



# RBCMS

**Revista Brasileira de Ciências Médicas e da Saúde**  
*Brazilian Journal of Medical Science and Health*

ISSN: 2179-233X



## **2º CONGRESSO**

**Atendimento Pré-Hospitalar**

**da Zona da Mata Mineira**



# Importância Do Atendimento Pré Hospitalar Na Tentativa De Autoextermínio

Silva AG<sup>1</sup>, Calmon JR<sup>1</sup>, Kassis MO<sup>1</sup>, Paiva KCC<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Acadêmica da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora – SUPREMA.

<sup>2</sup> Professora, Doutora e Orientadora da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora - SUPREMA.

**Introdução:** A tentativa de autoextermínio (TAE) tem as mesmas características fenomenológicas do suicídio, diferindo deste apenas quanto ao desfecho, que não fatal. Entretanto, após sobreviver a um ato suicida, as pessoas tornam-se mais vulneráveis a novas TAE. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), 30% a 60% das pessoas atendidas em unidades de emergência por TAE praticaram tentativas anteriores, e comumente 10% a 25% farão novas tentativas em menos de um ano, fazendo disso uma questão de saúde pública. **Objetivo:** Evidenciar a importância do atendimento pré-hospitalar (APH) correto na redução de novas TAE. **Métodos:** Revisão sistemática da literatura através de artigos publicados nos últimos 6 anos nas bases de dados SciELO e PubMed com os descritores: “tentativa de suicídio”, “atendimento pré-hospitalar” e “medicina de emergência”. **Resultados:** Dentre os cuidados iniciais oferecidos às vítimas de TAE, destaca-se o APH realizado pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), mas, segundo a OMS, ainda falta um treinamento adequado para atender esse perfil de paciente. A literatura apresenta a negociação e a contenção física como as estratégias de primeira ordem nas ocorrências de TAE utilizadas no APH, mas também utiliza táticas de aproximação, avaliação, e transferência de cuidado. Todavia, a TAE ainda é abordada por alguns como evento intencional, levando à não identificação de seus autores como indivíduos que precisam de cuidados, não dando a assistência devida por achar que seu tempo está sendo consumido em detrimento de pacientes mais graves. Mas na percepção dos pacientes, os cuidados e abordagem inicial do profissional influenciam como a pessoa responderá ao cuidado subsequente. **Conclusão:** É necessário uma capacitação adequada desses profissionais, para que o APH dos indivíduos em TAE seja com segurança e qualidade, já que esse primeiro contato é fator determinante na aceitação e adesão do paciente ao tratamento continuado, afim de reduzir novas TAE.

## REFERÊNCIAS:

1. Bertolote JM. Prevenção do suicídio: um manual para médicos clínicos gerais. Organização Mundial da Saúde (OMS). Disponível em: <[http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/en/suicideprev\\_phc\\_port.pdf](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/en/suicideprev_phc_port.pdf)>. Acesso em: 01 set. 2018.
2. Bonfada D, Guimarães J. Serviço de atendimento móvel de urgência e as urgências psiquiátricas. *Psicologia em Estudo* 2012; 17:227-36.
3. Da Rosa, Maria N et al. Tentativas de suicídio e suicídios na atenção pré-hospitalar. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* 2016; 65:231-8.
4. Vidal CEL, Gontijo ED. Tentativas de suicídio e o acolhimento nos serviços de urgência: a percepção de quem tenta. *Caderno de Saúde Coletiva* 2013; 21:108-14.
5. Magalhães APN. Atendimento a tentativas de suicídio por serviço de atenção pré-hospitalar. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* 2014; 63:16-22.



# Atendimento Oportuno À Pacientes Com Eclampsia Em Âmbito Pré-Hospitalar: Uma Revisão De Literatura

Calmon JR<sup>1</sup>, Silva AG<sup>1</sup>, Torres PAC<sup>1</sup>, Kassis MO<sup>1</sup>, Paiva KCC<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Acadêmico do curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora – Suprema.

<sup>2</sup> Professora, Doutora e Orientadora da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora – Suprema.

