hematócrito contribuem ao diagnóstico de hemorragia abdominal.

A avaliação do número de leucócitos e bastonetes contribui para a determinação de quadros infecciosos (SALLUN; PATANHOS, 2007).

Exames laboratoriais das funções hepática e pancreática também integram a pesquisa de dados diagnósticos do abdômen agudo (MORTON; FONTAINE, 2011).

O acompanhamento dos níveis de bilirrubinas e das enzimas hepáticas é necessário nos casos de pacientes com icterícia. A dosagem de amilase e lípase auxilia no diagnóstico de pancreatite aguda.

Exames de fezes e urina também podem ser solicitados, pois contribuem na verificação de sangue oculto ou sedimento urinário, que proporcionarão dados da função renal, bem como presença de cálculos e infecção (SALLUN; PATANHOS, 2007).

Estudos radiológicos, ultrassonográficos e de tomografia ou ressonância magnética, quando disponíveis, são fundamentais no auxílio diagnóstico de problemas abdominais.

Exames endoscópicos e laparoscópicos também são usuais para permitir algumas confirmações diagnósticas. A endoscopia, especialmente em casos de obstruções duodenais ou colônica, e a laparoscopia permitem diferenciação entre patologias inflamatórias, ginecológicas, ulcerativas e traumáticas (ENFERMAGEM EM CUIDADOS CRÍTICOS, 2005; MORTON; FONTAINE, 2011; SALLUN; PATANHOS, 2007).

É importante também considerar a biópsia como possibilidade de análises histológicas de tecidos orgânicos ou de massas tumorais abdominais (ENFERMAGEM EM CUIDADOS CRÍTICOS, 2005).



Saiba mais

Para aprofundamento e aprendizagem sobre a avaliação dos exames laboratoriais e de imagem nos pacientes com quadro de abdome agudo, convidamos você a navegar pelos seguintes conteúdos:

- Abdômen Agudo. Disponível em: <http://www.reanimacao.com.br/biblioteca/a_20090803_01.pdf>

- Exames complementares: Disponível em: <http://estudmed.com.sapo.pt/trabalhos/sindromes_abdominais_agudas_8.htm>.

- Elementos para o diagnóstico do Abdômen Agudo. Disponível em: <<http://www.fmrp.usp.br/revista/2003/36n2e4/14abdomen%20agudo.pdf>>

1.11 O tratamento do abdômen agudo

O atendimento ao paciente com abdômen agudo é desafiante ao profissional mais experiente. Nos serviços de urgência e emergência, 30 a 40% dos casos apresentam dor ou outro distúrbio abdominal. Em consequência da grande variedade de manifestações clínicas e da necessidade de tomada de decisão em minutos ou, ainda, da espera por horas ou dias para a confirmação do diagnóstico, impõe-se alta pressão sobre a equipe de profissionais que atuam neste tipo de serviço (SALLUN; PATANHOS, 2007; FERES; PARRA, 2008).

As informações obtidas na história clínica, o exame físico e os dados laboratoriais e de imagem geralmente permitem um diagnóstico, mesmo assim dúvidas podem permanecer. Sugere-se investigar com bastante atenção as características semiológicas da dor abdominal, juntamente com o exame físico, sem esquecer que em pacientes idosos os casos graves podem ocultar dados físicos e laboratoriais. Considerando que existem causas não cirúrgicas de dor abdominal, a indicação cirúrgica deve ser precisa e a operação realizada no momento ideal, mesmo sem confirmação diagnóstica (SALLUN; PATANHOS, 2007; FERES; PARRA, 2008).

Como vimos até aqui, a dor é um importante sinal para a avaliação e o atendimento do paciente com quadro de abdômen agudo.



Saiba mais

Convidamos você a ler com atenção os artigos a seguir recomendados, com a finalidade de ajudá-lo a avaliar esse sinal adequadamente.

Escala Multidimensional de Avaliação de Dor. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n1/pt_02.pdf>

Medidas de avaliação da dor: Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd105/medidas-de-avaliacao-da-dor.htm>>

1.12 Cuidados Gerais

- A possibilidade de indicação de intervenção cirúrgica pode ser considerada como ação imediata e indispensável;
- Cuidados intensivos podem ser necessários, especialmente para pacientes de risco, idosos e ou com patologias associadas;
- A assistência respiratória é importante desde o início do atendimento, devido a repercussões pulmonares do abdômen agudo (SALLUN; PATANHOS, 2007);
- Sondagem nasogástrica e nasoenteral e outros dispositivos/ cateteres/sondas especializados podem ser indicados para o tratamento de pacientes com obstrução intestinal, sangramentos, fistulas, abscessos intra-abdominais e outras disfunções gastrintestinais (ENFERMAGEM EM CUIDADOS CRÍTICOS, 2005);
- Punção venosa periférica calibrosa ou utilização de cateter venoso central;
- Suporte nutricional, na ausência de ingesta oral prolongada, especialmente nos casos de sepse peritoneal;
- Monitoração dos sinais vitais a fim de avaliar o quadro hemodinâmico;
- Monitoração cardíaca para detectar precocemente presença de arritmias;
- Reoperações não estão descartadas.

A partir deste momento, vamos identificar quais são as possíveis complicações que podem acontecer com estes pacientes.

1.12.1 Possíveis Complicações:

- Sepses;
- Hipovolemia;
- Desidratação;
- Desnutrição severa;
- Insuficiência renal;
- Insuficiência respiratória;
- Insuficiência hepática;
- Alterações cardiovasculares;
- Falência múltipla de órgãos;
- Déficit de volume de líquido;
- Risco para perfusão tecidual alterada;
- Dor aguda;
- Ansiedade;
- Medo;
- Déficit de conhecimento;
- Risco para função respiratória alterada;
- Padrão respiratório ineficaz.

1.13 Intervenções de enfermagem

É importante lembrar a gravidade do problema do paciente e também que os sujeitos apresentam diferenças e similitudes em cada caso de abdome agudo. Tanto para o cliente/paciente como para seus familiares, a ansiedade, o medo e a dor são fatores importantes que requerem atenção especial da equipe de enfermagem. Dentre as principais intervenções, destacamos:

- Promover medidas de higiene e conforto ao cliente;
- Controlar os sinais vitais, especialmente a temperatura corporal devido à possibilidade de quadro infeccioso local;

- Manter o equilíbrio hidroeletrólítico;
- Registrar manifestações cutâneas gerais, especialmente aquelas que podem denunciar alterações na circulação sanguínea;
- Relatar característica, intensidade, localização e fatores que agravam ou aliviam a dor do paciente. Destacamos que o significado da dor é subjetivo. Em cada paciente, a experiência da dor é diferente.

1.14 Resumo

Vimos nesta primeira unidade modular que o abdome agudo pode ser considerado como uma situação de saúde grave, de numerosas causas, constituindo-se em caso de emergência, muitas vezes cirúrgica. Trata-se de um problema de saúde cotidiano na rotina dos serviços de urgência e emergência, tanto no pré-hospitalar como no intra-hospitalar. O estudo desta unidade lembra que o abdome agudo pode ser entendido não como uma doença, e sim como sinais que indicam um quadro de risco à vida, o que requer diagnóstico e tratamento emergencial. Aprendemos que alguns elementos são essenciais à enfermagem para a tomada de decisões quanto ao melhor cuidado que deve ser prestado à pessoa com quadro de abdômen agudo. Dentre eles, destacamos o histórico clínico, abordando a identificação da queixa principal, o exame físico geral e específico, bem como os exames laboratoriais e de imagem. No exame físico abdominal, poderemos optar pelo método dos quadrantes para uma avaliação de enfermagem mais exata da região, lembrando que a dor é a manifestação fundamental na definição do abdômen agudo. Trata-se de um ponto-chave para diagnósticos e requer cuidados imediatos. A unidade destaca ainda a importância das habilidades técnicas fundamentais requeridas no atendimento ao paciente com abdome agudo, assim como atenção à dimensão integral do cuidado, tanto para o cliente/paciente como para seus familiares.

1.15 Fechamento

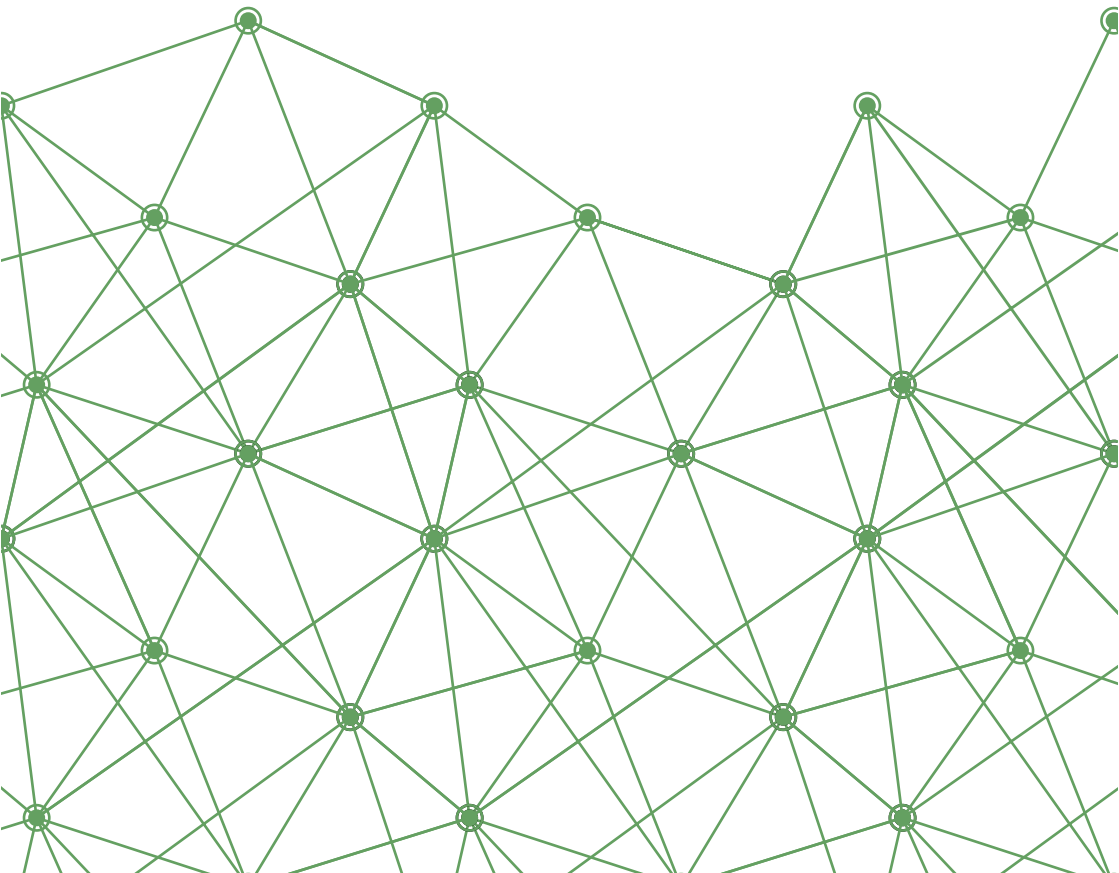
Nesta unidade, estudamos o cuidado de enfermagem à pessoa em situação grave de saúde identificada como abdome agudo. O Enfermeiro apresenta-se como ator fundamental neste cenário, diagnosticando, prescrevendo, executando e liderando um grande rol de intervenções em diversos níveis de complexidade da atenção. Assim sendo, neste caso, é requerido também um rol de habilidades técnicas de enfermagem que, além de rápidas e seguras, proporcionem ao cliente e aos seus familiares os cuidados integrais necessários, reduzindo danos e desconfortos frequentes nos casos de abdome agudo atendidos nos serviços de urgência e emergência.

1.16 Recomendação de Leitura Complementar:

PIMENTA, C. A. M. et al. Controle da dor no pós-operatório. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 35, n. 2, p. 180-183, jun. 2001.

RIGOTTI, M. A.; FERREIRA, A. M. Intervenções de enfermagem ao paciente com dor. **Arq. Ciênc. Saúde**, v. 12, n.1, p. 50-54, jan./mar. 2005.

UNIDADE 2



Unidade 2 – Os cuidados de enfermagem nas urgências/emergências ginecológicas e obstétricas

Ao final desta unidade, o aluno deverá ser capaz de reconhecer, avaliar e realizar ações de enfermagem para atendimento das urgências/emergências ginecológicas e obstétricas.

2.1 Introdução

A gestação é um processo fisiológico e, por isso mesmo, sua evolução ocorre na maior parte dos casos sem intercorrências. Apesar deste fato, há uma parcela de gestantes que apresentam maiores probabilidades de evolução desfavorável, levando ao óbito materno.