**Introdução:** Os distúrbios hipertensivos persistem como maior causa de mortes maternas no Brasil. A forma mais grave e que é responsável por um número significativo de óbitos é a eclampsia. Apesar da importância do atendimento pré-natal, uma das formas mais eficientes de evitar óbitos por essa doença é o adequado atendimento de urgência/emergência, sobretudo ainda em ambiente pré-hospitalar. **Objetivo:** analisar a produção científica sobre assistência pré-hospitalar prestada à gestante com eclâmpsia. **Métodos:** Revisão sistemática da literatura através de artigos indexados nas bases de dados PubMed, SciELO e LILCAS com os descritores “eclampsia”, “urgência” e “tratamento”. **Resultados:** A eclampsia é um fenômeno eletro-fisiológico anormal temporário que necessita de cuidados e tratamento eficientes, rápidos e adequados. A paciente com eclampsia deve ser transferida para um hospital de referência e durante o transporte deve ser assistida com medidas gerais. As condutas terapêuticas às gestantes com eclampsia observada nos materiais analisados são similares e consistem em manutenção das vias aéreas livres para reduzir o risco de bronco-aspiração, oxigenação com instalação de cateter nasal ou máscara de oxigênio úmido, sondagem vesicais de demora e punção venosa em veia calibrosa; e em medidas específicas, que são a terapia anticonvulsivante e a anti-hipertensiva. Os medicamentos de escolha para essas terapias são, respectivamente, o sulfato de magnésio, por não produzir depressão do sistema nervoso central e ter boa tolerância tanto materna como fetal, e a hidralazina, que não traz malefício ao feto. **Conclusão:** A ausência de padronização do atendimento pré-hospitalar à gestantes com eclampsia representa um agravamento à saúde materna e fetal, além de contribuir aos avanços dos altos níveis de morbimortalidade materno-infantil no país. Com isso, destaca-se a necessidade da construção de protocolos na assistência pré-hospitalar que sejam seguros e factíveis de implementação.

## REFERÊNCIAS:

1. Brasil. Pré-Natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada- manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde; 200.
2. Valdes SG, Roessler BE. Recomendaciones para el manejo de las crisis hipertensivas: Documento de Consenso de la Sociedad Chilena de Hipertensión Arterial. Ver méd Chile. 2002.
3. Feitosa GS, Lopes RD, Poppi NT, Guimaraes HP. Emergências hipertensivas. Rev bras ter intensiva [on line]. 2008 20(3):305-12.
4. Lew M, Klonis E. Emergency management of eclampsia and severe pré-eclampsia. Emergency Medicine. 2003:361–368.



# Comparação entre a Escala Just a a Escala de Atendimento Pré-Hospitalar Cincinnati: Uma Revisão Sistemática

Souza BIA<sup>1</sup>, Lopes TM<sup>1</sup>, Albuquerque GDLBM<sup>1</sup>, Teixeira LD<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Acadêmica do curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora – Suprema.

<sup>2</sup> Enfermeira pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Centro Sul (CIRSU) - MG.

**Introdução:** A identificação do tipo de AVC, no atendimento pré-hospitalar (APH), possibilita o encaminhamento a um serviço especializado e um precoce atendimento com redução da mortalidade, custos e melhora da incapacidade. O Escore de Urgência por Acidente Vascular Cerebral no Japão (JUST) é uma nova predição clínica para classificar pacientes suspeitos de AVC agudo em diferentes tipos no APH. A Escala pré-hospitalar para AVC de Cincinnati (CPSS) é validada e amplamente usada na rede SAMU e no mundo. **Objetivo:** Comparar viabilidade de JUST e CPSS no APH. **Métodos:** Foram analisados artigos na base indexadora MEDLINE. As palavras-chave utilizadas: atendimento pré-hospitalar, Escore de Urgência por Acidente Vascular Cerebral no Japão e Escala pré-hospitalar para AVC Cincinnati. Incluímos estudos que analisam a classificação dos tipos de AVC e excluímos estudos com métodos pouco claros e que não contemplem o objetivo. Após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, 4 artigos fizeram parte do escopo e análise final deste trabalho. **Resultados:** JUST conta com 21 variáveis preditivas potencialmente predeterminadas, consistindo em sintomas ou sinais que indicam AVC além de história médica. Em coorte de validação do escore foram incluídos 1007 pacientes e mostrou que as áreas sob as curvas (ASC) de qualquer acidente vascular cerebral foi de 0,80 além de avaliar bem os subtipos. A CPSS analisa presença de 3 parâmetros: paralisia facial, fraqueza do braço e anormalidades da fala, com escore que varia de 0 a 4. As derivações apresentaram ASC de 0,89; o escore  $\geq 2$  foi 89% sensível e 73% específico na identificação do NIHSS  $\geq 15$ , mas não discrimina subtipos. **Conclusão:** JUST possui previsão para classificar os pacientes com suspeita de AVC de qualquer subtipo com excelente previsão, tem como limitação o tempo de análise de 21 variáveis. A CPSS possui somente 3 variáveis, o que facilita na identificação do AVC, entretanto, consegue distinguir somente AVC grave e oclusão dos grandes vasos.

## REFERÊNCIAS:

1. UCHIDA, K.; YOSHIMURA, S.; HIYAMA, N.; et al. Clinical Prediction Rules to Classify Types of Stroke at Prehospital Stage: Japan Urgent Stroke Triage (JUST) Score. *Stroke; a journal of cerebral circulation*, 2018. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1161/STROKEAHA.118.021794>>.
2. KATZ, B. S.; MCMULLAN, J. T.; SUCHAREW, H.; ADEOYE, O.; BRODERICK, J. P. Design and validation of a prehospital scale to predict stroke severity: Cincinnati Prehospital Stroke Severity Scale. *Stroke; a journal of cerebral circulation*, v. 46, n. 6, p. 1508–1512, 2015.
3. GLOBER, N. K.; SPORER, K. A.; GULUMA, K. Z.; et al. Acute Stroke: Current Evidence-based Recommendations for Prehospital Care. *The western journal of emergency medicine*, v. 17, n. 2, p. 104–128, 2016.
4. Hsieh MJ, Tang SC, Chiang WC et al. Effect of prehospital notification on acute stroke care: a multicenter study. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*. 2016 Apr 27;24:57.



# Emergências de Saúde Mental Pediátrica nos Departamentos de Emergência: Uma Revisão de Literatura

Moitinho LMN, Ghiglierino MCM, Gomes MIB

?

**Objetivo:** analisar atendimentos de pacientes pediátricos com emergências de saúde mental (PPESM) nos departamentos de emergência (DEs). **Métodos:** revisão de literatura na base de dados MedLine com a frase de pesquisa: (emergency) AND (“psychiatry pediatric”) AND (treatment) com suas respectivas variações de acordo com o MeSh, optando por publicações dos últimos 12 anos e encontrando 37 artigos. **Resultados:** foram utilizados quatro artigos na confecção desse trabalho. PPESM são crescentes na prática médica de emergência, pois DEs se tornaram a rede de segurança de mais fácil acesso para uma infraestrutura de saúde mental fragmentada que passa por declínio de serviços e recursos econômicos. A falha na comunicação entre DEs e atenção primária à saúde sobrecarrega os serviços de emergência por não promover um tratamento adequado com aumento dos quadros de crises das doenças mentais e da hospitalização. DEs devem abordar as necessidades mentais, além das físicas, após acidentes e desastres. Esse serviço deve ser feito de maneira segura e adequada à pacientes com doenças mentais previamente identificadas ou não. O trauma emocional pode causar alterações cerebrais neuroquímicas e estruturais, ou seja, pode haver o desenvolvimento ou agravamento de uma doença mental durante o crescimento da criança. **Conclusão:** dessa forma, o cuidado recebido na agudização da doença em DEs é uma parte vital do tratamento. Os principais impasses são carências de infraestrutura, da disponibilidade de especialistas devidamente orientados em pediatria, de diretriz clara para o tratamento, de remuneração e de dados epidemiológicos. Conclusão: o atendimento adequado de emergência para PPESM representa papel fundamental na terapêutica das doenças mentais. Logo, é necessário que haja um maior reconhecimento por parte dos profissionais de saúde e da sociedade. Além disso, devem-se melhorar recursos econômicos nos DEs, que já possuem capacidade limitada, e realizar estudos a fim de orientar as próximas ações.