Morte materna é aquela causada por complicações durante a gestação ou até 42 dias após o fim da gravidez. De 1990 a 2010, a mortalidade materna no Brasil caiu pela metade, de 141 para 68 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos. A redução teve como causa a melhoria no atendimento às gestantes, que implicou em diminuição em todas as causas diretas de mortalidade materna: hipertensão arterial (66,1%); hemorragia (69,2%); infecções pós-parto (60,3%); aborto (81,9%); doenças do aparelho circulatório complicadas pela gravidez, parto ou puerpério (42,7%). A Meta do Milênio das Nações Unidas estabelece taxa de 35 mortes maternas para cada 100 mil nascidos vivos até 2015. Para alcançá-la, o Brasil precisa reduzir a taxa atual pela metade. Para os especialistas, a diminuição foi significativa, mas ainda é insuficiente para tirar o Brasil do *ranking* das nações com alto número de mortes durante a gravidez e o parto – que é de cinco a dez vezes mais que o dos países ricos (OLIVEIRA; PINHEIRO, 2012).



Saiba mais

Para maiores informações sobre este tema, consulte o site:
<<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/4332/162/ms-preve-que-2011-tera-reducao-recorde-da-mortalidade-materna.html>>

Estamos vivenciando um momento importante da nossa história com a redução da mortalidade materna, mas como referem os especialistas, o Brasil ainda apresenta altos índices de mortalidade. O que a enfermagem pode fazer para contribuir para alcançar a meta do milênio?



Palavra do profissional

Acreditamos que iniciando este módulo estaremos dando um passo para aprofundar conhecimentos em relação ao tema. Profissionais qualificados podem fazer a diferença e colaborar para evitar agravos e diminuir a mortalidade materna.

Nesta unidade, contemplaremos síndromes hemorrágicas relacionadas ao abortamento, placenta prévia, descolamento prematuro da placenta, rotura uterina e vasa prévia.

2.2 Abortamento

O tema aborto é polêmico se considerarmos a discriminação e os agravos à saúde impostos às mulheres, por razões culturais, legais e religiosas que envolvem esta questão, o que tem contribuído para a precariedade da assistência e o aumento da mortalidade e morbidade por esta causa, comprovados pelos índices estatísticos brasileiros.

Você profissional de enfermagem sabe qual o conceito de abortamento e aborto e como pode ser classificado? É o que veremos a seguir.

Abortamento é a interrupção da gravidez ocorrida antes da 22ª semana de gestação. O produto da concepção eliminado no processo de abortamento é chamado aborto. O abortamento pode ser precoce, quando ocorre até a 13ª semana, e tardio, quando ocorre entre a 13ª e a 22ª semana. Pode ser classificado de várias formas (BRASIL, 2010; RICCI, 2008):

- **Abortamento espontâneo:** é a perda involuntária da gestação. As causas são variadas, a etiologia mais comum para abortos no primeiro trimestre são anomalias genéticas fetais, em geral não relacionadas com a mãe. As perdas que ocorrem no segundo trimestre possivelmente são mais ligadas a causas maternas, como incompetência istmocervical, anomalia congênita ou adquirida da cavidade uterina, hipotireoidismo, diabetes melito, nefrite crônica, uso de crack, lúpus e infecções agudas, como as causadas por vírus

da rubéola, citomegalovírus (CMV), herpes vírus simples (HSV), vaginose bacteriana e toxoplasmose;

- **Ameaça de abortamento:** é a ocorrência de sangramento vaginal, frequentemente leve, no início da gravidez, com cólicas leves, colo fechado sem eliminação de tecidos ovulares;
- **Abortamento inevitável:** quando há sangramento vaginal mais intenso que o associado à ameaça de aborto, dilatação cervical, cólica forte, possível eliminação de conteúdo uterino;
- **Abortamento incompleto:** quando apenas parte do conteúdo uterino foi eliminado. Apresenta cólica intensa, sangramento vaginal intenso e dilatação do colo uterino;
- **Abortamento completo:** quando a totalidade do conteúdo uterino foi eliminada. Geralmente, ocorre em gestações com menos de oito semanas. Apresenta histórico de sangramento vaginal e dor abdominal, eliminação de tecido com subsequente diminuição da dor e diminuição importante de sangramento vaginal;
- **Abortamento retido:** Quando ocorre a morte do embrião ou feto e este permanece na cavidade uterina, sem ser eliminado. De uma maneira geral, o colo encontra-se fechado, podendo ocorrer leve sangramento, ausência de contração uterina;
- **Abortamento infectado:** é o processo de abortamento acompanhado de infecção genital, tais como endometrite, parametrite e peritonite. Com muita frequência, está associado à manipulação da cavidade uterina pelo uso de técnicas inadequadas e inseguras de abortamento provocado. As manifestações clínicas mais frequentes são: elevação da temperatura, sangramento genital com odor fétido acompanhado de dores abdominais ou eliminação de pus através do colo uterino. Na manipulação dos órgãos pélvicos, pelo toque vaginal, a mulher pode referir bastante dor. Deve-se sempre pensar na possibilidade de perfuração uterina;
- **Abortamento habitual:** são perdas espontâneas e sucessivas de três ou mais gestações. Não mantém a gravidez até a viabilidade ou a termo. Em gestantes com história de abortamento habitual, é necessária uma anamnese detalhada para se detectar as possíveis causas associadas:
 - Malformações uterinas (útero bicorno, útero septado, útero didelfo);
 - Míomatose uterina;
 - Insuficiência istmocervical;

- Insuficiência do corpo lúteo;
- Fatores imunológicos;
- Fatores infeccioso,;
- Síndrome antifosfolípide;
- Fatores genéticos.

2.2.1 Diagnóstico de enfermagem

Toda gestante com sangramento vaginal no 1º trimestre deve ser submetida a exame abdominal e exame especular. Quando o colo estiver fechado ou houver dúvidas no diagnóstico, está indicada a realização de uma ultrassonografia para a avaliação das condições do saco gestacional e do embrião (BRASIL, 2010).

2.2.2 Intervenções de Enfermagem

Quando a gestante é recebida na unidade de emergência, as prioridades consistem em avaliar os sinais vitais, o volume e a cor do sangramento. Determinar a quantidade e a intensidade da cólica ou das contrações abdominais e avaliar o nível de compreensão sobre o que está acontecendo com ela.

É importante que a enfermagem faça avaliações contínuas em mulheres que sofrem abortamento. Além disso, é essencial que a enfermagem proporcione apoio emocional à mulher e à sua família.

A reação emocional pode variar, dependendo do seu desejo por esta gravidez e de sua rede de apoio disponível.

Oferecer explicação realística sobre algumas das etiologias de abortos espontâneos pode auxiliar a família a entender o que está acontecendo e talvez dissipar seus temores e seu sentimento de culpa.

Ajude a preparar a mulher para os procedimentos e tratamento, como cirurgia para esvaziar o útero ou o uso de medicações. Se a cliente for Rh negativa e não sensibilizada, provavelmente terá a prescrição de Rho GAM em 72 horas após o aborto estar completo (RICCI, 2008).

A maioria das mulheres manifestará sensação de perda e passará por um processo de luto quando acontecer um aborto espontâneo. Ouvir com sensibilidade e dar orientações lhe permitirá verbalizar os sentimentos e fazer perguntas relacionadas com as futuras gestações.

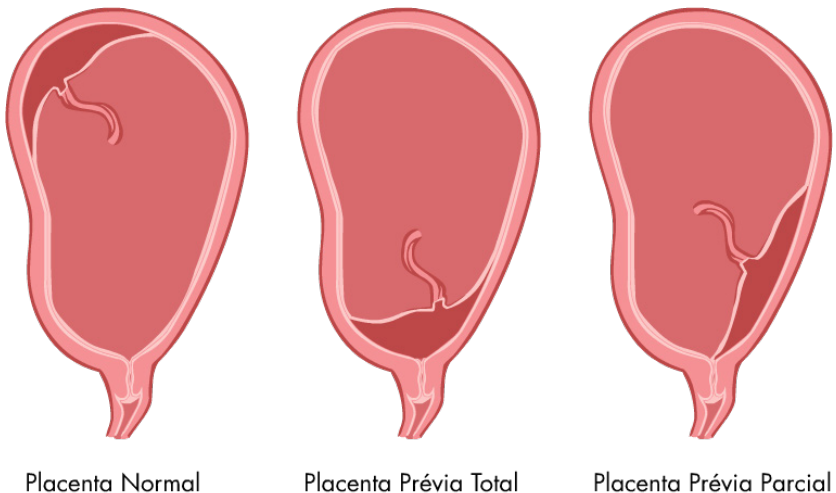
2.3 Placenta Prévia

Placenta prévia (PP) significa literalmente “placenta primeiro” e define um distúrbio no qual a placenta se implanta total ou parcialmente no segmento inferior do útero. Sua classificação depende do grau de cobertura ou proximidade do orifício interno, da seguinte forma (RICCI, 2008):

- Placenta prévia total: ocorre quando todo o orifício cervical interno está coberto pela placenta;
- Placenta prévia parcial: ocorre quando o orifício interno encontra-se parcialmente coberto pela placenta;
- Placenta prévia marginal: ocorre quando a placenta encontra-se na margem ou na borda do orifício interno;
- Placenta prévia baixa: ocorre quando a placenta encontra-se implantada no segmento inferior e encontra-se próximo do orifício interno, mas não o alcança.

Na figura a seguir podemos visualizar as diversas localizações de placenta prévia.

Figura 3: Localizações da placenta prévia



A placenta prévia ocorre em 1 (uma) a cada 200 gestações que chegam ao terceiro trimestre, porém é um achado ultrassonográfico frequente em exames realizados entre 16 e 20 semanas de gestação. Contudo, até 90% desses achados normalizarão até o termo, devido à teoria da “migração” placentária. Isso ocorre devido à combinação entre o crescimento placentário em direção ao fundo uterino, que é mais bem vascularizado, conferindo uma implantação placentária adequada. As complicações estão associadas à hemorragia, descolamento da placenta ou cesariana de emergência (BRASIL, 2010; RICCI, 2008).

A principal causa de morbimortalidade é a hemorragia. A prevenção e o tratamento efetivo da hemorragia minimizam a gravidade do distúrbio (ENKIN, 2005).

A etiologia da PP não é conhecida. O processo é iniciado pela implantação do embrião no segmento inferior do útero. Nessa localização a vascularização da placenta é inadequada, o que possibilita que ela se ligue diretamente ao miométrio (placenta acreta), invada o miométrio (placenta increta) ou penetre no miométrio (placenta percreta). A disfunção é multifatorial e está associada aos seguintes fatores de risco, conforme o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010) e Ricci (2008):

- Cesariana anterior - principal fator de risco;
- Idade materna avançada (> 30 anos);
- Multiparidade;
- Gestações múltiplas;
- Lesão uterina;
- Placenta prévia pregressa;
- Aborto induzido pregresso;
- Miomectomia para remover fibroide;
- Tabagismo.

2.3.1 Manifestações clínicas

Todas as placentas prévias são assintomáticas antes do início da hemorragia. Apresentam sangramento vaginal vermelho vivo indolor, que ocorre entre o segundo ou terceiro trimestres de gestação, o sangramento inicial não é intenso e cessa espontaneamente, porém é reincidente. O útero tem consistência amolecida e não dolorosa à palpação.

A ausculta das bulhas fetais encontra-se dentro da normalidade e o sofrimento não ocorre a não ser que ocorra perda sanguínea intensa, a ponto de levar ao choque materno ou ao descolamento da placenta (ENKIN, 2005; RICCI, 2008).

Quais seriam então os passos do exame físico da gestante com suspeita de placenta prévia?

Exame físico na suspeita de placenta prévia:

- Sinais vitais;
- Palpação abdominal;
- Medida da altura uterina;
- Ausculta dos batimentos cardíacos fetais;
- Exame especular cuidadoso.

NÃO realize toque vaginal até conhecer a localização exata da placenta.

Para averiguar a placenta prévia, utiliza-se a ultrassonografia abdominal. Ela irá mostrar a localização placentária em relação ao orifício interno do colo do útero (BRASIL, 2010).



Saiba mais

Convidamos você a consultar o Manual técnico de gestação de alto risco do Ministério da Saúde. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao_alto_risco.pdf>.

2.3.2 Exames laboratoriais

Os exames laboratoriais que devem ser solicitados na vigência do sangramento são:

- Hematócrito e hemoglobina;
- Tipagem sanguínea ABO Rh;
- Coagulograma: pode ser realizado teste do coágulo, com coleta de 10 ml de sangue em tubo seco – deve se formar um coágulo firme após 7–10 minutos;
- A coagulopatia é condição rara na placenta prévia.



Palavra do profissional

A conduta nos casos de placenta prévia vai depender do volume do sangramento, da condição hemodinâmica materna e da idade gestacional.