## REFERÊNCIAS:

1. Dolan MA, Mace SE. Pediatric Mental Health Emergencies in the Emergency Medical Services System. *Ann Emerg Med.* 2006; 48(4): 484-6.
2. Hamm MP, Osmond M, Curan J, et al. A systematic review of crisis interventions used in the emergency department: recommendations for pediatric care and research. *Pediatr Emerg Cere.* 2010; 26(12): 952-62.
3. Jabbour M, Reid S, Polihronis C, et al. Improving mental health care transitions for children and youth: a protocol to implement and evaluate an emergency department clinical pathway. *Implement sci.* 2016; 11(1): 90.
4. Pittsenbarger ZE, Mannix R. Trends in Pediatric Visits to the Emergency Department for Psychiatric Illnesses. 2014; 21(1): 25-30.



# Administração de Ácido Tranexâmico em Pacientes com Trauma

Sousa JDPP<sup>1</sup>; Testa CP, Soares Júnior C<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Acadêmicos do Curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora – SUPREMA.

<sup>2</sup> Docente da disciplina de Urgência e Emergência da FCMS-JF suprema.

**Introdução:** O ácido tranexâmico (ATX) interfere na ligação do plasminogênio com a fibrina, que é necessária para a ativação da plasmina; reduzindo a perda sanguínea. Em trauma, o ATX foi associado a uma redução da taxa de mortalidade em pacientes com sangramento e fibrinólise excessiva. **Objetivo:** Verificar, por meio de uma revisão de literatura, a importância da administração precoce do ATX em pacientes com hemorragia devido a trauma. **Métodos:** Busca realizada nas bases indexadoras MedLine e Scielo com os descritores: Ácido Tranexâmico, Trauma e Hemorragia e seus derivados de acordo com o MeSH. Incluiu-se estudos dos últimos 5 anos realizados em pacientes envolvidos em trauma e excluídos os que associavam o uso de ATX a outras situações. **Resultados:** Dentre as 31 evidências científicas encontradas, 5 contemplaram o objetivo deste estudo (4 artigos de revisão e 1 ensaio clínico randomizado). Todos os artigos de revisão citaram o estudo CRASH-2, que recrutou 20.211 pacientes com trauma e demonstrou que a administração de ATX nas primeiras 3 horas reduziu o risco de morte por sangramento em 22%. Entretanto, o tratamento realizado após 3 horas aumenta esse risco, devido principalmente à coagulação intravascular disseminada. Os artigos de revisão analisaram, ainda, outras evidências que chegaram à mesma conclusão. Uma revisão questionou a utilização de ATX em pacientes pediátricos, uma vez que os estudos até o momento foram realizados em adultos e, dessa forma, a posologia do ATX em pacientes pediátricos deveria ser revisada. O ensaio clínico randomizado avaliou duas coortes de 258 pessoas, concluindo que a mortalidade precoce foi significativamente menor no grupo ATX quando comparado ao grupo controle (5,8% vs. 12,4%). **Conclusão:** Os resultados sugerem que a administração do ATX é recomendada, devendo-se realizá-la de maneira precoce no ambiente pré-hospitalar. Ademais, estudos com pacientes pediátricos do trauma devem ser realizados para melhora do atendimento dos mesmos.

## REFERÊNCIAS:

1. HUEBNER, Benjamin; DORLAC, Warren; CRIBARI, Chris. Tranexamic Acid Use in Prehospital Uncontrolled Hemorrhage, Wilderness Environ Med, v.2, n.28, p.1-18, 2017.
2. NISHIDA, Takeshi; KINOSHITA, Takahiro; YAMAKAWA, Kazuma. Tranexamic acid and trauma-induced coagulopathy, J Intensive Care, Japan, v.5, n.5, p.1-7, 2017.
3. ROBERTS, Ian; PIETRO-MERINO, David. Applying results from clinical trials: tranexamic acid in trauma patients. J Intensive Care, London, v.2, n.56, p.1-7, 2014.
4. ROBERTS, Ian; PIETRO-MERINO, David; MANNO, Daniela. Mechanism of action of tranexamic acid in bleeding trauma patients: an exploratory analysis of data from the CRASH-2 trial, Critical Care, London, v.18, n.685, p.1-5, 2014.
5. WAFSAIDE, Arasch; LEFERING, Rolf; BOUILLON, Bertil et al., Prehospital administration of tranexamic acid in trauma patients, Critical Care, Germany, v.20, n.143, p.1-9, 2016.