Alguns cuidados de enfermagem podem ser apropriados para a mulher que apresenta placenta prévia (RICCI, 2008):

- Posicionar a mulher em decúbito lateral para maximizar a perfusão placentária;
- Coletar o histórico detalhado para obter informações sobre o início do sangramento, sua duração, a quantidade e os sintomas associados;
- Estabelecer acesso intravenoso periférico a fim de permitir a administração de líquidos, sangue e medicamentos, conforme prescrição;
- Monitorar débito para a avaliação adequada da perfusão renal;
- Monitorar o volume de sangue perdido, nível de dor e contratilidade uterina;
- Avaliar os sinais vitais maternos;
- Monitorar os resultados de todos os exames laboratoriais;
- Promover apoio emocional;

- Proporcionar informações verdadeiras sobre o diagnóstico e o tratamento e; explicar as intervenções e a justificativa para promover à mulher a compreensão sobre placenta prévia;
- Evitar a realização de exames vaginais que possam romper a placenta ou provocar hemorragia;
- Monitorar a frequência fetal;
- Preparar a mulher para a cesariana, quando necessário.

2.4 O descolamento prematuro da placenta

O descolamento prematuro de placenta (DPP) é definido como a separação da placenta da parede uterina após a 20ª semana de gestação e antes do parto (BRASIL, 2010; RICCI, 2008).

Essa separação pode ser parcial ou total e é classificada em três graus, levando em conta os achados clínicos e laboratoriais, de acordo com a classificação de Sher (BRASIL, 2010).

Grau 1:

Sangramento genital discreto sem hipertonia uterina significativa. Vitalidade fetal preservada. Sem repercussões hemodinâmicas e coagulopatia. Geralmente diagnosticado no pós-parto com a identificação do coágulo retroplacentário.

Grau 2:

Sangramento genital moderado e contrações tetânicas. Presença de taquicardia materna e alterações posturais da pressão arterial. Alterações iniciais da coagulação com queda dos níveis de fibrinogênio. Batimentos cardíacos fetais presentes, porém com sinais de comprometimento de vitalidade.

Grau 3:

Sangramento genital importante com hipertonia uterina. Hipotensão arterial materna e óbito fetal.

Grau 3A: Sem coagulopatia instalada.

Grau 3B: Com coagulopatia instalada.

A incidência do DPP varia conforme a capacidade dos profissionais em estabelecer o diagnóstico. A área descolada pode se estender desde alguns milímetros até a totalidade da placenta e a sintomatologia varia na mesma proporção.

O DPP ocorre em aproximadamente 1 a 2% das gestações. É uma das piores complicações obstétricas, com aumento muito importante da morbimortalidade materna, por maior incidência de hemorragia, anemias, coagulopatias, hemotransfusões, cesárea e histerectomia. A morte materna é de cerca de 6%.



Palavra do profissional

O descolamento prematuro da placenta é uma emergência clínica importante. Exige intervenções rápidas e efetivas para evitar morbimortalidade materna e fetal.

Assim, dependendo da área descolada, podem também ocorrer complicações perinatais, por exemplo: prematuridade, restrição de crescimento fetal, baixo peso ao nascer, sofrimento fetal e óbito perinatal. O DPP é descrito como a principal causa de óbito perinatal. A taxa geral de mortalidade fetal é de 20 a 40% (BRASIL, 2010; RICCI, 2008).

Sua etiologia ainda é desconhecida, no entanto, há diversos fatores de risco associados, tais como: extremos etários <20 anos ou >35 anos; nutrição inadequada; tabagismo materno; gestação múltipla; pressão intrauterina excessiva causada por hipertensão arterial; descolamento prematuro progressivo em uma gestação anterior; traumatismo importante, como acidente automotivo ou lesão secundária à violência doméstica; uso de cocaína e metanfetamina; etilismo e multiparidade; membranas amnióticas rotas prematuramente por tempo prolongado (>24h); oligodrâmnio; pré-eclampsia e; condição socioeconômica desfavorável (BRASIL, 2010; RICCI, 2008).

A hipertensão é responsável por até 50% dos casos de DPP. Tanto a pré-eclampsia quanto a hipertensão arterial crônica são fatores de risco importantes para o DPP. A ausência de hipertensão no momento da chegada não exclui a etiologia hipertensiva, já que a gestante pode estar hipovolêmica.

2.4.1 Manifestações clínicas

O descolamento prematuro da placenta pode ocorrer em qualquer fase da gravidez. O quadro clínico depende da extensão da área descolada, podendo apresentar dor repentina com intensidade variável, localizada, em geral, no fundo do útero. A hipertonia uterina é um sinal frequente nos graus mais intensos de DPP. Há presença de sangramento vaginal vermelho escuro em 80% dos casos, constituindo a hemorragia externa. Em 20% ocorre hemorragia oculta ou interna, tendo em vista que o sangue retroplacentário fica retido (BRASIL, 2010; RICCI, 2008; ENKIN, 2005).



Palavra do profissional

É importante que o enfermeiro saiba da possibilidade de sangramento oculto no DPP, porque é uma situação extremamente grave, tanto para a gestante quanto para o feto.

Algumas vezes pode ocorrer infiltração sanguínea intramuscular intensa, atingindo todo o útero, que adquire coloração azulada ou púrpura. Esse sangramento é responsável pela apoplexia uteroplacentária ou “útero de *Couvelaire*”, que ocasiona déficit contrátil, sendo importante causa de hemorragia pós-parto (BRASIL, 2010; RICCI, 2008).

O enfermeiro deve estar atento na avaliação da gravidade da hemorragia, pois o pulso radial pode se apresentar cheio e com a frequência dentro dos limites da normalidade, em discordância com o estado anêmico. Esta característica do pulso é efêmera, pois logo se acelera e torna-se débil, surgindo à hipotensão e delineando-se o estado de choque (RICCI, 2008; ENKIN, 2005).

O diagnóstico de DPP é clínico. A ultrassonografia pode ser realizada nos casos em que há estabilidade hemodinâmica materna e vitalidade fetal preservada e, ainda, quando há dúvida sobre a localização placentária.

Pontos principais que devem ser observados durante o exame físico para o diagnóstico de DPP, segundo Ministério da saúde (BRASIL, 2010):

- Observar vias aéreas pérvias, padrões de respiração e circulação;
- Sinais vitais: observar taquicardia e alterações posturais da pressão;
- Exame obstétrico: medida de altura uterina, BCF, hipertonia uterina;
- Monitoração fetal: padrão não tranquilizador;
- Palpação abdominal: contrações tetânicas.



Saiba mais

Convidamos você a consultar o Manual Técnico Gestação de Alto Risco, do Ministério da Saúde. Disponível em: <http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao_alto_risco.pdf>.

Exames **laboratoriais** que devem ser solicitados para a gestante com diagnóstico de DPP, conforme o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010):

- Hemograma com contagem de plaquetas;
- Tipagem sanguínea ABO Rh;
- Coagulograma;
- Exames de rotina para doença hipertensiva, se necessários.



Palavra do profissional

O DPP deve ser tratado imediatamente e de acordo com sua classificação para promover o melhor desfecho tanto para a gestante quanto para o feto. O papel do enfermeiro é muito importante na avaliação da gestante que apresenta dor abdominal ou sangramento vaginal. A avaliação deve ser realizada de forma atenta, pois constitui a base da conduta clínica e da intervenção.

2.5 A rotura uterina

A rotura uterina consiste em laceração do útero. Pode ser classificada em completa, quando há total rotura da parede do órgão, levando ao risco de morte tanto da gestante quanto do feto, ou incompleta, quando o peritônio parietal permanece intacto. Geralmente não apresenta complicações, podendo permanecer assintomática após um parto vaginal (BRASIL, 2010).



Palavra do profissional

A rotura uterina é uma complicação muito grave em obstetrícia, sendo uma importante causa de morbimortalidade materna e fetal.

Sua incidência varia muito dependendo do país, podendo variar de 1 a cada 585 partos até 1 a cada 6.673 partos. Seu início geralmente é marcado apenas por bradicardia fetal repentina e o tratamento exige intervenção cirúrgica imediata para que se obtenham bons resultados. Observa-se que alguns distúrbios clínicos estão associados à rotura uterina, tais como: cicatrizes uterinas, cesarianas progressas, rotura progressa, traumatismo, gestação molar invasiva progressa, histórico de placenta percreta ou increta, má apresentação fetal, indução do trabalho de parto com estimulação uterina excessiva e uso de crack (RICCI, 2008).



Palavra do profissional

O tratamento oportuno da rotura uterina depende da detecção imediata, por isso o profissional enfermeiro deve ter o conhecimento sobre as manifestações clínicas do rompimento uterino.

2.5.1 Manifestações clínicas

- Sofrimento fetal súbito;
- Dor abdominal aguda e contínua;

- Sangramento vaginal;
- Hematúria;
- Contorno anormal da parede abdominal;
- Subida da apresentação ao toque vaginal;
- Choque hipovolêmico da gestante ou do feto.

2.5.2 Cuidados de enfermagem

A conduta inicial da enfermagem será a mesma empregada em outras causas de sofrimento fetal agudo. O parto urgente por meio de cesariana está indicado. A morte materna é uma possibilidade real se não houver intervenção rápida. Quanto ao neonato, após a rotura, sua sobrevivência depende muito da velocidade com que o resgate cirúrgico é realizado.

Por isso é importante que a enfermagem monitore os sinais vitais maternos, observe a ocorrência de hipotensão e taquicardia, pois estes sintomas podem indicar choque hipovolêmico; deve ainda auxiliar no preparo para a cesariana de emergência e alertar à equipe do centro cirúrgico, ao anestesista e à equipe neonatal quanto às necessidades intercorrentes. É importante permanecer calmo e assegurar-se que todo o possível está sendo feito para garantir um resultado seguro para o binômio mãe e filho.

2.6 A vasa prévia

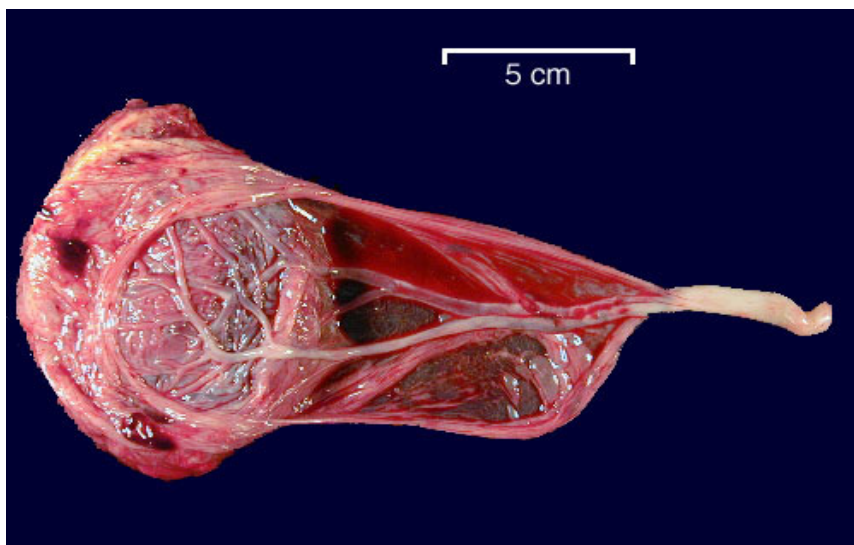
Vasa prévia é definida como o sangramento dos vasos sanguíneos fetais que atravessam as membranas amnióticas passando pelo orifício interno do colo. Está associada à inserção anormal dos vasos fetais dentro das membranas (Figura 2.6). É uma causa rara de hemorragia, sua incidência é maior em gestantes com implantação baixa da placenta e inserção velamentosa de cordão. A perda sanguínea é de origem fetal, fato este que mostra a urgência do seu diagnóstico. As taxas de mortalidade fetal são altas, em torno de 50% (BRASIL, 2010).

O diagnóstico no pré-natal é difícil porque o sangramento tem início no momento da rotura das membranas. O diagnóstico no pré-parto pode ser percebido no momento da realização do toque vaginal e pela amnioscopia. A USG com *Doppler* colorido pode ser considerada nos casos de gestantes

com Placenta Prévia e inserção velamentosa de cordão (BRASIL, 2010).

Muitas vezes o diagnóstico intraparto também é muito difícil. São descritos testes em que é feita a detecção de hemácias fetais no sangue exteriorizado, mas, na maioria das vezes, não há tempo para a realização desses testes, pois é frequente a deterioração dos batimentos cardíacos fetais no momento da rotura. Neste caso, a cesariana de urgência está indicada (BRASIL, 2010).