# Avaliação e Conduta da Epilepsia no Atendimento Pré-Hospitalar (Aph): Uma Revisão Sistemática

Schiavon BSR<sup>1</sup>, Curcino GA<sup>1</sup>, Kassis MO<sup>1</sup>, Almeida HT<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Acadêmico do curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora - Suprema.

<sup>2</sup> Médico Clínico Geral.

**Introdução:** Epilepsia é uma doença neurológica que pode ser prevenida e controlada em até 70% dos pacientes. O não tratamento é um risco à morte súbita e a traumatismos. As crises epiléticas causadas por alterações transitórias das atividades neuronais podem se manifestar de formas diferentes. A forma mais comum é a convulsão. Se não houver manejo adequado pode causar danos neuronais e disfunções no sistema nervoso central. **Objetivo:** Pesquisar a atual conduta em caráter de urgência no APH para a epilepsia. **Método:** Foi realizada busca em bases indexadoras, utilizando-se das seguintes palavras-chave: epilepsia, tratamento e atendimento pré-hospitalar. **Resultados:** Devido aos possíveis danos que podem ser causados pela epilepsia, o manejo do paciente deve começar antes da sua chegada ao hospital. Preconiza-se ministrar solução salina fisiológica intravenosa (I.V.) a 30 gotas/min, dar glicose I.V. (50 ml de glicose 50%), injetar diazepam I.V. 10 mg lentamente. Deve-se injetar diazepam retal, se não conseguir linha venosa. Caso a convulsão continue após 10 minutos da primeira dose do benzodiazepínico administra-se a segunda dose. Se as convulsões duram mais de 5 minutos ou ocorrem em surtos em que a pessoa não recupera a consciência entre as crises ou não respondem a duas doses de diazepam suspeita-se de estado de mal epilético (EME). Deve-se assegurar as vias aéreas, respiração e circulação, administrar oxigênio e verificar a necessidade de intubação. Dá-se fenobarbital 20 mg/kg I.V. ou fenitoína 20 mg/kg I.V. Se as crises continuam administra-se dose adicional de fenitoína 10 mg/kg I.V durante 30 minutos. Monitore a pessoa para depressão respiratória. **Conclusão:** Em casos de emergência, a avaliação e o manejo são feitos simultaneamente em virtude dos danos neurológicos e subsequente comprometimento biopsicossocial advindos do EME, se não tratado precocemente. Deve-se também educar a sociedade sobre a epilepsia e os cuidados que devem ser tomados durante uma convulsão.

## REFERÊNCIAS:

1. Capovilla G, Beccaria F, Beghi E, et al. Treatment of convulsive status epilepticus in childhood: recommendations of the Italian League Against the Epilepsy. *Epilepsia* 2013; 54(7): 23-34.
2. Rogalski R, Rogalski A. Benzodiazepine selection in the management of status epilepticus: a review. *Adv Emerg Nurs J* 2015; 37(2): 83-94.
3. Fisher RS, Cross JH, Souza C, et al. Instruction manual for the ILAE 2017 operational classification of seizure types. *Epilepsia* 2017.



# Atendimento Pré Hospitalar no Trauma Abdominal e Principais Tipos de Lesões

Testa CT<sup>1</sup>, Damianse LA<sup>1</sup>, Costa GPQ<sup>1</sup>, Pereira CP<sup>1</sup>, Damianse WL<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Acadêmicos do Curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora – SUPREMA.

<sup>2</sup> Médico Graduado na Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF.