Figura 4: Vasa prévia



Fonte: <http://drugline.org/medic/term/vasa-previa/>

2.6.1 Cuidados de enfermagem

A enfermagem precisa conhecer os sinais e sintomas das síndromes hemorrágicas que podem ocorrer durante a gestação e o parto para fazer o diagnóstico diferencial e tomar a conduta específica para cada caso. No distúrbio da vasa prévia, o feto é que dará o primeiro sinal, apresentando seus batimentos cardíacos alterados. A agilidade na ação de enfermagem nos casos de urgências/emergências ginecológicas e obstétricas será o diferencial para o sucesso do desfecho, preservando a vida da mãe e do filho.



Saiba mais

Para ter acesso ao resumo de condutas nos distúrbios hemorrágicos, consulte o Manual Técnico Gestação de Alto Risco do Ministério da Saúde. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao_alto_risco.pdf>.

2.7 Resumo

O cuidado de enfermagem à mulher/gestante que apresenta algum distúrbio hemorrágico envolve uma série de ações do enfermeiro que podem colaborar para a sua recuperação. A unidade abordou temas sobre as síndromes hemorrágicas relacionadas com abortamento, placenta prévia, descolamento prematuro da placenta, rotura uterina e vasa prévia, apontando ações desenvolvidas pelo enfermeiro.

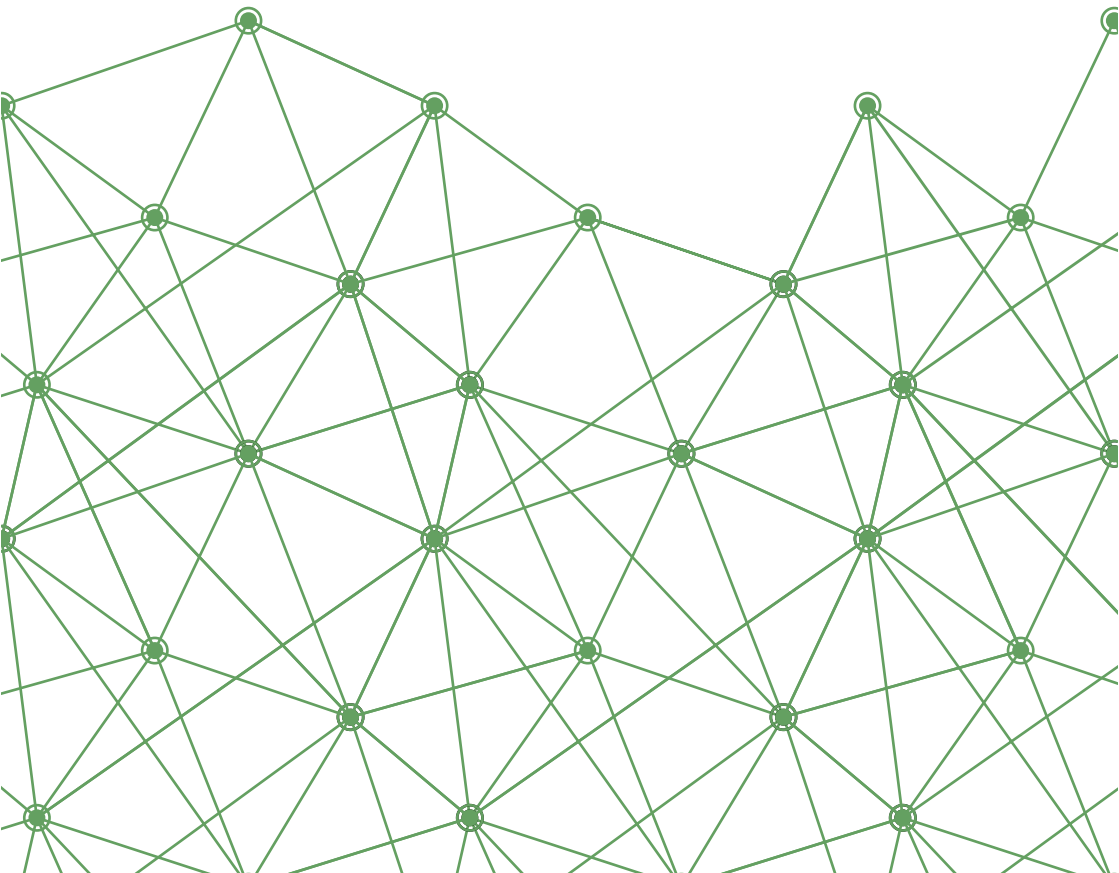
2.8 Fechamento

Esta unidade discutiu o cuidado à mulher que vivencia alguns distúrbios obstétricos. Oferece subsídios para que o enfermeiro possa prestar assistência qualificada nesse momento crítico da vida da mulher. A enfermagem, ao oferecer cuidados adequados, pode colaborar para a melhora dos indicadores de mortalidade materna no país.

2.9 Recomendação de leitura complementar

BRUGGEMANN, O. M.; OLIVEIRA, M. E.; SANTOS, E. K. A. **Enfermagem na atenção obstétrica e neonatal**. Curitiba: Progressiva, 2011.

UNIDADE 3



Unidade 3 – Os cuidados de enfermagem na parada cardiorrespiratória pediátrica

Ao final deste módulo, o aluno será capaz de identificar a parada cardiorrespiratória e prestar o atendimento à criança, seguindo o Suporte Avançado de Vida (SAV), segundo as diretrizes da AHA (American Heart Association) (2010), e também de elaborar um plano cuidado de enfermagem.

3.1 Introdução

As emergências na infância acontecem por diferentes causas e podem levar a criança a níveis variados de gravidade, sendo que o extremo é a parada cardiorrespiratória. A Parada Cardiorrespiratória (PCR) em crianças geralmente é o resultado progressivo de falência respiratória (caracterizada pela ventilação inadequada, oxigenação insuficiente ou ambos) ou choque (inadequado fluxo sanguíneo e insuficiente demanda de oxigênio).

Cabe ressaltar que o tipo de choque mais comum em pediatria é o choque hipovolêmico. O diagnóstico da PCR é realizado pela presença de inconsciência, ausência de pulsos em grandes artérias e apneia ou respiração agônica (“gasping”) (LANE, 2007; CAPOVILLA, 2002). Destaca-se que os ritmos mais frequentes que levam a uma parada cardíaca em crianças são a fibrilação ventricular (FV) e a taquicardia ventricular sem pulso (VT) (KLEINMAN et al., 2010b).

O atendimento à PCR consiste na ressuscitação cardiopulmonar (RCP), ou seja, procedimentos que seguem um protocolo pré-definido de ações coordenadas e simultâneas, tais procedimentos são determinados pela American Heart Association (AHA). As últimas diretrizes de 2010 de RCP trouxeram novas recomendações. Assim, destacamos (KLEINMAN et al., 2010b):

- A utilização da capnografia/capnometria para confirmar o correto posicionamento do tubo endotraqueal e para a avaliação e a otimização da qualidade das compressões torácicas;
- O algoritmo de SAVP para a PCR foi simplificado;
- A carga de energia de desfibrilação inicial que pode ser usada é de 2 J/kg, a segunda carga administrada, e as subsequentes, devem

ser de, no mínimo, 4 J/kg. Cargas superiores a 4 J/kg (não devem exceder 10 J/kg ou a carga adulta) também podem ser seguras e eficazes, especialmente se administradas com um desfibrilador bifásico;

- O oxigênio inspirado, após o retorno da circulação espontânea, deve ser para manter uma saturação de oxi-hemoglobina $\geq 94\%$ mas $< 100\%$ a fim de limitar o risco de hiperoxemia;
- A AHA acrescentou novas seções sobre a ressuscitação de bebês e crianças com defeito cardíaco congênito, com ventrículo único, com paliação do ventrículo único e com hipertensão pulmonar;
- Não se deve administrar cálcio, exceto em circunstâncias muito específicas; deve-se limitar o uso de etomidato em choque séptico;
- A definição de taquicardia de complexo largo foi modificada de $> 0,08$ s para $> 0,09$ s.

Além disso, estas recentes diretrizes destacam que o monitoramento das crianças e dos infantes pode ser feito via eletrocardiografia, ecocardiografia e capnografia (KLEINMAN et al., 2010b).

Quando se pensa em PCR, é preciso que se pense na Cadeia de Sobrevivência Pediátrica da American Heart Association (AHA), representada na Figura 5, que demonstra os passos a serem seguidos por meio dos cinco elos. Sendo que os três primeiros correspondem ao Suporte Básico de Vida (SBV) e os dois últimos ao **Suporte Avançado de Vida (SAV)**. Cabe ainda destacar que o primeiro seria a prevenção, o segundo, o início das manobras de RCP, o terceiro, o contato com o serviço de resgate, o quarto, o SAV, e o quinto, os cuidados pós-parada (BERG et al., 2010).

O SAV inclui o emprego de equipamento e técnicas durante a RCP com o intuito de obter e manter a oxigenação, a ventilação e a perfusão efetivas; a monitorização do paciente; a obtenção de acesso vascular e; a identificação e o tratamento de causas da PCR (KLEINMAN et al., 2010b; KATTWINKEL et al., 2010).

Figura 5: Cadeia de sobrevivência pediátrica da AHA



Fonte: Kleinman et al. (2010)

A sequência recomendada de RCP constitui no “CAB” (compressões torácicas, abertura de vias aéreas e boa respiração) (BERG et al., 2010).

O CAB deve ser realizado após o profissional de saúde diagnosticar que a criança está em PCR. Para a verificação do pulso, o profissional não deve exceder 10 segundos, e assim que perceber a ausência do pulso deve iniciar a RCP, com uma frequência mínima de 100 compressões por minuto.



Saiba mais

Para mais informações sobre este tema, convidamos você a consultar os seguintes sites, disponíveis em: <<http://www.resus.org.uk/pages/pals.pdf>> e <<http://chemm.nlm.nih.gov/pals.htm>>.

3.2 Compressões torácicas e locais de verificação do pulso:

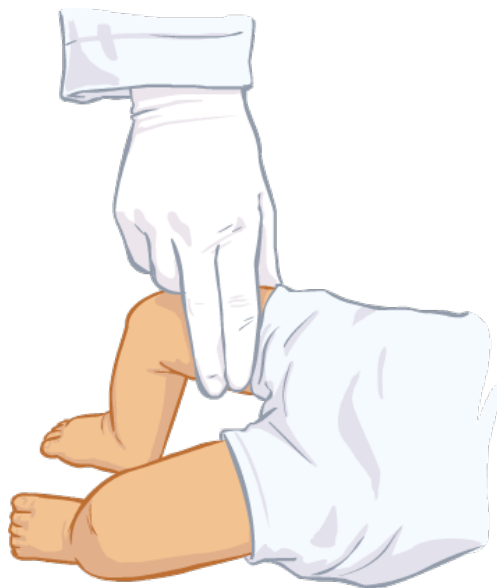
A verificação do pulso em crianças (AHA, 2010; BERG et al., 2010):

- Maiores de um ano até a puberdade: pulso carotídeo ou pulso femural (Figura 6 e Figura 7).

Figura 6: Pulso carotídeo



Figura 7: Pulso Femural



- Crianças abaixo de um ano: pulso braquial (Figura 8).

Figura 8: Pulso braquial

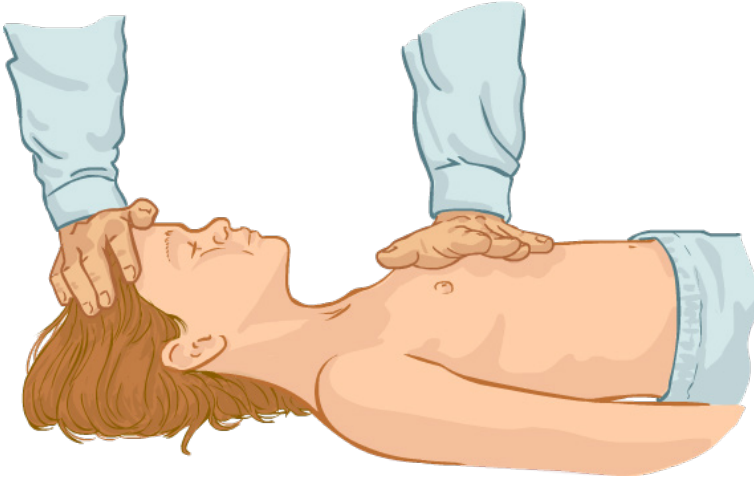


Após verificar a ausência de pulso, inicie as compressões torácicas antes das ventilações, e mantenha-as até o retorno da circulação espontânea ou o término dos esforços de reanimação. Inicie a RCP com 30 compressões, no mínimo 100/min, para então realizar duas ventilações, realize cinco ciclos (KLEINMAN et al., 2010b; BERG et al., 2010; AHA, 2010). O número de compressões variará conforme o número de profissionais de saúde no momento do atendimento, caso eu tenha dois profissionais de saúde, a relação compressão X ventilação será de 15:2 e; caso, no momento haja somente um profissional, será de 30:2 (KLEINMAN et al., 2010b; BERG et al., 2010; AHA, 2010).

A posição das mãos no tórax da criança também varia (KLEINMAN et al., 2010b; BERG et al., 2010; AHA, 2010):

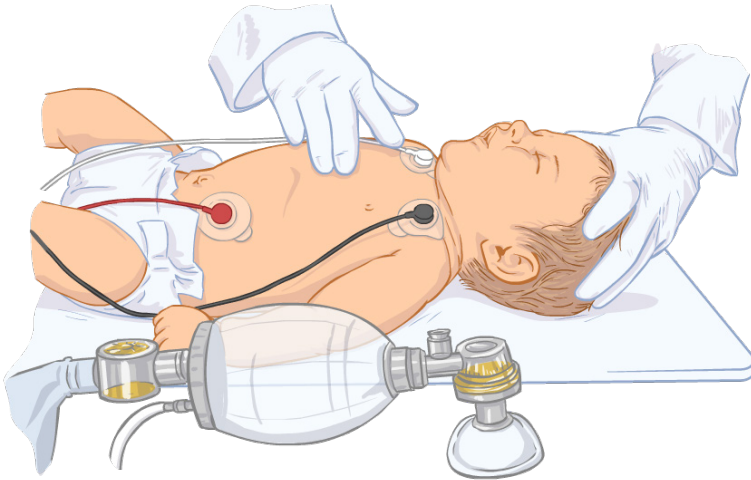
- Crianças acima de um ano até a puberdade: Posicione a região hipotenar da mão na metade inferior do esterno, entre os mamilos (Figura 9).

Figura 9: Compressões Torácicas: metade inferior do esterno, entre os mamilos.



- Crianças abaixo de um ano: Trace uma linha imaginária entre os mamilos e o esterno e use o dedo médio e o anular, realize as compressões aproximadamente um dedo abaixo da linha imaginária (Figura 10).

Figura 10 - Compressões Torácicas: metade inferior do esterno, abaixo da linha mamária.



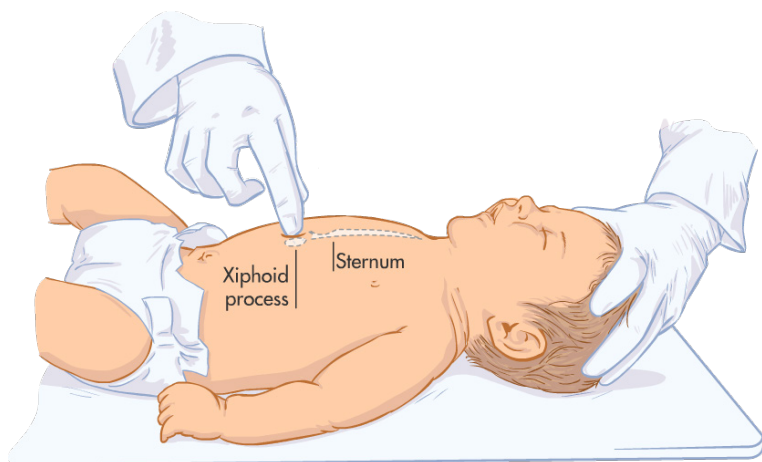
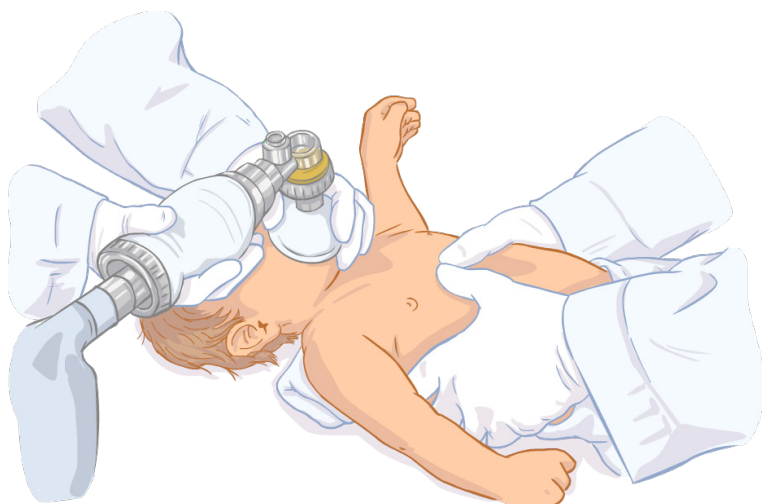


Figura 11 - Compressões Torácicas: metade inferior do esterno, abaixo da linha mamária.



Para que as compressões sejam efetivas, cabe destacar que no adolescente deve-se comprimir o tórax pelo menos 5 cm e na criança pelo menos 4 cm ou 1/3 do diâmetro anteroposterior (KLEINMAN et al., 2010b; BERG et al., 2010; AHA, 2010).

3.3 Desfibrilador Externo Automático

O DEA (Desfibrilador Externo Automático) vem sendo cada vez mais citado nas Diretrizes da AHA, pois é um equipamento portátil e computadorizado que possui no seu interior um software capaz de analisar o Eletrocardiograma (ECG), incluindo a frequência e o traçado da onda cardíaca (QRS), e ainda libera energia (choque) após a análise de um ritmo chocável, por meio de um algoritmo programado (COSTA; MIYADAMIRA, 2008).

O DEA/DAE pode ser usado em pediatria, porém ressalta-se que (KLEINMAN et al., 2010b; AHA, 2010):

- Em crianças de 1 a 8 anos, deve-se utilizar um sistema atenuador de carga pediátrico, se disponível;
- Caso o DEA não possua o sistema atenuador pediátrico, deve-se usar um DEA padrão;
- Para crianças com menos de 1 ano de idade, prefira o desfibrilador manual. Caso não haja um disponível, utilize o DEA com atenuação de carga pediátrica. Caso não tenha nenhum dos dois disponíveis, utilize um sem atenuador de carga;
- A carga ideal de desfibrilação em pacientes pediátricos não é conhecida, porém pode-se considerar uma carga inicial de 2 J/kg;
- Nos choques subsequentes, os níveis de energia devem ser de, no mínimo, 4 J/kg, podendo ser considerados níveis de energia mais altos, desde que não excedam 10 J/kg ou a carga máxima para adultos.

3.3.1 Ventilação

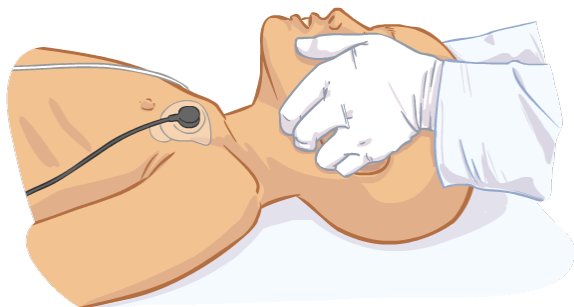
Caso a criança chegue à emergência ou tenha uma PCR dentro do ambiente hospitalar, sem suspeita de trauma, e ela esteja não responsiva, havendo suspeita de estar sufocada, a via aérea deve ser verificada.

As duas formas que temos para isso são as manobras *chin-lift* (inclinação da cabeça - elevação do queixo - Figura 12) e *jaw-thrust* (elevação da mandíbula - Figura 13). Ressalta-se que em caso de suspeita de trauma de crânio ou cervical, a manobra utilizada para a abertura das vias aéreas deve ser a de elevação da mandíbula (manobra *jaw-thrust*) (BERG et al., 2010).

Figura 12: Manobra chin-lift



Figura 13: Manobra jaw-thrust



O número de ventilações que devem ser realizadas em lactentes menores de um ano de idade e em crianças é de 1 (uma) ventilação a cada 6-8 segundos, totalizando 8-10 vent./min. (KATTWINKEL et al., 2010; COSTA;

MIYADAMIRA, 2008). As ventilações devem ser assíncronas com as compressões torácicas e; caso a criança ou o infante esteja entubado, deve-se ventilar sem interromper as compressões (BERG et al., 2010; AHA, 2010).

Para que a ventilação seja realizada de forma adequada e positiva, há necessidade de identificação e reconhecimento da função de cada aparato tecnológico a ser utilizado.

Assim, destacamos as características de cada dispositivo utilizado para ventilação no SAV (KLEINMAN et al., 2010a, 2010b).

Quadro 5: Dispositivo para ventilação no SAV

Bolsa Máscara	<ul style="list-style-type: none"> • um ou dois profissionais, sendo que quando empregada por dois profissionais é mais eficiente (Figura 3.10a e 3.10b); • utilizar a técnica “E-clamp” (Figura 3.11) para segurar a máscara; • para crianças maiores de 1 ano, utiliza-se bolsa máscara de 1 litro, e menores de um ano, de 450-500 ml; • bolsa-máscara com reservatório, pois com O₂ a 10-15 L/min, a fração de O₂ será de 60 a 95%; • bolsa máscara sem reservatório e com O₂ a 10L/min, a porcentagem de O₂ fornecida será de 30 a 80%; • a FiO₂ oferecida durante a RCP deve ser de 100%, e após deve ser adequada para que a saturação de hemoglobina seja \geq a 94%.
Tubo endotraqueal	<ul style="list-style-type: none"> • dispositivo padrão ouro para ventilação em RCP; • idealmente realizada em menos de 10 segundos; • tubos com <i>cuff</i> ou sem <i>cuff</i> são aceitos para entubação de crianças e infantes; • a pressão do <i>cuff</i> deve ser menor que 20 a 25 cm H₂O; • tubo endotraqueal sem <i>cuff</i> é usado em uma situação de entubação de emergência, deve-se selecionar um tubo de 3,5 mm de diâmetro interno (DI) para lactentes menores de um ano de idade e de 4.0 de DI para crianças entre 1 e 2 anos de idade. Após 2 anos, o tamanho do tubo endotraqueal sem <i>cuff</i> pode ser estimado pela fórmula: Tubo endotraqueal sem <i>cuff</i> (mm DI) = 4 + (idade/4); • tubo com <i>cuff</i> é usado para entubação de emergência de infantes com menos de 1 ano de idade, deve-se selecionar um tubo de 3,00 mm DI. Para crianças entre 1 e 2 anos de idade, deve ser 3,5 mm DI. Após 2 anos, estime o tamanho do tubo pela fórmula: Tubo endotraqueal com <i>cuff</i> (mm DI) = 3,5 + (idade/4); • para verificar o posicionamento do tubo, a primeira escolha é a capnografia e depois a ausculta pulmonar.
Máscara laríngea	<ul style="list-style-type: none"> • uso ainda limitado em pediatria.

Figura 14: Técnica "E-clamp"

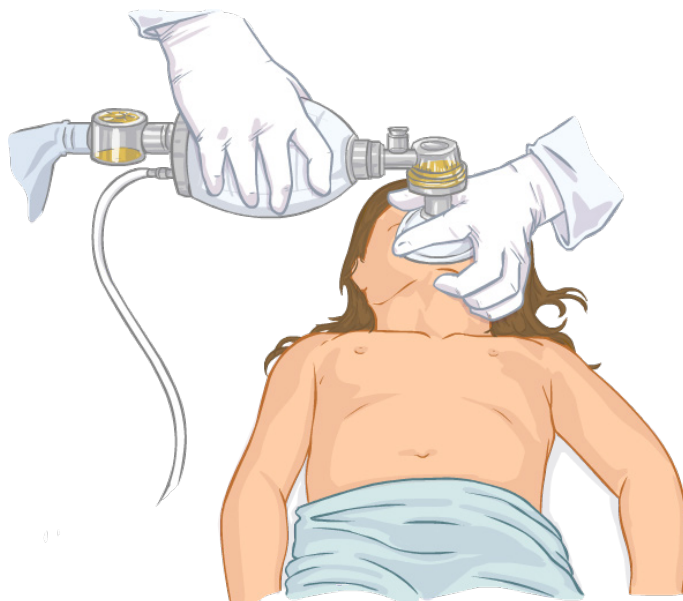
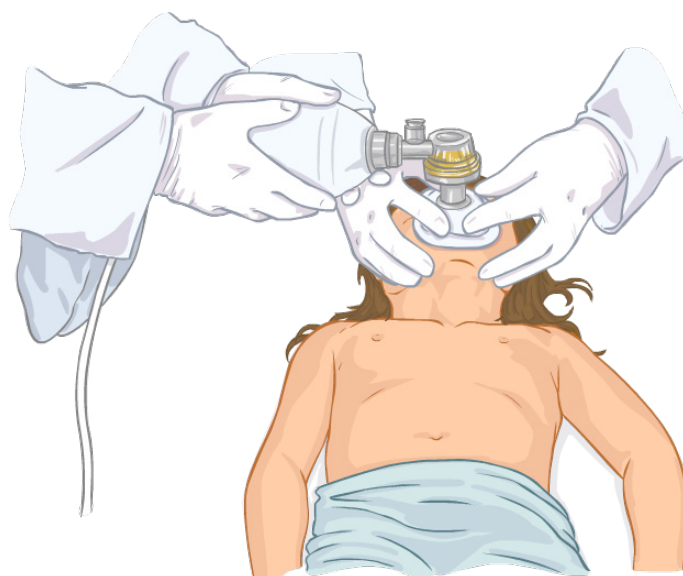


Figura 15: Técnica "E-clamp" com dois profissionais



3.4 Vias de administração de medicação

As vias de administração na RCP podem ser: intravenosa (IV), intraóssea (IO) e endotraqueal (ET) (KLEINMAN et al., 2010b; KATTWINKEL et al., 2010; PEDREIRA; HARADA, 2009).