**Introdução:** Trauma abdominal é consequência de uma ação súbita exercida contra o abdome por diversos agentes causadores: mecânicos, químicos, elétricos e irradiações. A gravidade baseia-se na possível existência de uma lesão interna visceral, capaz de produzir alterações gerais graves como peritonites ou hemorragias. **Objetivos:** O objetivo desse estudo foi investigar as causas mais comuns do trauma abdominal, correlacionando com as vísceras mais atingidas e abordando o atendimento pré hospitalar para identificação do trauma e intervenção precoce. **Métodos:** Pesquisa nas bases de dados MedLine e SciELO, utilizando as palavras chave: Abdome AND trauma. **Resultados:** O trauma pode ser aberto, com solução de continuidade da pele, sendo as vísceras mais comumente lesadas o intestino delgado (31%), fígado(23%), cólon (23%) e rins (23%); e fechado, onde a pele está íntegra, sendo os efeitos agressores transmitidos às vísceras como baço (60%) e fígado (17%). Os sinais no exame físico podem não ser aparentes e os sintomas abdominais podem ser obscurecidos por lesões associadas com dor referida ou alteração do nível de consciência. Os responsáveis pelo atendimento pré hospitalar devem colher o máximo de informações a respeito do trauma, procurar escoriações, contusões, hematomas e ferimentos, ausculta dos ruídos hidroaéreos, percussão e identificação de timpanismo ou hemoperitônio. A rigidez abdominal involuntária significa irritação peritoneal e dor à descompressão brusca peritonite. A compressão manual das cristas ilíacas pode dar sinais de fratura pélvica. **Conclusão:** Constatou-se que as principais causas de trauma abdominal fechado foram quedas e acidentes automobilísticos onde as vísceras mais comumente atingidas foram o baço e fígado. Todavia, no trauma aberto foi ferimento por arma de fogo com lesão de intestinos, fígado e rins. Com isso, uma avaliação rigorosa do abdome e uma correta orientação irão reduzir os erros na interpretação e diminuir a mortalidade.

## REFERÊNCIAS:

1. Farrath S; José Gustavo Parreira JG; Camilla Bilac Oliari CB et al. Identificação de lesões abdominais graves na avaliação inicial das vítimas de trauma fechado. Rev. Col. Bras. Cir. 2013; 40:305-11.
2. Malvestio MAA, Souza RMC. Indicadores clínicos e pré-hospitalares de sobrevivência no trauma fechado: uma análise multivariada. Rev. esc. enferm 2010; 44: 352-9.
3. Pereira Júnior GA; Lovato WJ; Carvalho JB et al. Abordagem geral trauma abdominal. Medicina Ribeirão Preto 2007; 40: 518-30.
4. Ribas-Filho JM; Malafaia O; Fouani MM et al. Trauma abdominal: estudo das lesões mais frequentes do sistema digestório e suas causas. Arq Bras Cir Dig 2008;21:170-4.





# Acionamento Correto do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e a Otimização do Atendimento Pré-Hospitalar (Aph)

Curcino GA<sup>1</sup>, Pereira LC<sup>1</sup>, Santis DB<sup>1</sup>, Santis RB<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Acadêmico do curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora – SUPREMA.

<sup>2</sup> Médico Cirurgião Geral pelo Hospital Universitário (HU) de Juiz de Fora.

**Introdução:** O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) consiste em um serviço pré-hospitalar, que visa conectar vítimas aos recursos necessitados no menor tempo possível, a fim de minimizar sequelas ou mesmo à morte. **Objetivo:** Informar a população sobre quando solicitar ou não o SAMU. **Método:** Foi realizada busca em bases indexadoras, utilizando-se das seguintes palavras-chave: atendimento pré-hospitalar e SAMU. **Resultados:** Intercorrências do âmbito da urgência e emergência são as principais causas de óbito na população de adultos jovens (10 a 39 anos), a terceira entre crianças de 0 a 9 anos e a sexta entre idosos (60 anos ou mais). Para otimizar o tempo resposta de atendimento a esses tipos de ocorrência foi o criado o SAMU. O atendimento se inicia com a ligação gratuita para o número 192. Os técnicos do atendimento telefônico identificam a emergência e coletam as primeiras informações sobre as vítimas e sua localização. Em seguida, é passado ao Médico Regulador, que presta orientações e aciona as ambulâncias quando necessário. As viaturas são distribuídas estrategicamente, de modo a otimizar o tempo-resposta entre os chamados e o encaminhamento aos serviços hospitalares de referência. A prioridade é o atendimento à vítima no menor tempo possível, inclusive com o envio de médicos conforme a gravidade do caso. **Conclusão:** É necessário maior conscientização da população para que o atendimento prestado pelo SAMU seja cada vez mais eficiente, uma vez que grande parte das ocorrências recebidas não cabem ao serviço. Visto que o APH é de suma importância no prognóstico desses pacientes, tal irregularidade prejudica a otimização e o tempo resposta, levando a atrasos no atendimento às vítimas.