Para a administração de medicações via terapia intravenosa, precisaremos puncionar dois acessos, os mais calibrosos possíveis, caso a criança não tenha nenhum acesso. Caso a criança já tenha um acesso venoso central, dê prioridade ao uso deste acesso. Destaca-se que não é recomendado tentar puncionar um acesso venoso central no momento da PCR (KLEINMAN et al., 2010b; KATTWINKEL et al., 2010; PEDREIRA; HARADA, 2009).

Caso a criança seja difícil de acesso venoso periférico e não tenha um acesso venoso central previamente, outra forma de se administrar medicações é por via intraóssea. A via intraóssea é uma via rápida e segura. Além disso, todas as medicações podem ser administradas por esta via, incluindo hemoderivados (KLEINMAN et al., 2010b; KATTWINKEL et al., 2010; PEDREIRA; HARADA, 2009).



Saiba mais

Após você ter estudado as vias de administração em PCR, o convidamos a assistir um vídeo em que é realizada uma punção intraóssea. Assista em: <<http://www.youtube.com/watch?v=NiMREdptAww>>

A via endotraqueal restringe as drogas administradas, pois só se administra drogas lipossolúveis por esta via (lidocaína, epinefrina, atropina, naloxone – “LEAN”). Para a administração, é preciso tomar alguns cuidados, tais como (KLEINMAN et al., 2010b; KATTWINKEL et al., 2010; PEDREIRA; HARADA, 2009):

-
- Parar brevemente as compressões torácicas no momento em que for administrar a medicação;
 - Administrar os medicamentos;
 - Instilar pelo menos 5 mL de SF 0,9%;
 - Realizar posteriormente 5 ventilações de pressão positiva consecutivas;
 - Além disso: a dose das medicações atropina, lidocaína e naloxone devem ser dobradas ou triplicadas, enquanto que para a epinefrina, a dose deve ser aumentada em dez vezes a dose intravenosa (0,1 mg/kg ou 0,1 ml / kg de 1:1000 concentração).
-

A AHA estabeleceu algoritmos de atendimento à PCR, que indicam como a esta deve ser realizada de forma sistemática. Assim, há algoritmos para o ritmo não chocável (assistolia) e ritmo chocável (Fibrilação Ventricular e Fibrilação Ventricular sem Pulso). Como há também algoritmos para a bradicardia e taquicardia (KLEINMAN et al., 2010b).

3.4.1 Cuidados pós-parada

Após a criança ser reanimada, há a necessidade de ser relatado todo o processo da RCP e de planejar os cuidados pós-reanimação. O relato deve levar em consideração as possíveis complicações, a causa da PCR, o estado clínico da criança e, ainda, a tentativa de evitar lesões secundárias (KLEINMAN et al., 2010b).

Não há um consenso do momento ideal para o término das manobras de RCP; porém, segundo as Diretrizes da AHA (2010), deve-se considerar o tempo de RCP, o número de doses de medicações administradas (adrenalina), se a parada foi ou não testemunhada, se a criança recebeu atendimento em curto intervalo de tempo, a causa da parada, condições clínicas pré-existentes e se a criança apresentou alguma resposta durante a RCP (KLEINMAN et al., 2010b).

A presença da família durante a RCP é outro fator que vem sendo discutido. Estudos apontam que a presença dos pais durante o atendimento lhes proporciona maior conforto e melhor aceitação no processo de luto. Ainda ressaltam a necessidade da equipe de saúde estar preparada para o acolhimento a estas famílias (BRITTO; STAPE, 2005; MAXTON, 2008).

3.5 Resumo

Esta unidade apresentou os cuidados de enfermagem na parada cardiorrespiratória pediátrica. Dentre os principais conteúdos, vimos como se identifica uma parada cardiorrespiratória na criança, as principais mudanças da terapêutica estabelecidas no Guidelines da AHA de 2010 e os principais cuidados de Enfermagem.

Nosso estudo também caracterizou e descreveu a necessidade do uso de dispositivos tecnológicos utilizados no SAV.

Assim, esta Unidade oferece subsídios para um cuidado de enfermagem adequado e especializado no momento de uma PCR em pediatria.

3.6 Fechamento

Esta unidade discutiu o SAV, o cuidado em PCR e os dispositivos utilizados para garantir um cuidado especializado e seguro a uma criança/adolescente em PCR. Oferecendo assim subsídios para que o enfermeiro possa prestar um cuidado qualificado nesse momento crítico.

3.7 Recomendação de leitura complementar

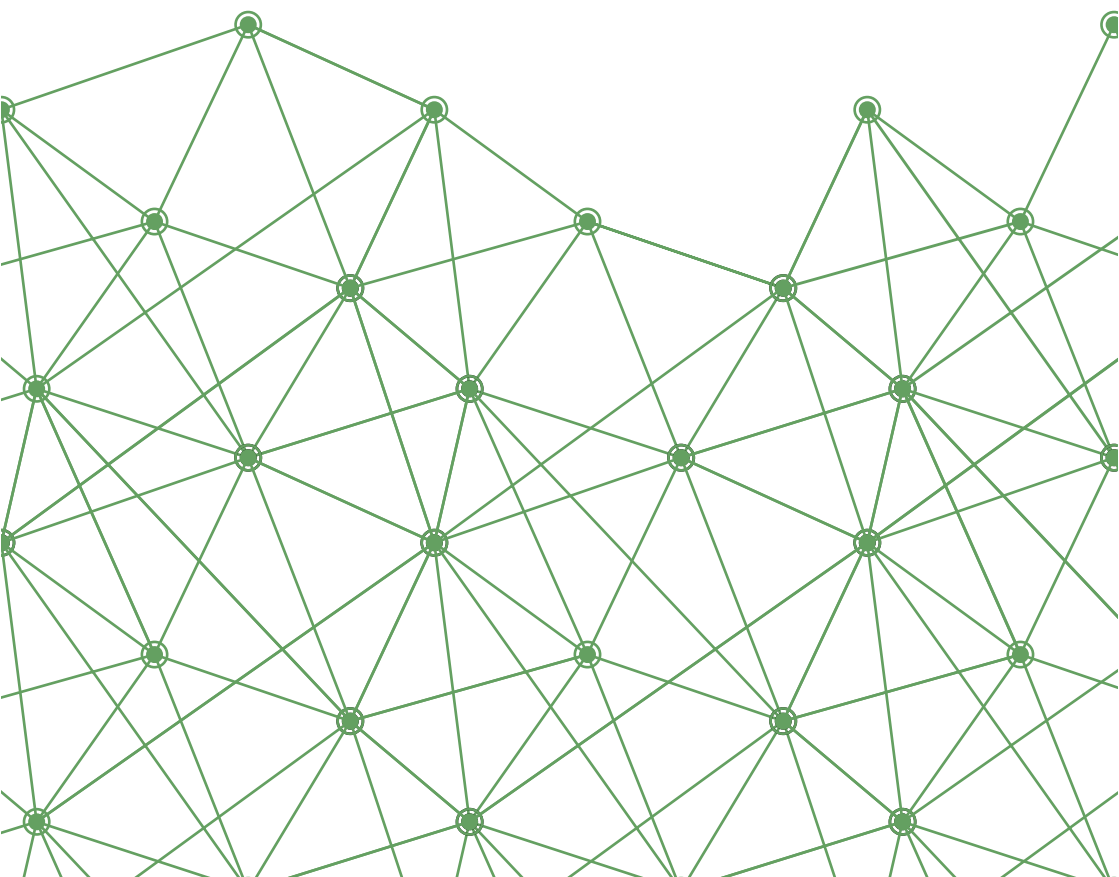
LEAO, C. D. A.; CALDEIRA, A. P.; OLIVEIRA, M. M. C. Atributos da atenção primária na assistência à saúde da criança: avaliação dos cuidadores. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, v. 11, n. 3, p. 323-334. 2011.

NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S. M. A institucionalização médica do parto no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 10, n. 3, p. 651-657. 2005.

AHA (American Heart Association) . **Circulation journals**. Disponível em: <http://circ.ahajournals.org/content/122/18_suppl_3/S876.extract>

AHA (American Heart Association) . **Circulation journals**. Disponível em: <http://circ.ahajournals.org/content/122/18_suppl_3/S862.full>

UNIDADE 4



Unidade 4 – O cuidado de enfermagem nas urgências e emergências psiquiátricas

Ao final deste módulo, o aluno será capaz de ter desenvolvido sua capacidade crítica, reflexiva e técnica na assistência aos sujeitos em situações de crise psíquica, fundamentado em um contexto ético, político e socioeducativo.

4.1 Introdução

A Reforma Psiquiátrica Brasileira surge com um intenso processo de discussão coletiva relacionada à saúde mental, envolvendo o questionamento dos conceitos instituídos e a construção de novos referenciais teóricos e políticos no contexto da psiquiatria (ALMEIDA, 2011). Pode-se entender esta mudança como um sistema, sendo este entrelaçado e dinâmico, que se configura a partir do território subjetivo e existencial dos sujeitos. Este processo se configura pela incorporação do Paradigma de Atenção Psicossocial ao olhar o fenômeno da loucura, tendo como estratégia a desinstitucionalização e o fechamento gradativo dos hospitais psiquiátricos e a criação de serviços substitutivos extra-hospitalares.



O Paradigma de Atenção Psicossocial (PAP) se coloca como norte da Política Nacional de Saúde Mental, sustentando com isso seus princípios e ações em diferentes campos, o prático, o político, o social e o cultural. Para que possamos transformar nosso entendimento frente à Saúde Mental, a partir da PAP, se faz necessária uma visão ampliada quanto ao sofrimento psíquico e principalmente quanto à crise. Neste processo histórico, muitas teorias buscaram oferecer respostas diversas, várias não apresentaram resolubilidade e consistiram em procedimentos de violência e tentativas de normalização, além de terem contribuído para um circuito eterno de dependência do hospital psiquiátrico (COSTA, 2007).



Palavra do profissional

O sofrimento psíquico pode ser entendido como um processo de práticas sociais que conduzem esse indivíduo a um estado de desorganização e despadronização social, ou seja, de crise.

4.2 A crise psiquiátrica

Nesta unidade será abordado o entendimento da crise psíquica a partir do paradigma psicossocial e princípios do SUS, que contrapõe o modelo tecnicista de atendimento.

Para esta compreensão, é importante pensar na emergência como um conjunto de interesses afetivos e práticos contrastantes, em que o sujeito e sua crise são uma parte e não a totalidade da situação. É preciso entender a crise como um momento de extrema angústia e ansiedade, com características de extravasamento das relações sociais e paralisação de tempo e espaço da vida para cada sujeito; mas, ela também pode ser um momento de transformação, criação e principalmente de potencialidades de vida. Com isso, o estado de agudização da sintomatologia psiquiátrica que deve ser suprimido com a maior agilidade possível se descaracteriza, tornando-se um momento que deve ser cuidadosamente investido em seu potencial transformador e criativo (JARDIM; DIMENSTEIN, 2007).

Todo processo de crise se apresenta como uma característica importante da vida humana, como um processo vital, em que vêm à tona os momentos de descontinuidade do cotidiano a fim de possibilitar novos arranjos existenciais. Ou seja, ela pode levar a readquirir a liberdade de ser quem se é, de recordar alguma qualidade humana básica, uma capacidade insuspeita de amor, solidariedade ou alguma outra parte de direito como seres humanos na vida (RODRIGUES et al., 2010). Mas é sempre importante entender que o processo clínico ou psíquico de crise pode ser iniciado por diversos fatores, sendo necessário avaliá-los com profundidade a fim de analisar a melhor forma de intervir.



Palavra do profissional

A crise é considerada integrante do modo como o sujeito se coloca em relação às situações conflitivas (subjetivas e socioculturais) que vivencia.

4.2.1 Tipos de crises:

- Crise orgânica: exige agir a partir de dados objetivos estabelecidos.
- Crise subjetiva: exige o desejo de saber fazer o outro falar.



Saiba mais

Para aprofundar mais as definições deste tópico sugerimos a leitura do artigo Risco e crise: pensando os pilares da urgência psiquiátrica, de Katita Jardim e Magda Dimenstein. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1677-11682007000100011&script=sci_arttext>

4.3 Elementos norteadores para a intervenção na crise



Entendendo a intervenção em crise como um processo de valores e princípios vitais, é necessário que toda a ação seja avaliada singularmente. O cuidado incondicional se caracteriza como um momento de encontro entre a objetividade técnica e a subjetividade da vida. Para isso, se faz necessário, no momento da intervenção na crise, saber fazer o sujeito falar.



Palavra do profissional

Fazer o outro falar é trazer à luz o efeito de significação produzido pela articulação dos significantes particulares para cada sujeito, a fim de que tais efeitos possam ser interpelados.

Conforme Ferigato, Campos e Ballarin (2007), a intervenção nas situações de crise necessita de alguns elementos norteadores para a ação. São eles:

A postura do profissional

Toda prática profissional tem de ser pautada por continência, acolhendo o paciente no momento de seu sofrimento mais intenso e agindo de acordo com esta experiência. Para isto, o profissional precisa aceitar a realidade de sofrimento do sujeito e a partir disso tentar transformá-la em outras possibilidades de realidade mais feliz e criativa. Ou seja, dar

valor a experiência vivenciada pelo sujeito a partir da sua realidade sem necessariamente sustentar e fortalecer a sua crise.

A valorização do sujeito

Implica levar em consideração sua condição de ser humano, e não apenas de doente ou sujeito em crise; significa respeitar seu tempo, sua individualidade e singularidade, que nem sempre vão ao encontro das expectativas dos profissionais, dos familiares e da sociedade em geral.

A escuta terapêutica

Escutar se coloca como medida de extrema importância em uma intervenção, pois esta ação se caracteriza como o momento de aproximação e criação de vínculo com o sujeito em crise. Essa escuta deve ser ampliada a todos os tipos de linguagem (verbal ou não) e desprendida de qualquer julgamento moral. É fundamental salientar que nem sempre ao escutarmos o outro teremos uma resposta imediata para diminuir sua angústia; e se, por um lado, isso gera uma grande angústia a quem ouve, por outro lado, a ânsia por uma resposta ou por um instrumento de cura, pode privar o profissional de escutar.

A corporeidade do sujeito em crise

Entender o sujeito a partir de sua identidade e não apenas de sua doença faz olharmos ele também em sua expressão corporal e com isso termos o cuidado que se deve ter a cada intervenção direta na corporeidade do sujeito em crise: seja na administração medicamentosa, nos cuidados da higiene, no toque ao falar ou em atividades específicas como massagens, relaxamentos, entre outros. O processo de sofrimento do sujeito e sua relação com o corpo devem ser sempre lembrados.

O auxílio psicofarmacológico

No processo de sofrimento psíquico, a medicação tem o papel de não modificar, por si própria, o curso natural do problema do sujeito, mas de estabelecer condição de relação diferente entre o sujeito e seu problema, entre sujeito e equipe, sujeito e meio ambiente.

4.4 Intervenções básicas nas situações de crise

Conforme Saraceno, Asioli e Tognoni (2001), o profissional em uma intervenção de crise precisa levar em conta as diversas possibilidades imagináveis, avaliando o sujeito em sua complexidade. Para que isso ocorra, é necessário entender que a crise psíquica é composta por especificidades que se diferem das situações clínicas e por isso necessitam de estratégias diferentes.

Quadro 7: Percepções entre crise clínica e psíquica

	CLÍNICAS	PSÍQUICAS
QUEM PEDE	O sujeito em crise ou por meio de outras pessoas.	Nem sempre o sujeito, sendo muitas vezes outras pessoas; Nem sempre o sujeito está presente e de acordo.
PROBLEMA	Sintomas Agudos.	Sintomas Psiquiátricos Agudos; Conflitos Interpessoais, Problemas Sociais, Subjetividade.
INTERVENÇÃO	Diagnóstico; Terapia Correta.	Escuta/Continência; Análise da Situação; Avaliação dos Recursos Disponíveis; Tomada de decisão.

Fonte: Saraceno, Asioli e Tognoni (2001)

Sendo assim, a partir agora serão discutidas algumas situações e suas possíveis formas de intervenção.

4.4.1 Casos clínicos:

Caso1: Agitação delirante

Marcelo mora na rua e acredita que foram introduzidos chips no seu corpo, que se conecta com todo um sistema elétrico/eletrônico, sendo usado como cobaia para experiências secretas. Escuta vozes que lhe dão ordens de missões que precisam ser realizadas. Com isso, fica inquieto, não dorme, anda de um lado para o outro e passa o dia inteiro nas ruas se conectando com os postes de luz.

É levado para a emergência pelo SAMU, por chamado da comunidade, mas recusa-se a entrar no consultório com o profissional de Saúde, por acreditar que faz parte de uma conspiração contra ele.

Identificação do quadro:

- Agitação e ansiedade graves, devido à alteração do afeto que se configura por uma experiência emocional imediata e relacionada geralmente aos estímulos externos, ou seja, às vozes;
- Alteração da percepção dos sentidos, com a presença de alucinações auditivas que se configuram pela criação real de algo que inexistente. No caso de Marcelo, as vozes que ouve;
- Pensamento com produção mágica com conteúdo de delírios que se configuram a partir de ideias em desacordo com a realidade, em que acredita possuir um chip que faz parte de experiências secretas;
- Experiência particular com grande intensidade emocional.

Como agir ou o que fazer?

É importante criar um clima acolhedor com uma atitude afetiva, escutando e tentando fazer o sujeito falar, a fim de entender o que ele está passando. Para isso, é preciso do profissional calma e valorização da experiência que o sujeito em crise está vivenciando, para que se possa conseguir criar algum vínculo e com isso propor algumas estratégias.

O uso dos antipsicóticos é importante para a diminuição da ansiedade e não como contenção.

O delírio pode causar grande perplexidade, sofrimento e medo, o sujeito pode sentir-se encurralado e sem escapatória. Por causa disso, pode comportar-se de forma auto ou heteroagressiva.

Caso Clínico 2: agitação maníaca

João, 23 anos, faz faculdade de direito em uma cidade longe de sua família e mora com um amigo. Na última semana passou a estudar continuamente utilizando vários livros e não parava nem para dormir. Falava coisas incoerentes e estava sempre se colocando como um advogado importante para diversas pessoas. E não respondia nada o que lhe perguntavam. O colega, preocupado, chamou o SAMU para que João fosse avaliado.

Ele ficou mais agitado com a presença da equipe e embora não se mostrasse agressivo, não atendeu ao convite para acompanhá-los. A equipe optou

pela contenção mecânica, levando-o ao Pronto Atendimento. Lá, a equipe procurou mais uma vez conversar com ele, sem obter muitos dados. Verificaram os sinais vitais: normais. Havia ligeira desidratação.

Identificação do quadro:

- Agitação e alteração de humor, sendo este uma disposição subjetiva e duradoura, relacionada ao temperamento do indivíduo. E com característica eufórica com presença de ideias de grandeza no que diz ser advogado importante;
- Fala continuamente e não escuta devido à aceleração do curso do pensamento, o que não permite parar - insone, sendo no caso o falar e o estudar continuamente.

Como agir ou o que fazer?

Respeitar e permitir o desenvolvimento da crise, cuidando para que ele não perca o autocontrole e faça coisas que não possa dar conta, como qualquer coisa referente à advocacia. Para que possa fazer uma intervenção mais efetiva é necessário que se tomem atitudes diretivas a fim de que se consiga escutar as propostas. É importante a utilização de medicação benzodiazepínica para diminuir a sua aceleração de pensamento.



Palavra do profissional

É importante cuidar, pois cansar-se ou irritar-se com o sujeito em crise devido a sua pouca ou total rejeição a escuta, dificultará o processo de intervenção. Entender que o pensamento está acelerado e por consequência, dificuldade de concentrar-se aos estímulos.

Caso clínico 3: Depressão

Homem de 55 anos de idade é trazido ao pronto-socorro, em um dia chuvoso, pelo resgate, pois estava pendurado em torre de transmissão de sinal de TV. Apresentava-se choroso, com sentimentos de culpa, com olhar de tristeza, monossilábico e todo molhado. Ao ser indagado porque estava na torre de transmissão, refere desejo de “dar cabo à vida”, pois não tem mais porque viver após a morte do filho em um acidente.

Identificação do quadro:

- Alteração no processo do Humor com características de tristeza exacerbada acompanhada de choro e sentimento de culpa sem justificativa;
- Alteração no processo de linguagem com características monossilábicas e algumas vezes mutismo;
- Alteração de atenção com hipovigilância, ou seja, pouca capacidade de se atentar a estímulos externos. Além disso, presença de hipertenacidade, ou seja, se fixa em o estímulo interno no pensamento, como Joaquim que fica remoendo diariamente o acidente que matou seu filho;
- Alteração de pensamento com curso inibido e conteúdo composto de ideação suicida;
- Tendência ao isolamento, ao abandono das atividades diárias, inclusive dos cuidados de higiene.

Como agir ou o que fazer?

Escutar, evitando estimular a atividade para não aumentar a culpa. Deve-se falar claramente com o sujeito dos seus pensamentos de morte, pois evitar este assunto não costuma ser produtivo e pode aumentar a angústia do sujeito. É importante manter vigilância e atenção psicológica para enfrentar a situação. Em quadros de risco eminente de suicídio deve ser considerada a hipótese de hospitalização domiciliar ou hospitalar.



Palavra do profissional

Há fatores que aumentam o risco de suicídio, como: depressão, alcoolismo, esquizofrenia, condições clínicas, fatores psicológicos. Se existiram tentativas anteriores, há risco maior de uma nova tentativa.

O tratamento medicamentoso, com prescrição médica, pode ser iniciado com medicação Benzodiazepínica e/ou hipnoindutores. Os antidepressivos não tem eficácia em situações de crise, já que estes tem resposta lenta (15 a 20 dias em média) e em alguns casos devem ser usados com cautela, pois podem produzir uma súbita virada para a síndrome maníaca.

Medo do suicídio faz enfatizar a vigilância e não a atenção psicológica.

4.5 Os quadros de intoxicação/abstinência por álcool e outras drogas

Caso clínico:

Um homem de 44 anos chega ao pronto atendimento tendo bastante dificuldade de responder às perguntas feitas, com taquicardia e sudorese, vendo bichos voando em volta da sua cabeça. Estava muito inquieto e amedrontado com a situação. Afirmou que bebe desde os 18 anos e no último ano estava fazendo uso diário. Devido a brigas em casa com sua esposa estava cinco dias sem beber.

Identificação do quadro:

- Apresenta crise de abstinência por álcool, contendo alteração de consciência, apresentando ligeira obnubilação, ou seja, apresenta-se desperto, mas com diminuição dos níveis de consciência;
- Apresenta prejuízo de atenção com déficit na concentração (tenacidade) e vigilância;
- Presença de alucinações visuais, que geralmente estão relacionados a animais e surgem ou se intensificam ao anoitecer.

Como agir ou o que fazer?

Acolher o sujeito e auxiliá-lo no processo de hidratação, verificação dos sinais vitais e análise nos membros de possível neuropatia periférica. Em casos como o apresentado, o uso de medicação antipsicótica se faz necessário a fim de diminuir o processo de psicose. Já em casos que não apresentem sinais de síndrome de abstinência, mas sim de intoxicação por álcool e/ou outras drogas, basta aguardar. Os sintomas psíquicos passam quando passam os efeitos das drogas.



Palavra do profissional

Os quadros de abstinência por outras drogas podem apresentar-se ainda sob a forma de excitação do SNC: ansiedade, hiperatividade motora, insônia, labilidade emocional. Medicação com benzodiazepínicos.

4.6 Os quadros ansiosos

Caso clínico:

Maria, de 32 anos de idade, dá entrada no pronto-socorro chorando incontrolavelmente, com queixa de falta de ar, tontura, formigamento nas extremidades dos membros superiores, boca seca e medo de morrer. Refere que episódios semelhantes aconteceram em outros momentos da vida e que não consegue controlar. Está acompanhada pelo marido que afirma que ela faz isso para aparecer.

Identificação do quadro:

- Presença de alterações de comportamento com presença de choro compulsivo e sinais físicos;
- Presença de alteração do pensamento com a sensação de morte;
- Prejuízo nas relações sociais devido à dificuldade das pessoas de acreditarem na crise, como o marido.

Como agir ou o que fazer?