## REFERÊNCIAS:

1. Ministério da Saúde. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192). Available from: URL: <http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/samu>. Accessed September 02, 2018;
2. Ministério da Saúde. Banco de Dados do Sistema Único de Saúde. Available from: URL: <http://datasus.saude.gov.br/projetos/52-samu>. Accessed September 02, 2018;
3. Mota LL, Andrade SR. Temas de Atenção Pré-hospitalar para Informação de Escolares: A Perspectiva dos Profissionais do Samu. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2015 Jan-Mar; 24(1): 38-46;
4. Almeida PMV, Dell'Acqua MGQ, Cyrino CMS et.al. Análise dos atendimentos do SAMU 192: Componente móvel da rede de atenção às urgências e emergências. Esc Anna Nery 2016;20(2):289-295.



# Desconhecimento Sobre Suporte Básico e Vida, Um Problema de Saúde Pública: Revisão Integrativa

Moreira AK<sup>1</sup>, Oliveira FPB<sup>1</sup>, Silva PHRN<sup>1</sup>, Prado RT<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Acadêmico (a) do curso de enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora – SUPREMA.

<sup>2</sup> Docente da Disciplina Suporte Básico de Vida dos cursos de Enfermagem, Fisioterapia, Medicina, Farmácia e Odontologia da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora – SUPREMA.

**Introdução:** As doenças cardiovasculares são uma das principais causas de mortes no Brasil e no mundo. O não reconhecimento das manifestações e da valorização da situação encontrada leva a 80% das mortes no ambiente extra-hospitalar. **Objetivo:** Verificar a efetividade do atendimento pré-hospitalar nos primeiros momentos após uma parada cardiorrespiratória (PCR), ressaltando a importância de toda a população saber realizar o Suporte Básico de Vida (SBV). **Métodos:** Foi realizado levantamento eletrônico nas bases de dados PubMed e SciELO. Foram incluídos artigos publicados entre 2005 e 2017, que abordavam educação em saúde à população leiga quanto ao SBV. Foram excluídos artigos que não estavam de acordo com o tema abordado. **Resultados:** Sendo a primeira abordagem à vítima, o SBV abrange desobstrução de vias aéreas, ventilação e circulação artificial. Procedimentos realizados por leigos têm por objetivo reconhecer situações que apresentam risco de morte iminente; solicitação de ajuda e realização de SBV de maneira adequada até a chegada dos profissionais. Há evidências sobre a redução da mortalidade em vítimas de PCR que foram submetidos de maneira imediata as manobras de ressuscitação cardiopulmonar (RCP) por voluntários antes da chegada do serviço especializado, bem como a obtenção da preservação da função cardíaca e cerebral. **Conclusão:** O SBV compreende uma série de ações que podem ser iniciadas ainda no ambiente extra-hospitalar, por toda a população, desde que devidamente capacitada, aumentando a sobrevivência e diminuição de sequelas às vítimas, porém, por apresentarem conhecimento inadequado os leigos podem prestar atendimento incorreto, acarretando prejuízos à vítima. Portanto, faz-se necessário a sensibilização de leigos sobre a importância do SBV devendo assim incluir a formação dos primeiros socorros nos currículos escolares.

## REFERÊNCIAS:

1. DIXE, M. A. C. R.; GOMES, J. C. R. Conhecimento da população portuguesa sobre Suporte Básico de Vida e disponibilidade para realizar formação. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 49, n. 4, p. 640-649, 2015.
2. LUIZ, T. et al. Knowledge of the population about leading symptoms of cardiovascular emergencies and the responsibility and accessibility of medical facilities in emergencies. Der Anaesthesist, v. 66, n. 11, p. 840-849, 2017.
3. PERGOLA, A. M.; ARAUJO, I. E. M.. O leigo e o suporte básico de vida. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 43, n. 2, p. 335-342, 2009.
4. TEICH, N.; ENGELMANN, L.; PFEIFFER, D. Resuscitation by laypersons: lack of knowledge of first-aid measures in Germany. Deutsche medizinische Wochenschrift (1946), v. 130, n. 48, p. 2759-2762, 2005.
5. WILKS, Jeff et al. Emergency response readiness for primary school children. Australian health review, v. 40, n. 4, p. 357-363, 2016.