Acolher o sujeito e auxiliá-lo no processo de hidratação, verificação dos sinais vitais e análise nos membros de possível neuropatia periférica. Em casos como o apresentado, o uso de medicação antipsicótica se faz necessário a fim de diminuir o processo de psicose.

Em casos que não apresentem sinais de síndrome de abstinência, mas intoxicação por álcool e/ou outras drogas, basta colocar o paciente em repouso, estimular a ingestão de líquidos e aguardar. Seus sintomas psíquicos passam quando passarem os efeitos das drogas.



Saiba mais

Para aprofundar mais as definições deste tópico, sugerimos como referência o filme - Réquiem para um Sonho. <<http://www.adorocinema.com/filmes/filme-26602/>>

4.7 Resumo

O cuidado ao sujeito em situação de crise psíquica é composto por uma construção de saberes e ações complexas que possibilitarão uma maior resolubilidade dos casos. A unidade abordou o tema sobre a forma de compreensão da saúde e por consequência a crise psíquica, a fim de sensibilizar e transformar as práticas a partir de uma clínica inovadora. Além disso, apontamos alguns princípios norteadores que podem auxiliar os Enfermeiros e os demais profissionais de saúde nas intervenções em situações de crises de agitação delirante; agitação maníaca; crises depressivas; quadros de intoxicação por álcool e outras drogas e; quadros ansiosos.

4.8 Fechamento

Esta unidade discutiu o cuidado à pessoa em situação de crise psíquica, oferecendo subsídios para que o profissional Enfermeiro possa, primeiramente, sensibilizar-se para as ações de emergência em saúde mental, gerando com isso a possibilidade de intervenções qualificadas e complexas. Com esse processo, a enfermagem poderá auxiliar na desconstrução do imaginário social da loucura e melhorar a resolubilidade da assistência oferecida pelos serviços de saúde do país.

4.9 Recomendação de leitura complementar

BOFF, L. **Crise**: Oportunidade e crescimento. Campinas: Verus, 2002.

BONFADA, D. **Serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU) e assistência às urgências psiquiátricas**. 2012. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2012.

COSTA-ROSA, A.; LUZIO, C. A.; YASUI, S. As Conferências Nacionais de Saúde Mental e as premissas do Modo Psicossocial. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 12-25, maio/ago. 2001.

DELL'ACQUA, G.; MEZZINA, R. Resposta à crise: estratégia e intencionalidade da intervenção no serviço psiquiátrico territorial. In: AMARANTE, P. (Org.) **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2**. Rio de Janeiro: Nau, 2005. p. 161-194

OLIVEIRA, J. M.; Lima, R. P. **O exame do estado mental**. Pelotas: UFPEL, 2000.

Encerramento do módulo

Caro aluno, ao encerrar o estudo deste módulo você aprofundou conhecimentos referentes aos temas relacionados ao abdômen agudo; à parada cardiorrespiratória em pediatria; às síndromes hemorrágicas que tem relação com o abortamento, à placenta prévia, ao descolamento prematuro da placenta, à rotura uterina e vasa prévia; à assistência aos sujeitos em situações de crise psíquica. Assim sendo, você está capacitado para determinar as possibilidades de diagnóstico, prescrição e execução dos principais cuidados de enfermagem ao indivíduo atendido em situação de urgência ou emergência, tendo sua capacidade crítica e reflexiva apoiada em conhecimentos científicos.

Destacamos aqui a importância prioritária das ações desenvolvidas pelos enfermeiros e enfermeiras nestas situações, com especialidade na tomada de decisões rápidas, suporte à equipe, manejo e provimento de equipamentos, assim como treinamento continuado.

Considerando a exigência atual de permanecermos em dia com as novidades da ciência e das inovações tecnológicas voltadas para o atendimento das demandas de saúde, especialmente àquelas relacionadas à Enfermagem em Urgência e Emergência, incentivamo-lo prosseguir no conhecimento atualizado da temática.

Referências

AHA (American Heart Association). **Destaques das Diretrizes da American Heart Association 2010 para RCP e ACE**. American Heart Association, 2010. Disponível em: <http://www.heart.org/idc/groups/heart-public/@wcm/@ecc/documents/downloadable/ucm_317343.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2013.

ALMEIDA, A. B. **Atenção pré-hospitalar ao sujeito em crise psíquica**. 2011. 119 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

BERG, M. D. et al. Pediatric Basic Life Support: 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. **Circulation**, Dallas, v. 122, suppl. 3, p. 862-875, mar. 2010. Disponível em: <http://circ.ahajournals.org/content/122/18_suppl_3/S862.full>. Acesso em: 10 mar. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual técnico de gestação de alto risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRITTO, J. L. B. C.; STAPE, A. Drogas mais utilizadas em UTI neonatal e pediátrica. In: KNOBEL, E. **Terapia Intensiva Pediatria e Neonatologia**. São Paulo: Atheneu, 2005. p. 779-815.

BRUNETTI, A.; SCARPELINI, S. Fundamentos em Clínica Cirúrgica: abdômen agudo. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 40, n. 3, p. 358-367, jul./set. 2007.

CAPOVILLA, B. C. **Ressuscitação cardíaco-respiratória: uma análise do processo ensino/aprendizagem nas universidades públicas estaduais paulistas**. 2002. 205 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Campinas, 2002.

CAPPEL, M. S. Obstrucción mecánica del intestino delgado y del colon. **Med. Clin. North Am.**, n. 92, p. 575-577, 2008. Disponível em: <<http://pt.scribd.com/doc/74625695/Obstruccion-mecanica-del-intestino-delgado-y-colon>>. Acesso em: 14 mar. 2013.

COSTA, M. P. F.; MIYADAMIRA, A. M. K. Desfibriladores externos automáticos (DEA) no atendimento pré-hospitalar e acesso público à desfibrilação: uma necessidade real. **O Mundo da Saúde São Paulo**, São Paulo, v. 32, n. 1, p. 8-15, 2008.

COSTA, M. S. Construções em torno da crise: saberes e práticas na atenção em saúde mental e produção de subjetividades. **Arq. bras. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 1, p. 94-108, jun. 2007. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672007000100010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 13 mar. 2013.

ENFERMAGEM em cuidados críticos. Tradução de José Eduardo Ferreira de Figueiredo. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

ENFERMAGEM médico-cirúrgica . Tradução Ivan Lourenço Gomes. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

ENKIN, M. et al. **Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

FERES, O.; PARRA, S. R. Fundamentos em Clínica Cirúrgica: abdômen agudo. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 41, n. 4, p. 410-16, 2008.

FERIGATO, S. H.; CAMPOS, R. T. O. ; BALLARIN, M. L. G. S. O atendimento à crise em saúde mental: ampliando conceitos. **Revista de Psicologia da UNESP**, v. 6, n. 1, p. 37, 2007.

JARDIM, K.; DIMENSTEIN, M. Risco e crise: pensando os pilares da urgência psiquiátrica. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 13, n. 1, p. 169-190, jun. 2007.

KATTWINKEL, J. et al. Neonatal resuscitation: 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science. *Circulation*, Dallas, v. 122 suppl. 3, p. 909-919, mar. 2010. Disponível em: <http://circ.ahajournals.org/content/122/18_suppl_3/S909.full>. Acesso em: 10 mar. 2013.

KLEINMAN, M. E. et al. Pediatric Basic and Advanced Life Support: 2010 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment Recommendations. **Circulation**, Dallas, v. 122, n. 16, suppl. 2, p. 466-515, mar. 2010a. Disponível em: <http://circ.ahajournals.org/content/122/16_suppl_2/S466.extract>. Acesso em: 10 mar. 2013.

KLEINMAN, M. E. et al. Pediatric Advanced Life Support: 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. **Circulation**, Dallas, v. 122, n.18, suppl. 3, p. 876-908, mar. 2010b. Disponível em: <http://circ.ahajournals.org/content/122/18_suppl_3/S876>. Acesso em: 10 mar. 2013.

LANE, J. C. Novas diretrizes de reanimação cardiorrespiratória cerebral da Sociedade Americana de Cardiologia (2005-2006). **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 89, n. 2, p. 17-18, 2007.

MAXTON, F. Parental presence during resuscitation in the PICU: the parents' Experience, Sharing and surviving the resuscitation: a phenomenological study. **Journal Of Clinical Nursing**, Edinburgh, p. 3168-3176. dec. 2008.

MORTON, P. G.; FONTAINE, D. K. **Cuidados Críticos de Enfermagem**: uma abordagem holística. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

OLIVEIRA, T.; PINHEIRO, D. **Mortalidade Materna**: Ministério prevê que 2011 terá redução recorde. Brasília, 2012. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/4332/162/ms-preve-que-2011-tera-reducao-recorde-da-mortalidade-materna.html>>. Acesso em: 12 dez. 2012.

PEDREIRA, M. L. G.; HARADA, M. J. C. (Org.). **Enfermagem Dia a Dia**: segurança do paciente. São Caetano do Sul: Yendis, 2009.

RICCI, S. S. **Enfermagem materno-neonatal e saúde da mulher**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

RODRIGUES, J. et al. Uso da criatividade e da tecnologia no ensino da crise em enfermagem psiquiátrica e saúde mental. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 1, p. 1-15, 2010. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762010000100011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 13 mar. 2013.

SALLUN, A. M.; PATANHOS, W. Y. **O enfermeiro e as situações de emergência**. São Paulo: Atheneu, 2007.

SANTOS I. et al. **Enfermagem Assistencial no Ambiente Hospitalar**: realidade, questões, soluções. São Paulo: Atheneu, 2004.

SARACENO, B.; ASIOLI, F.; TOGNONI, G. **Manual de saúde mental**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2001.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **BRUNNER & SUDDARTH**: tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

TALBOT L.; MEYERS-MARQUARDT, M. **Avaliação em cuidados críticos**. Rio de Janeiro: Reichman & Affonso Ed., 2001.

Minicurriculo dos autores

Antonio de Miranda Wosny

Graduado, Mestre e Doutor em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC. Professor Associado IV da UFSC desde 01/07/1977. Integrante do Núcleo de Extensão e Pesquisa em Enfermagem na Promoção da Saúde – NEPEPS, do – X Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC. Coordenador da Disciplina Processo de Viver Humano I - Sociedade e Meio Ambiente no Curso de Enfermagem da UFSC. Coordenador da Disciplina Plantas Mediciniais nas Práticas de Saúde no Departamento de Enfermagem da UFSC. Professor integrante da Disciplina Cuidado de Enfermagem ao Indivíduo Adulto em Condição Crítica de Saúde, desenvolvendo o conteúdo teórico Cuidados de Enfermagem nas Intoxicações Agudas e supervisão de grupos de estágio em Enfermagem na Emergência para adultos no Hospital Universitário da UFSC.

Endereço na Plataforma Lattes: <<http://lattes.cnpq.br/0953522885304613>>

Alexsandro Barreto Almeida

Professor Substituto da Graduação em Enfermagem da UFSC e Professor da Graduação em Enfermagem da UNIDAVI. Mestrado pelo Programa de Pós-Graduação da UFSC na área de concentração Filosofia, Saúde e Sociedade. Especialização em Saúde Mental Coletiva, Modalidade Residência, pela Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul. Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Saúde Mental e Saúde Coletiva, atuando principalmente nos seguintes temas: atenção básica em saúde, cuidado ao sujeito em sofrimento psíquico e atenção ao sujeito em crise psíquica.

Endereço na Plataforma Lattes: <<http://lattes.cnpq.br/9927309262592225>>.

Patrícia Kuerten Rocha

Professora Adjunto II da Graduação em Enfermagem da UFSC e Professora da Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC. Doutorado e Mestrado pelo Programa de Pós-Graduação da UFSC na área de concentração Filosofia, Saúde e Sociedade. Especialização em Terapia Intensiva Pediátrica, Modalidade Residência, e Especialização em Emergências pela Universidade Federal de São Paulo. Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Enfermagem Pediátrica, atuando principalmente nos seguintes temas: segurança do paciente, tecnologia, modelos de cuidado.

Endereço na Plataforma Lattes: <<http://lattes.cnpq.br/9095501173645841>>

Vitória Regina Petters Gregório

Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina, especialização em Administração Hospitalar pelo Centro São Camilo de Desenvolvimento em Administração e Saúde. Especialização em Enfermagem Obstétrica, Perinatal pela Universidade do Vale do Itajaí. Mestrado e Doutorado em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina. Atualmente é Professor Adjunto da Universidade Federal de Santa Catarina e membro da diretoria da Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiros Obstetras. Tem experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Enfermagem Obstétrica. Atuando principalmente nos seguintes temas: Enfermagem Obstétrica, Enfermagem Neonatológica, História da Enfermagem.

Endereço na plataforma Lattes: <<http://lattes.cnpq.br/7824481770495455>>



Ministério da
Saúde