# Parada Cardiorrespiratória, Como Proceder?

Costa VO<sup>1</sup>, Schiavon BSR<sup>1</sup>, Albuquerque GDLBM.<sup>1</sup>, Lopes TM<sup>1</sup>, Nicolini EM<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup> Acadêmica do curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora – Suprema.

<sup>2</sup> Docente do curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora – Suprema.

<sup>3</sup> Médica pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde da Macrorregião Sudeste (CISDESTE) - SAMU Juiz de Fora - MG.

**Introdução:** Parada cardiorrespiratória (PCR) é definida como cessação súbita e inesperada da circulação. Tem como características paciente irresponsivo, apneia e ausência de pulso em grandes artérias. **Objetivo:** Verificar o atual estado da arte referente à PCR e a como proceder nessa situação. **Métodos:** Foram analisados artigos de revisão, dos últimos 5 anos, em humanos, na base indexadora MedLine. As palavras-chave utilizadas foram: parada cardíaca e conduta e suas variações, obtidas pelo MeSH. Foram incluídos estudos que discutem e analisam os protocolos de atendimento pré-hospitalar para PCR e excluídos estudos que não contemplam o objetivo. Dos 70 artigos encontrados, apenas 4 foram selecionados. **Resultados:** Inicialmente deve-se fazer uso do Basic Life Support (BLS) na forma C-A-B(-D). As letras supracitadas indicam: “C”: compressão torácica de 100-120/min, deprimindo a parte inferior do esterno de 5-6cm, no esquema de 30 compressões para 2 ventilações; “A”: após 30 compressões deve-se abrir as vias aéreas por meio de extensão cervical e elevação do queixo; “B”: realizar 2 ventilações após as 30 compressões; “D”: desfibrilação, que deve ser realizada a partir da chegada do desfibrilador, mas apenas em ritmos chocáveis FV ou TV sem pulso. Caso BLS esteja finalizado e o paciente ainda se encontrar em PCR, parte-se para o suporte avançado, que contempla: 1) via aérea avançada; 2) acesso venoso/intraósseo para administração de drogas; 3) tratamento da arritmia: avaliar se o ritmo é chocável ou não. Caso seja: administrar choque, realizar manobra e checar pulso. Se permanecer sem reversão, a primeira droga empregada é adrenalina. Se persistir em PCR, novamente se administra choque, realiza manobra e checa pulso. Se persistir em PCR mas com ritmo chocável, a 2ª droga empregada é amiodarona. **Conclusão:** A PCR é uma das situações de maior urgência no âmbito da saúde e, portanto, deve ser realizada de forma rápida e eficaz, a fim de garantir o sucesso da intervenção.

## REFERÊNCIAS:

1. American Heart Association Guidelines para Destaques Atualização das Diretrizes de RCP e ACE; American Heart Association 2015.
2. TALIKOWSKA, Milena; TOHIRA, Hideo; FINN, Judith. Cardiopulmonary resuscitation quality and patient survival outcome in cardiac arrest: A systematic review and meta-analysis. *Resuscitation* v. 96, p. 66–77, nov. 2015.
3. NABLE, Jose V.; LAWNER, Benjamin J.; BRADY, William J. 2016: emergency medical services annotated literature in review. *The American journal of emergency medicine* v. 34, n. 11, p. 2193–2199, nov. 2016.
4. ATIKSAWEDPARIT, Pongsakorn et al. Effects of prehospital adrenaline administration on out-of-hospital cardiac arrest outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Critical care / the Society of Critical Care Medicine* v. 18, n. 4, p. 463, 31 jul. 2014
5. LI, Hui et al. Mechanical versus manual chest compressions for cardiac arrest: a systematic review and meta-analysis. *Scandinavian journal of trauma, resuscitation and emergency medicine* v. 24, p. 10, 1 fev. 2016.